



MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

MISE À JOUR 55
SEPTEMBRE 2006

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

Amendement n° 95 (*En vigueur à la date de sa signature et prend effet le 1^{er} avril 2006 sauf mention contraire*) **et changements d'ordre administratif**

Amendement n° 95

A- PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Paragraphe 1.4 « Rémunération pour la garde sur place à l'urgence » : remplacement de l'alinéa b)
- Paragraphe 1.5 : l'alinéa b) est remplacé
- Le sous-paragraphe 2.7.7A est remplacé
- Le sous-paragraphe 2.2.9B est remplacé
- Sous-paragraphe 2.3.1 : le sixième alinéa est remplacé
- Sous-paragraphe 2.4.7.7 : les taux des deux premiers alinéas sont remplacés (*Prend effet le 1^{er} octobre 2006*)
- Sous-paragraphe 2.4.7.8 : les tarifs du supplément de responsabilité sont remplacés au 1^{er} avril à chaque année de 2006 à 2009 inclusivement
- Le sous-paragraphe 2.4.7.9 est ajouté
- Le sous-paragraphe 2.4.9.3 est remplacé (*Prend effet le 1^{er} octobre 2006*)

Pages : [A-5](#), [A-7](#), [A-14](#), [A-15](#), [A-16](#), [A-20](#) à A-22

B - CONSULTATION ET EXAMEN

- Modification de tarifs des actes au 1^{er} avril 2006 en établissements et au cabinet / domicile
- Modification du tarif du code d'acte 00059 (*Prend effet le 1^{er} octobre 2006*)

Pages : [B-7](#) à B-18

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

- Modification de tarifs

Page : [D-5](#)

P- GYNÉCOLOGIE

- Nouveaux tarifs des actes d'avortement (*Prend effet le 1^{er} octobre 2006*)

Pages : [P-3](#) et [P-6](#)

Q - OBSTÉTRIQUE

- Préambule particulier, paragraphe 9 : le forfait est majoré
- Nouveaux tarifs des accouchements au 1^{er} avril 2006

Pages : [Q-4](#) à Q-6

Autres changements d'ordre administratif

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification d'exemples de demande de paiement n^o 1200
- Modification du pourcentage de rémunération associé aux modificateurs (MOD) 108, 125, 126, 151 et 171
- Modification de la valeur de la constante de plusieurs modificateurs multiples
- Ajout du modificateur multiple 372

Pages : [11](#), [13](#), [17](#) à 20, [22](#), [24](#), [27](#), [30](#) à 34

PAIEMENT

- Sous-paragraphe 5.7.1 : ajout du code de transaction (TRA) 88

Page : [9](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification des messages 201 et 799
- Modification des messages comportant des codes d'acte pour les présenter à 5 positions

Pages : [5](#), [7](#), [15](#), [21](#), [23](#), [24](#), [26](#) et [27](#)

B - CONSULTATION ET EXAMEN

- Modification de plusieurs tarifs dans les tableaux : Examens, Examens à domicile et Consultation

Pages : [B-1](#) à B-6

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 063 / 2006-09-28

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
- # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN-13 : 978-2-550-48076-1
ISBN-10 : 2-550-48076-7

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but du manuel est de renseigner les médecins omnipraticiens sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie. À cet égard il contient, notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement pour les médecins **rémunérés à l'acte**, ainsi que des renseignements relatifs au paiement.

Le manuel est conçu de façon à favoriser son utilisation; il comporte une table des matières et des sections identifiées par des onglets. Pour faciliter la consultation, les dispositions tarifaires ont été placées après le guide de rédaction de la demande de paiement. Elles comportent les préambules, la nomenclature des actes et leur tarif, ainsi que des **renseignements d'ordre administratif** précédés du mot **AVIS**.

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

L'Entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ainsi que les **Lettres d'entente, Accords, Ententes particulière, protocoles d'accord et Décrets** sont publiés dans la **Brochure n° 1**, adressée aux détenteurs du présent manuel.

Outre ce manuel, différentes informations spécifiques pour **les médecins rémunérés à honoraires fixes, à la vacation, à tarif horaire, au per diem ou pour la rémunération différente (mesures incitatives)** ainsi que pour les services de laboratoire en établissement, sont publiées à part. La liste de ces publications disponibles pour les médecins intéressés est présente à l'onglet « FORMULAIRES ».

Les médecins et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Lorsque le texte de ce manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages révisées pour en permettre la mise à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages touchées (*voir la signification des références au verso de la présente page*).

La Régie remet à chaque médecin omnipraticien oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de facturation.

De plus, la Régie offre un service **d'information aux professionnels** où des préposés et agents de liaison renseignent ces derniers sur leur Entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la Régie vous recommande de consulter son site Internet, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir la page suivante.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN-13 : 978-2-550-48076-1
ISBN-10 : 2-550-48076-7

Le masculin désigne autant les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique Internet :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- à Québec : 418 528-7763
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251
- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'information aux professionnels
Case postale 500
Québec (Québec), G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ
--

MAJ = Mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour internet et/ou papier

MMMM 20AA = Mois et année de la publication de la mise à jour

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi:

. **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.) ;

. **00** est une modification effectuée en vertu d'une entente du Comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;

. **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente générale.

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Pour références ultérieures, nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour.

4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

La demande de paiement (#1200), se rédige comme suit :

- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : le code ZZZZ01010112;
 - C.S. : la lettre A;
 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro d'assurance maladie des autres personnes assurées traitées et l'heure de début et de fin du traitement s'il y a lieu. Si l'espace est insuffisant utiliser le « Document complémentaire » (n° 1944);
 - UNITÉS : selon la nomenclature de l'acte, indiquez **soit le nombre de personnes** traitées (ex. code 00780) **ou le nombre de périodes** (ex. code 08934);
 - HONORAIRES : le calcul des honoraires doit être effectué selon le nombre de personnes traitées **et/ou** le nombre de périodes (voir les exemples **A** et **B**).
- # **A** : Code 00780 : Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques ... 4,15 \$ par heure, par patient.
Calcul = **3 heures** de traitement pour **2 personnes** : $3 \times 4,15 \times 2 = 24,90$ \$

#

- # **B** : Code 08934 : Thérapie psychiatrique collective, par période de 30 minutes
Calcul = **une seule période** pour **2 personnes** : $1 \times 30 \text{ min} = 34,15$ \$

#

Remarque : Pour les agences de facturation, voir Manuel de facturation informatisée.

4.2.4.3 Facturation d'une suite de traitement (LETTRE Q)

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

La lettre « Q » permet au médecin qui doit facturer sur des demandes de paiement différentes, un même service dispensé plusieurs fois à un bénéficiaire soit **au cours de la même séance ou de la même journée**, d'indiquer à la Régie qu'il s'agit d'une suite de traitement donc qu'il y a une relation entre la première demande de paiement et les suivantes. La lettre « Q » doit être inscrite **sur la deuxième** demande de paiement et **toute demande subséquente** nécessaire pour facturer la répétition du service concerné. Elle ne remplace pas l'emploi du modificateur 094 (séances différentes) lorsqu'il s'applique au service facturé.

EXEMPLE 1

1^{re} demande de paiement

2^e demande de paiement

EXEMPLE 2

1^{re} demande de paiement

#

2^e demande de paiement

#

4.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT

CODE : inscrire soit le code **d'établissement**, soit le code **de localité** selon le cas;

code d'établissement : Celui-ci est requis lorsque les **services médicaux** incluant les **actes chirurgicaux**, sont rendus dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Des codes d'établissement spécifiques identifient les différents types d'établissements; de plus, le dernier chiffre du code prend une valeur différente selon le secteur de l'établissement où les soins ont été rendus. **(Voir la signification des codes d'établissement à l'annexe IV (4.6.4), sous le présent onglet)**

Certains codes d'acte, de par leur nomenclature, exigent d'être effectués dans un établissement ou un secteur d'établissement spécifique. Ainsi, lorsque pour une personne assurée, les actes posés exigent des numéros d'établissement différents, utiliser une demande de paiement pour chaque établissement ou secteur d'établissement.

Lorsque des services sont rendus dans un dispensaire ou dans un point de service éloigné, inscrire le code d'établissement auquel il est rattaché, sauf s'il s'agit d'un point de service d'un CLSC soumis à une entente particulière.

Le code d'établissement doit être inscrit, que la personne assurée soit hospitalisée ou non. Toutefois, lorsqu'un patient est admis, ne pas utiliser le code relatif à une clinique externe.

- DATE D'ENTRÉE, inscrire la date d'entrée à l'établissement (année, mois, jour) si la personne assurée est admise.
- DATE DE SORTIE, inscrire la date de sortie de l'établissement (année, mois, jour) s'il y a lieu.

code de localité : Celui-ci est requis dans tous les cas où les services sont fournis ailleurs qu'en établissement. **Les codes de localité figurent à la fin du présent onglet. (Voir 4.7.1)**

IMPORTANT : Lorsqu'un **acte chirurgical** est effectué en établissement, inscrire le **code d'établissement et non le code de localité** où se situe l'établissement en question.

4.2.6 SECTION 6 FACTURATION DES ACTES

#

Les actes autres que les examens ou les consultations pour lesquels le médecin demande des honoraires.

Si le médecin réclame des honoraires pour un seul **code d'acte**, il l'inscrit sur la **première ligne**. Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants, s'il y a lieu :

- ANNÉE, MOIS, JOUR : date de l'acte (six chiffres);
- P.H. : les plages horaires applicables à la rémunération mixte et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de minuit à 7 h (nuit)	1
de 7 h à 12 h (A.M.)	2
de 12 h à 17 h (P.M.)	3
de 17 h à minuit (soir)	4

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.

Remarque : En rémunération mixte, tous les services doivent être facturés dans la section « Actes » de la demande de paiement.

Pour celui qui ne travaille pas en rémunération mixte, ne rien inscrire dans cette case.

- CODE : code de l'acte, quatre ou cinq chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- RÔLE : (R : un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'annexe I (4.6.1);
- MODIFICATEUR : (MOD : trois chiffres) : voir l'annexe II (4.6.2) du présent onglet;

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Omnipraticiens

- UNITÉS : (trois chiffres) Pour demander les honoraires :
 - d'un acte excluant visites et consultations qui est répété à la même séance et dont la nomenclature comprend un des mots suivants : supplémentaire, subséquent, par, chaque, chacun, maximum et plus de;
 - de l'acte anesthésique en inscrivant le nombre d'unités correspondant au total des unités de base auxquelles on ajoute les unités de durée calculées selon le tableau de correspondance des UNITÉS DE DURÉE figurant à l'onglet D -
- HONORAIRES : Les honoraires correspondant au code d'acte compte tenu des dispositions relatives à la rémunération différente, au modificateur, ainsi qu'au nombre total d'unités :
 - de l'acte chirurgical tarifé par centimètre en indiquant le nombre d'unités de mesure (longueur ou surface en centimètres en nombre entier);
 - de la surveillance en inscrivant la durée de la surveillance par quart d'heure rémunérable;
 - de la thérapie psychiatrique en indiquant la durée totale en demi-d'heures.

Remarque : Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1000 \$ ou plus, doit figurer seul sur une demande de paiement. Il ne doit y avoir aucun autre acte ni visite.

4.2.6.1 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 2) « anesthésiste principal »

Réf. : Règle 6.03 du préambule particulier de l'anesthésie

#

Les valeurs de base et de durée s'expriment en unités. Cette unité a une valeur monétaire uniforme à laquelle doit s'appliquer la rémunération majorée, s'il y a lieu.

Pour chacune des huit premières périodes (2 heures), on alloue une unité. Puis, deux unités, de la 9^e à la 19^e période (moins de cinq heures). À partir de la 20^e période, on calcule trois unités par période.

La demande de paiement se rédige comme suit :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE = **2** (anesthésiste principal)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

- Calcul des unités : (selon l'exemple ci-haut)

- Code 05269 = **4 unités** de base
- Durée = 9 H 30 à 11 H 45 = 9 quarts d'heure ou **10 unités** de durée
- Total des unités = 4 + 10 = 14

HONORAIRES : **14 X 11,70 \$ = 163,80 \$.**

Remarque : Pour le calcul des unités de durée, voir le « tableau de correspondance » figurant à la fin de l'onglet D - Anesthésie - Réanimation.

4.2.6.2 SECTION 6 ANESTHÉSIE (Rôle 3) « collaborateur »

(Règle 10 du préambule particulier de l'anesthésie)

#

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

RÔLE : 3 (anesthésiste collaborateur)

UNITÉS : total des unités de base et des unités de durée.

L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit inscrire dans la case UNITÉS le nombre total d'unités (de base et de durée), tout **en ne calculant les honoraires que pour la moitié** des **unités de base selon le maximum prévu** et le total des unités de durée.

NOTE : Pour le calcul des unités de durée : voir le tableau de correspondance, à la fin de l'onglet « D-Anesthésie - Réanimation ».

- **Calcul des unités :** (selon l'exemple ci-haut)

- Code 05200 = 12 unités de base
- Durée = 9 H 30 à 11 H 45 : 9 quarts d'heure ou **10 unités** de durée
- Total des unités = **12 + 10 = 22 (base + durée)**

HONORAIRES : **La moitié** des unités de base (maximum de **4**) + **10 unités = 14**
14 X 11,70 \$ = 163,80 \$.

4.2.6.3 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod 037) « remplaçant en cours d'intervention »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 11.02

#

On ne calcule **que les unités de durée**. Pour ce faire, il faut **soustraire des unités totales, (base + durée) les unités du prédécesseur**.

Dans l'exemple :

14 unités totales - 9 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant. Celui-ci doit inscrire le modificateur **037**.

4.2.6.4 SECTION 6 ANESTHÉSIE (mod 130) « Suite de l'opération, anesthésie dont la durée chevauche plus d'une plage horaire »

Préambule particulier de l'anesthésie - réanimation, règle 12.1

#

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie.

Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première plage horaire.

Sur la deuxième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la plage horaire subséquente en utilisant le modificateur **130**.

Sur la troisième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la dernière plage horaire en utilisant le modificateur **130**.

CALCUL DES HONORAIRES :

Code 09419 = 11 unités de base

Durée = 52 quarts d'heures ou 129 unités de durée

Total des unités = 11 unités de base + 129 unités de durée = 140 unités

Honoraires pour le début de l'opération:

Valeur de base (11 unités) = unités de durée de 7 h à 12 h (33 unités) = 44 unités

44 unités X 11,70 \$ = 514,80 \$

Honoraires pour la suite de l'opération:

Unités de durée de 7 h à 17 h (93 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (33 unités) = 60 unités. 60 X 11,70 \$ = 702 \$

Honoraires pour la fin de l'opération:

Unités de durée de 7 h à 20 h (129 unités) moins les unités de durée du début de la suite de l'opération (33 + 60 = 93 unités) = 36 unités. 36 X 11,70 \$ = 421,20 \$

4.2.6.5 SECTION 6 MODIFICATEURS

Le modificateur approprié doit être indiqué en regard de l'acte auquel il s'applique.

Remarque : Voir section **4.6.2**, ANNEXE II pour la **liste complète** des modificateurs, ainsi que pour les **instructions de facturation** « MODIFICATEURS MULTIPLES ET AUTRES SITUATIONS ».

RÈGLE GÉNÉRALE :

- Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison appropriée figurant sous le titre « Modificateurs multiples » de l'annexe II. N'inscrire le modificateur **062** ou **099** qu'en l'absence d'un tel modificateur multiple (*).

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ANNEXE IX DE L'ENTENTE

(Art. 5.3 ou 5.4) :

- Si le modificateur **061** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062**(*) sauf si le modificateur multiple **210** peut être utilisé.
- Si le modificateur **961** ou **105** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062**(*) sauf si le modificateur **221, 234, 314, 316, 547** ou **690** peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ARTICLE 1.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **096** ou **097** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062**(*) sauf si le modificateur multiple **213, 214, 278, 309, 318, 545, 546, 551, 556, 557, 697** ou **698** peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE, EN RÉGIONS UNIVERSITAIRES :

- Si le modificateur **065** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062**(*) sauf si le modificateur multiple **211** peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS QUI EXPLOITENT UN CENTRE DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS OU QUI FONT PARTIE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ :

- Si le modificateur **106** ou **107** doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur **062**(*) sauf si le modificateur multiple **235, 236, 237, 300, 307, 548, 549, 691** ou **692** peut être utilisé.

RÈGLE PARTICULIÈRE CONCERNANT LE SOUS-PARAGRAPHE 2.2.9B DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL :

- Si le modificateur **108** doit être utilisé simultanément avec le modificateur 061 pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC dans le cadre du réseau de garde intégré, inscrire le modificateur **523**.

(*) Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la section **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

4.2.7 SECTION 7 Date de l'accident, de l'événement ou du retrait préventif, C.S., distance

#

CAS SPÉCIAL : inscrire la ou les **lettres appropriées** dans la case **C.S.** lorsque l'une ou plusieurs **des situations prévues à l'annexe III (4.6.3)** sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (Article 1.1.2 du préambule général), y inscrire la lettre « N », fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case HONORAIRES.
- Dans tous les autres cas, indiquer par la lettre « A » dans la case C.S., la présence de notes explicatives sur la demande de paiement n° 1200, ou sur un document complémentaire.
- Pour les cas de refacturation (lettre « B »), voir section 5.5.4 ou 5.6, onglet « Paiement ».
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « A » ainsi que les autres situations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

A) CAS DE LA CSST : Pour les services imputables à la CSST, inscrire la lettre « S » dans la case C.S. et dans la case libre à gauche de la case C.S., **la date** de l'accident, ou de l'événement ou, dans le cas du retrait préventif, la date où le médecin a complété le formulaire recommandant le retrait préventif auprès de la CSST.

Si, lors d'une visite, **vous établissez deux diagnostics dont l'un relève de la CSST, vous devez alors obligatoirement inscrire la lettre « S »** dans la case C.S. **et le diagnostic** de la pathologie ou de la lésion relative à la CSST dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (en lettres ou selon le code CIMA dans l'espace approprié de la demande de paiement concernée par ce diagnostic). Si au cours de cette même visite, vous effectuez des actes n'ayant pas de relation avec l'accident de travail (exemple : cure d'hyposensibilisation), **vous devez alors facturer ces actes sur une autre demande de paiement.**

Les codes d'acte non reconnus par la CSST et facturés avec un « S » dans la case CS sont refusés et doivent être refacturés **sans** cette considération spéciale spécifique.

Lorsque le même diagnostic figure sur les deux demandes de paiement, la Régie considère qu'il s'agit de services reliés et imputables à la CSST. **Toutefois, l'utilisation de deux demandes de paiement ne doit pas être interprétée comme donnant droit à la facturation de deux examens ou visites.**

B) DISTANCE : indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en **kilomètres dans un sens seulement**. Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant. Ce montant doit correspondre au tarif régulier prévu à l'entente. Cependant, il n'est pas assujéti à l'application de la rémunération différente.

4.2.8 SECTION 8 VISITES

Cette section permet de demander le paiement des visites (i.e. examens et consultations). Aucun autre acte que les visites ne peut être facturé dans cette section.

Dans le cas d'une facturation de plus d'une visite de contrôle le même jour, inscrire le même quantième (date) dans la case JOUR, autant de fois que le nombre de visites effectuées.

Ne jamais remplir la case JOUR d'une autre façon que celle illustrée dans l'exemple.

Si le médecin réclame les honoraires d'un seul **code d'acte**, il doit l'inscrire sur la **première ligne**.

Un maximum de trois codes d'acte peut être inscrit en fournissant pour chacun les renseignements suivants :

- ANNÉE, MOIS, JOUR: la date de l'acte pour un même code d'acte. Les quantième(s) (dates) sont inscrits dans la case JOUR; **un maximum de sept quantième(s) (dates) par ligne peut y être inscrit;**
- CODE: le code de l'acte;
- NOMBRE: le nombre de jours à inscrire dans cette case doit correspondre au(x) quantième(s) (date(s)) mentionné(s) dans la case JOUR;
- HONORAIRES: les honoraires correspondant soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas.

4.5 DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE : voir la brochure « Services de laboratoire en établissement » et l'onglet « Formulaires » du présent manuel.

4.6 ANNEXES (I À V)

4.6.1 ANNEXE I - LISTE DES RÔLES

- RÔLE 1 : Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue une consultation en radiologie
- RÔLE 2 : Anesthésiste
- RÔLE 3 : Anesthésiste collaborateur
- RÔLE 4 : Médecin assistant
- RÔLE 7 : Médecin responsable des composantes techniques et professionnelles pour radiologie, audiométrie et les épreuves de fonction respiratoire
- RÔLE 8 : Médecin responsable de l'interprétation seulement, pour audiométrie; pneumologue responsable de l'interprétation des épreuves de fonction respiratoire.

4.6.2 ANNEXE II - LISTE DES MODIFICATEURS

Le modificateur approprié doit être inscrit en regard de l'acte auquel il s'applique.

ENTENTE

Annexe V (Entente, dans le présent manuel)

Préambule général

RÈGLE 1.4 :

- Actes réclamés entre 20 h à 24 h, lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée **MOD 096**
- Actes réclamés pour une période de garde de 0 h à 8 h lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée **MOD 097**

RÈGLE 2.2.9 A : Majoration d'honoraires de 10 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'un malade admis dans une unité de courte durée d'un CHSGS, d'un CH de soins psychiatriques, ou de tout autre centre désigné par les parties, les samedi, dimanche et un jour férié. Sont visés par cette disposition les examens et consultations paraissant à l'onglet B portant la mention « P.G. 2.2.9 A ». Est également visé le forfait prévu à l'entente particulière « CHSGS / unité de soins coronariens ou de soins intensifs » (08896, 08897, 09997, 19105, 19106 ou 19107) **MOD 045**

- # RÈGLE 2.2.9 B : Majoration de 27 % de tous les services dispensés de 8 h à 24 h le week-end ou les jours fériés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier et dans un CLSC du réseau de garde intégré **MOD 108**

RÈGLE 2.2.9 C : Majoration de 4 % des examens effectués auprès d'un malade ADMIS en soins de courte durée d'un CHSGS. **MOD 127**

RÈGLE 2.4.7.3 A :

- Supplément d'honoraires pour une assistance chirurgicale le week-end, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h. **MOD 011**
- Supplément d'honoraires équivalant au tiers du tarif applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis le week-end, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h. **MOD 175**

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Omnipraticiens

RÈGLE 2.4.7.3 B :	MOD 128
- Supplément de 100 % des honoraires pour une anesthésie dispensée tous les jours de 0h à 7h	
- Supplément de 50 % des honoraires pour une anesthésie dispensée le week-end et jours fériés de 7h à 24h et tout autre jour de 19 h à 24 h.	MOD 129
RÈGLE 2.9 : Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans	
- En médecine et chirurgie	MOD 060
- En anesthésie (unité de base seulement)	MOD 063

Consultations et visites

ACTES MÉDICAUX (MESS) : Lorsqu'un examen d'un requérant au programme « Soutien financier » est requis pour établir le rapport médical du médecin traitant (code 09800).	MOD 002
ACTES MÉDICAUX (CSST) : Lorsqu'un arbitrage médical ou une évaluation médicale n'a pas lieu, parce que le travailleur ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission (<i>Annexe XIII</i>)	MOD 032
INTERVENTION EN SITUATION COMPLEXE : Indique qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence	MOD 187
Remarque : Le modificateur 187 s'inscrit seulement sur une ligne de l'une des deux interventions reliées.	

Actes diagnostiques et thérapeutiques

ARTICLE 1.3 du Préambule particulier : Plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique au cours d'un examen ou d'une consultation	MOD 050
ACTES MÉDICAUX :	
- <i>Traitement physiatrique</i> : Plus d'un traitement effectué au cours d'une même séance. Le premier est facturé selon le maximum prévu et les honoraires pour les subséquents sont de 0,00 \$ (<i>voir Lettre d'entente no 8, brochure n° 1</i>)	MOD 035
- <i>Blocage thérapeutique</i> : avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques	MOD 052
- <i>Angiographie</i> : en vue de l'étude d'un pontage artériel et/ou de fistules artério-veineuses	MOD 016

Anesthésie - réanimation

ARTICLE 7.00 du Préambule particulier : lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue	MOD 047
ARTICLE 11.00 du Préambule particulier : médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique.	MOD 037
ACTES MÉDICAUX : lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie.	MOD 036

Chirurgie - préambule particulier

ARTICLE 2 - Examens ou consultations : Pour les visites ou consultations du médecin qui effectue une chirurgie à une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour	MOD 179
ARTICLE 4 - Soins simultanés.	MOD 022
ARTICLE 5 - Soins post-opératoires :	
- Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires	MOD 024
- Le médecin qui donne les soins postopératoires	MOD 025

ARTICLE 8 - Chirurgies multiples : Plusieurs actes chirurgicaux chez un même malade, par le même chirurgien, au cours d'une même séance	MOD 050
Peau - phanères	
ACTES MÉDICAUX : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie pour le traitement d'une verrue est faite au laser	MOD 056
Musculo-squelettique - préambule particulier	
PARAGRAPHE 2.04 : - Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins postopératoires	MOD 024
- Le médecin qui donne les soins postopératoires	MOD 025
- Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant	MOD 027
PARAGRAPHE 2.05 : - Fracture de plusieurs os majeurs	MOD 010
- Fractures d'un os majeur ou d'un os mineur ou plusieurs os mineurs . .	MOD 050
- Deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a des réductions ouvertes par voies d'approche différentes . .	MOD 049
- Deux fractures sont en relation avec une articulation	MOD 029
PARAGRAPHE 2.06 : - Traitement d'une fracture ouverte, s'il y a réduction ouverte.	MOD 039
- S'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments	MOD 020
PARAGRAPHE 2.09 : - Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD 030
- Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD 064
- Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction	MOD 169
PARAGRAPHE 2.13 : - Toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales au niveau des membres, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre.	MOD 134
- Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure).	MOD 150
PARAGRAPHE 2.14 : - Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée . .	MOD 172
AUTRES ACTES MÉDICAUX	
- Attelles fabriquées à l'hôpital	MOD 067
- Réductions ouvertes (fracture de la colonne) - Avec lésion neurologique.	MOD 057
- Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin	MOD 058
- Temps chirurgical autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin	MOD 059
Génital mâle	
Vasectomie (<i>code 06232</i>) , composante technique en cabinet privé . . .	MOD 053

Système cardiaque	
Supplément de 300 \$ lors d'une chirurgie valvulaire pour l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum.	MOD 140
Obstétrique	
ARTICLE 4 du Préambule particulier: Le médecin qui donne les soins postopératoires	MOD 025
Radiologie diagnostique	
RÈGLE 3 du Préambule particulier: radiographies de régions bilatérales faites pour étude non comparative	MOD 074
RÈGLES 7, 8, 10, 11 et 17 du Préambule particulier: Présence d'informations dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée.	MOD 009
ANGIORADIOLOGIE (TECHNIQUE) Services rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans	MOD 066
ACTES MÉDICAUX : Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni	
- En établissement	MOD 021
- En cabinet	MOD 008
Annexe IX, Par. 5.03 (Entente, brochure n°1)	
- Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré; Sauf lorsque le modificateur 096, 097, 105, 106 ou 107 s'applique . . .	MOD 061
- Si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, sauf si le modificateur 210, 213, 214, 234, 235, 236, 237 300, 307, 313 ou 523 peut être utilisé.	MOD 062
Annexe XVIII : (Entente, brochure n° 1)	
Par. 2.01	
# - Rémunération à 42,75 % du tarif	MOD 125
Par. 3.01a	
# - Rémunération à 42,75 % du tarif	MOD 171
LETTRES D'ENTENTE (voir Brochure n° 1)	
N° 77 : Rémunération majorée (samedi, dimanche et journée fériée)	
- Services médicaux dispensés sur place le samedi, dimanche et jour férié en cabinet privé et en CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré	MOD 046
- Services médicaux dispensés sur place le samedi, dimanche et jour férié dans une unité de médecine familiale désignée	MOD 101
N° 131 : Stage de ressourcement (pour compenser les frais de cabinet)	
- Majoration de 180 \$ par journée de stage	MOD 152
- Majoration de 90 \$ par demi- journée de stage.	MOD 153

ENTENTES PARTICULIÈRES (voir Brochure n° 1)

Garde sur place - CHSGS désignés - réseau intégré	
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou le samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h	MOD 106
- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h	MOD 105
- Du lundi au vendredi, de 0 h à 8 h ou le samedi, dimanche ou un jour férié de 0 h à 8 h	MOD 107
Malades admis - CHSGS	
# - Rémunération à 42,75 % du tarif - Régime A (paragraphe 4.02 et 4.03)	MOD 126
- Majoration de 10 % du forfait (paragraphe 4.09.1 et P.G. règle 2.2.9A) .	MOD 045
- Majoration de 10 % du forfait régulier: Régime A (09778), Régime B (19018). Situation de pénurie d'effectifs	MOD 145
# - Rémunération à 75,3 % du tarif - Régime B (paragraphe 4.02 et 4.03)	MOD 151
Anesthésie	
- Pour les services rendus dans un service d'urgence en semaine de 7 h à 8 h et de 16 h à 17 h, à l'exception des jours fériés.	MOD 028
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte.	MOD 116
- En tout temps, pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte.	MOD 130
Clinique-réseau	
- Services médicaux dispensés durant une période de garde sans rendez-vous (articles 3.01 e) et f))	MOD 176
- Services médicaux dispensés sur rendez-vous (art 3.01 g)	MOD 180
Soins intensifs ou coronariens	
- Rémunération à 45% du tarif (articles 5.05 et 5.06)	MOD 177
AUTRES MODIFICATEURS	
- Sites anatomiques différents	MOD 093
- Séances différentes.	MOD 094
- Sites anatomiques différents et séances différentes.	MOD 095
Remarque : L'un des modificateurs appropriés (093, 094 ou 095) s'inscrit seulement sur une ligne de l'un des deux actes reliés.	
- Si plus d'un modificateur s'appliquent pour un même acte, sauf MOD 062 , ci-dessus ou un des modificateurs multiples de la liste à la page suivante (*)	MOD 099

(*) **Instructions de facturation** - Modificateurs 062 **ou** 099

1. Inscrire le modificateur 062 **ou** 099 ;
2. Calculer les honoraires selon les règles qui motivent l'utilisation des modificateurs;
3. Indiquer les modificateurs visés à la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

MODIFICATEURS MULTIPLES

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
002 - 046 - 176	364	1,1000
002 - 046 - 176 - 179	914	1,1000
002 - 046 - 179 - 180	916	1,1000
002 - 046 - 180	365	1,1000
002 - 176	657	1,0000
002 - 176- 179	366	1,0000
002 - 179- 180	369	1,0000
002 - 180	658	1,0000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
028 - 050	217	0,5000
028 - 050 - 093	315	0,5000
028 - 050 - 105	316	0,2250
028 - 093	218	1,0000
028 - 093 - 094	220	1,0000
028 - 094	219	1,0000
028 - 094 - 105	314	0,4500
028 - 105	221	0,4500
028 - 116	317	1,0000
032 - 180	659	0,4000
045 - 022	550	1,1000
045 - 061	255	1,1000
045 - 094	226	1,1000
# 045 - 094 - 125	305	0,4703
# 045 - 094 - 125 - 179	902	0,4703
# 045 - 094 - 126	306	0,4703
# 045 - 094 - 126 - 179	903	0,4703
# 045 - 094 - 151	312	0,8283
# 045 - 094 - 151 - 179	904	0,8283
# 045 - 094 - 171	308	0,4703
# 045 - 094 - 171 - 179	905	0,4703
045 - 094 - 177	354	0,4950
045 - 094 - 177 - 179	906	0,4950
045 - 094 - 179	357	1,1000
045 - 097	551	0,9900
045 - 097 - 094	318	0,9900
045 - 101	552	1,2100
# 045 - 125	269	0,4703
# 045 - 125 - 179	358	0,4703
# 045 - 126	273	0,4703
# 045 - 126 - 179	359	0,4703
045 - 127	276	1,1400
045 - 127 - 177	356	0,5148
045 - 145	553	1,2100
045 - 145 - 179	360	1,2100
# 045 - 151	295	0,8283
# 045 - 151 - 179	361	0,8283
# 045 - 171	216	0,4703
# 045 - 171 - 179	362	0,4703
045 - 177	653	0,4950
045 - 177 - 179	363	0,4950

Omnipraticiens**4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
046 - 050	253	0,5500
046 - 050 - 176	349	0,5500
046 - 050 - 180	325	0,5500
046 - 050 - 093 - 176	909	0,5500
046 - 050 - 093 - 180	910	0,5500
046 - 093	656	1,1000
046 - 093 - 176	352	1,1000
046 - 093 - 180	347	1,1000
046 - 093 - 094 - 176	900	1,1000
046 - 093 - 094 - 180	901	1,1000
046 - 094	225	1,1000
046 - 094 - 176	351	1,1000
046 - 094 - 176 - 179	913	1,1000
046 - 094 - 179 - 180	915	1,1000
046 - 094 - 180	348	1,1000
046 - 176	652	1,1000
046 - 176 - 179	367	1,1000
046 - 179 - 180	370	1,1000
046 - 180	649	1,1000
050 - 061	544	0,5000
050 - 093	086	0,5000
050 - 096	545	0,2500
050 - 097	546	0,4500
050 - 105	547	0,2250
050 - 106	548	0,2250
# 050 - 106 - 108	307	0,2858
050 - 107	549	0,2250
# 050 - 108	275	0,6350
# 050 - 125	266	0,2138
# 050 - 126	270	0,2138
# 050 - 151	292	0,3765
# 050 - 171	222	0,2138
050 - 175	598	0,6666
050 - 176	633	0,5000
050 - 177	632	0,2250
050 - 180	654	0,5000
061 - 094	210	1,0000
# 061 - 094 - 108	313	1,2700
061 - 101	555	1,1000
# 061 - 108	523	1,2700
093 - 094	095	1,0000
093 - 094 - 175	328	1,3333
093 - 094 - 176	350	1,0000
093 - 094 - 177	353	0,4500
093 - 094 - 180	322	1,0000
# 093 - 125	267	0,4275
# 093 - 126	271	0,4275
# 093 - 151	293	0,7530
093 - 169	524	+100,00 \$ (**)
# 093 - 171	223	0,4275
093 - 172	572	0,5000

(**) : À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication mais bien d'un facteur d'addition.

4. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**Omnipraticiens**

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
093 - 175	595	1,3333
093 - 176	634	1,0000
093 - 177	636	0,4500
093 - 180	650	1,0000
094 - 096	213	0,5000
# 094 - 096 - 108	309	0,6350
094 - 097	214	0,9000
094 - 101	227	1,1000
094 - 105	234	0,4500
094 - 106	235	0,4500
# 094 - 106 - 108	300	0,5715
094 - 107	236	0,4500
# 094 - 108	274	1,2700
# 094 - 125	268	0,4275
# 094 - 126	272	0,4275
094 - 127	277	1,0400
# 094 - 151	294	0,7530
094 - 169	525	+100,00 \$ (**)
# 094 - 171	215	0,4275
094 - 172	573	0,5000
094 - 175	596	1,3333
094 - 176	635	1,0000
094 - 176 - 179	368	1,0000
094 - 177	637	0,4500
094 - 179	647	1,0000
094 - 179 - 180	371	1,0000
094 - 180	651	1,0000
# 096 - 108	278	0,6350
096 - 127	556	0,5200
096 - 187	697	0,5000
097 - 127	557	0,9360
097 - 187	698	0,9000
105 - 187	690	0,4500
# 106 - 108	237	0,5715
# 106 - 108 - 187	372	0,5715
106 - 187	691	0,4500
107 - 187	692	0,4500
# 108 - 126	554	0,5429
# 108 - 187	693	1,2700
127 - 177	655	0,4680
176 - 179	660	1,0000
179 - 180	661	1,0000
Autres combinaisons	062, 099 (*)	à calculer

(*) : Pour les modificateurs 062 et 099 voir les instructions de facturation à la page 31.

(**) : À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication mais bien d'un facteur d'addition.

Instructions de facturation (lorsque plus d'un modificateur s'applique)

1. Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 050 - 093);
2. Inscrire le modificateur multiple (ex. : 086) sur la ligne de service;
3. Multiplier les honoraires de l'acte par la constante, le cas échéant (ex. : 0,50);
4. Inscrire le résultat de la multiplication dans la case HONORAIRES.

5.7 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 5.7.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir l'onglet « Messages explicatifs »).

Aucun code : Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

5.7.1 Codes de transactions

- 00- Demandes de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, reparaitra sur un état de compte subséquent avec un code 10, 11 ou 12 (ne pas faire de demande de révision).
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
(Demande de paiement retenue, non payée avant appréciation)
- # 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90- Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96- DP (*Demande de paiement*) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

5.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2006)

6.2 MSG / SERVICES MÉDICAUX

- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. (*)
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. (*)
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers. (*)
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas à nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. (*)
- 105** Personne non admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. (*)
- 106** Le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée, telle que fournie. Voir 4.2.1, « Rédaction de la demande de paiement ». (*)
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. (*)
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. (*)
- 112** L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. (*)
- 113** Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. (*)
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services, de plus, la personne n'est pas assurée par le régime d'assurance maladie.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. (*)
- 117** La personne n'est pas admissible à un programme d'aide de dernier recours à la date des services. (*)
- 118** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus, parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de six mois applicable à la date de l'admissibilité à un programme d'aide de dernier recours n'est pas respecté. (*)
- 120** L'adresse de la personne assurée ne correspond pas à celle inscrite dans nos fichiers. Une vérification est en cours.
- 121** En raison de la règle 6 du préambule particulier de médecine nucléaire, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 123** La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas au fichier d'inscription des personnes assurées.
- 124** Conformément aux instructions de facturation figurant sous les codes d'acte de traitements psychiatriques, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 035.

() Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 125** En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques ou de la règle 8 du préambule de chirurgie, l'acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 127** Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne assurée de 18 à 64 ans inclusivement (réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 138** Seuls les médecins participants peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement (voir entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale).
- 139** Conformément à l'entente particulière relative au projet d'expérimentation du CH Pierre-Janet concernant la prise en charge par un médecin de pratique privée de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale, il ne peut être payé qu'un demi-forfait par période de 6 mois.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 143** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté.
- 145** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance, même s'il est facturé avec plus d'un modificateur.
- 146** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins qui évaluent l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147** Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- # 148** Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte 09810 « Comparution à la cour ».
- 149** Vous ne pouvez être rémunéré pour le code d'acte demandé car les services payables au regard d'une ordonnance de traitement, sont ceux de votre entente générale.
- 150** En raison de la règle 3.1 du préambule de la radiologie diagnostique, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.
- 151** En raison de la règle 7.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 152** En raison de la règle 8.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

- 153** En raison de la règle 10.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 154** En raison de la règle 11.1 du préambule particulier de la radiologie diagnostique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 156** En raison de la règle 2.4.7.4 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 160** Selon la note ou la remarque inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable.
- 161** Selon la note inscrite au tarif pour ce code d'acte, ce service n'est pas payable, car la chirurgie a été pratiquée sous anesthésie générale et réclamée par un autre professionnel.
- 162** Cet acte ne peut vous être payé car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur 099 ou 062 en précisant les modificateurs pertinents dans la section DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 164** Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).
- 165** Cet acte ne peut être répété plus d'une fois pour un même patient et a déjà été payé à un autre professionnel (réf. : Préambule général, règle 2.3.1).
- 166** En raison de la règle 2.4.4 du préambule général, aucun paiement d'honoraire n'est prévu pour l'observation, le médecin n'est rémunéré que pour les **services médicaux** qu'il a lui-même fournis.
- 167** Cet acte est non payable puisqu'il vous a été payé en rôle 2 pour l'acte codé en référence.
- 168** Cet acte est non payable puisqu'il a été payé à un autre professionnel en rôle 2 pour l'acte codé en référence.
- 193** Conformément à l'Entente particulière clinique-réseau, les modificateurs 176 et 180 ou leurs multiples sont acceptables seulement dans une clinique-réseau.
- 194** Le modificateur ou le code d'acte utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains CHSGS, Entente particulière Centre de santé Chibougamau et Entente particulière soins intensifs ou coronariens).
- 195** Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf. : l'Entente particulière / conditions d'exercice et de rémunération du médecin / CH régional de Sept-Îles).
- 196** Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement (réf. : Entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés ou de la règle 2.2.9 B du préambule général).
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- # 201** En raison de votre statut de professionnel non-admissible, les services facturés ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence. (Références: art. 36 de la Loi sur l'assurance maladie, art. 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et art. 16.01 - 5e alinéa de votre entente.

- 204** Nous n'avons pas reçu votre nomination ou votre octroi de privilèges d'exercice en médecine de laboratoire.
- 205** Selon nos dossiers, votre droit de pratique ne vous permet pas de nous facturer des services rendus au Québec.
- 206** Selon l'entente particulière, seul le mode de rémunération à honoraires fixes vous est permis dans cet établissement ou ce point de service.
- 207** Afin de recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Nos services d'assistance aux professionnels peuvent vous fournir des informations à ce sujet.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 217** Seul le médecin autorisé à se prévaloir des dispositions de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS » - Régime A (MOD 126) - Régime B (MOD 151) ou de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut facturer avec un de ces modificateurs pour les services médicaux rendus dans ces établissements.
- 218** Seul le médecin qui fait partie du groupe autorisé par la lettre d'entente #132 peut se prévaloir du forfait dispensé dans le service d'urgence d'un établissement.
- 220** À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.3 et 2.2.3A).
- 221** À l'égard de ce patient, vous avez déjà facturé un examen psychiatrique complet majeur au cours de l'année. (réf. : Préambule général, règle 2.2.5).
- 222** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services vous déteniez des privilèges en obstétrique ou des privilèges complets dans une discipline chirurgicale dans l'établissement où les services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise, et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 223** Votre statut de résident en médecine ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement. (Pr. Gén., page A-28).
- 224** Les services ne peuvent vous être payés parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 225** Les services ne peuvent vous être payés puisqu'ils ne sont pas assurés (réf. : Loi sur l'assurance maladie, art.3).

- 435** L'inscription du code 09992 doit se faire sur la demande de paiement où l'indemnité de déplacement est demandée, sauf si l'indemnisation du temps de déplacement représente une somme de 1 000 \$ ou plus.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- # 442** Selon la règle 1.4 du préambule général, le forfait compensatoire (code 09996 ou 09998) est payable seulement si le médecin assume seul sur place, la garde de soir ou de nuit. Toutefois un deuxième médecin est autorisé pour la garde de nuit dans certains établissements désignés et le forfait compensatoire (09994) est alors permis. Veuillez effectuer une demande de révision pour les actes médicaux posés au cours de la période de garde et qui vous ont été payés à 50 % (MOD 096) ou à 90 % (MOD 097).
- 443** Selon la règle 1.6 du préambule général, l'acte facturé en rôle 2 est non payable.
- 448** Conformément au maximum prévu au préambule particulier de biochimie médicale.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 463** En raison de l'article 3 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 475** Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 046 et ses multiples est acceptable seulement en cabinet privé et en CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré.
- 476** Conformément à la règle 2.2.9 A ou 2.2.9 C du préambule général, le modificateur 045 ou 127 et leurs multiples sont incompatibles avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.
- 477** Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 101 est acceptable seulement pour une unité de médecine familiale désignée.
- 478** En raison de l'article 4 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 479** Le maximum du nombre de forfaits de garde en disponibilité autorisé est dépassé selon l'annexe 2 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille.

- 493** En raison de l'article 6 du préambule particulier de l'obstétrique, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 496** Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.
- 497** Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de l'examen, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 500** Lorsqu'elle est effectuée à domicile, la thérapie psychiatrique de soutien facturée sous ce **code d'acte** est non payable et ne peut faire l'objet de la procédure de « service médical non tarifé ». Voir Préambule général, règle 2.3.1. (*)
- 501** Les forfaits 8896, 8897 et 9997 comprennent la prestation de l'ensemble des services médicaux fournis au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.
- 504** Code d'acte payable les fins de semaine, seulement.
- 506** Code d'acte payable les fins de semaine et les jours fériés seulement.
- 508** Selon la définition de l'examen complet majeur à la règle 2.2.3 du préambule général, cet acte ne peut être facturé par le même professionnel, plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.
- 509** En raison de la règle 1.3 du préambule particulier des actes diagnostiques et thérapeutiques, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 510** En raison de la règle 1.1.1 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison des règles 1.1.1 et 1.1.5 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 513** En raison de la règle 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 514** En raison des règles 1.1.5 et 2.4.3 du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8 du préambule de chirurgie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 519** En raison de la règle 1 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison de la règle 1 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 1.1.5 du préambule général et de la règle 6 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2 du préambule de chirurgie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».
- 650** Demande de paiement soumise à une expertise particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept quantième(s) (dates) par ligne peuvent être inscrits dans la section visites.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 653** Conformément à l'article 2.10 ou 3.01a) de l'Annexe XVIII ou à l'article 7.00 de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS », vous ne pouvez facturer le code d'acte inscrit sur la demande de paiement.
- 654** Ajustement d'intérêt.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- # **657** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09272. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains C.L.S.C. ou la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains C.L.S.C. dans le cadre du réseau de garde intégré.
- 658** Mode de facturation non conforme pour le code d'acte inscrit. Voir l'**AVIS** sous la règle 1.4, Préambule général ou sous article 5.01 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSCG désignés ».
- 659** Service(s) non rémunéré(s) à la suite de la décision de la CSST.
- 660** Seuls des codes d'acte de traitements collectifs peuvent être facturés sur la même demande de paiement.
- 661** La date de l'accident ou de l'événement exigée pour des services imputables à la CSST est absente ou invraisemblable.
- 662** Les demandes de paiement pour les services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST doivent porter les indications suivantes :
- La lettre « S » dans la case C.S.
- La date d'événement ou d'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case C.S.
- 664** Le nombre de jours inscrit dans la case NOMBRE ne correspond pas au nombre de quantième(s) (dates) mentionnés dans la case JOUR. Voir 4.2.8, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 669** Dans la section VISITES, les honoraires demandés doivent être inférieurs à **1 000 \$ par ligne.** (*)

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 670** Ce diagnostic n'est pas reconnu par la CSST. Veuillez vérifier et refacturer selon les instructions de facturation de votre manuel relatives à la CSST (voir 4.2.7 A) de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »).
- 671** Le code d'acte refusé n'est pas reconnu par la CSST. Veuillez le refacturer sur une demande de paiement distincte, **sans** inscrire la lettre « S » dans la case CS.
- 672** L'examen accompagné du modificateur 002 n'est pas reconnu par la CSST. Veuillez refacturer l'examen avec le modificateur 002 sur une demande de paiement distincte, **sans** inscrire la lettre « S » dans la case CS.
- 676** Conformément aux explications figurant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- 678** Selon la Lettre d'entente n° 77, ou l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés, il y a incompatibilité entre les modificateurs inscrits à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (*)
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 681** Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.
- 682** Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.
- 683** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 685** Facturation inexacte du modificateur 061. Voir Annexe IX article 5.3 de l'Entente. Veuillez refacturer en utilisant le modificateur 045, 065, 096, 097, 105, 106, 107 ou 108 seulement.
- 686** Conformément à la règle 1.1.2 du préambule général, lorsqu'un acte codifié au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.
- 689** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **avant** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **depuis** l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 696** Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697** Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 698** Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 700** Sur cette demande de paiement, seule la ligne « Déplacement » est remplie. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus, la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n°1988) n'a pas été rempli.
- 704** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.
- 705** Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 706** Les frais de séjour réclamés ne sont pas remboursables par la Régie.
- # **707** Le temps de déplacement (code 09992) ne peut être facturé seul. Veuillez refacturer en fournissant les renseignements et les documents concernant vos frais de déplacement. Si ceux-ci ont déjà été transmis à la Régie avec une autre demande de paiement, inscrire le numéro dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 708** La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés en fonction de la distance **unidirectionnelle** spécifiée dans le Guide des distances routières publié par le Ministère des transports du Québec.
- 709** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 du mécanisme de dépannage, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres.
- 710** Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.
- 711** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.10 du mécanisme de dépannage, les conditions pour avoir droit au remboursement des frais de transport prévu lors d'une sortie aller-retour ne sont pas remplies.
- 712** Les frais de transport demandés ne sont pas autorisés.
- 714** Les frais de déplacement sont payables seulement si le professionnel détient un contrat de dépannage à la date des services.
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716** Selon l'article 30.09 du mécanisme de dépannage, les frais de déplacement demandés sont supérieurs au maximum prévu.

- # **717** Conformément à l'article 30.00, les codes d'acte **09991** et **09992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans le cadre du dépannage.
- 718** Absence de code d'acte justifiant la réclamation du déplacement sur la demande de paiement.
- 719** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage.
- 720** Un déplacement de plus de quarante kilomètres doit faire l'objet d'une demande de considération spéciale.
- 721** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Le temps de déplacement a été ajusté selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- # **726** Mode de facturation non conforme pour le code d'acte 09875 ou 09876. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires dans le service d'urgence de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée.
- # **727** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09090. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation présentes à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels en anesthésie, dans certains centres hospitaliers de courte durée.
- # **728** Mode de facturation incompatible avec le code d'acte 09091. Veuillez vous reporter aux instructions de facturation jointes au texte de l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien.
- 729** En raison de la règle 2.06 du préambule particulier du musculo-squelettique, la majoration des honoraires ne s'applique pas.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 732** La réclamation des frais de kilométrage n'est pas acceptée étant donné que le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 733** Un seul forfait est permis pour une même période de garde (article 5.07 de l'Entente particulière : « Anesthésie dans certains C.H. de courte durée »).
- 734** Un seul forfait est permis pour une même période de garde et déjà facturé par un autre professionnel (article 5.07 de l'entente particulière : « Anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée »).
- 735** Conformément à la règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie, cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.

- 736** Conformément à la règle 2.9 du préambule général, les modificateurs 060 et 063 sont acceptables seulement dans un centre hospitalier de courte durée.
- 750** Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez-vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 756** Seul le médecin agréé par le comité d'éthique d'un centre hospitalier désigné peut être rémunéré pour cet acte.
- 760** Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.
- 766** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 769** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 770** Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), une seule indemnité de déplacement peut être accordée par période de dépannage pour un même établissement.
- 772** Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 accompagnée de pièces justificatives.
- 773** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774** En raison de la règle 8.3 du préambule de chirurgie, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 775** Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 776** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 777** Ce modificateur est applicable seulement pour un service rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 787** Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788** Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre professionnel.
- 790** Frais de déplacement non acceptables en raison de l'article 7.01 de la Lettre d'entente n° 116).
- 791** Code de forfait payable à un médecin faisant partie du groupe de médecine de famille, correspondant à l'établissement facturé. (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 792** Seul le médecin responsable d'un groupe de médecine de famille peut être rémunéré pour ce code de forfait (réf. : Section VI, annexe V, Entente particulière concernant les GMF).

- 793** Code d'acte payable au médecin de famille du patient inscrit sur la demande de paiement (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 794** Selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage), le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 795** Le maximum accordé selon l'article 30.00 de l'entente (mécanisme de dépannage) pour la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est dépassé.
- 796** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 797** Le temps de déplacement facturé a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 798** Acte payable à un médecin inscrit à un programme de ressourcement (réf. : Lettre d'entente n° 131).
- # **799** Pour facturer ce code de forfait, vous devez être un médecin faisant partie du même GMF que le médecin de famille de la patiente inscrite sur la demande de paiement.
- 800** Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. (*)
- 802** Le code d'établissement **ou** de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. (*)
- 803** Le code d'établissement **ou** de localité, est manquant, illisible ou incomplet. (*)
- 804** Le code d'établissement **ou** de localité, est inexistant à la date des services. (*)
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement.
- 808** Conformément à l'article 22, alinéa q.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. (*)
- 815** Selon l'annexe 1 de l'article 2.02 de l'entente particulière des groupes de médecine de famille, cet acte ne peut être facturé puisqu'aucun forfait de garde en disponibilité n'est autorisé à cet établissement.
- 816** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en centre hospitalier.
- 819** En raison de son libellé (description), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 821** La date d'entrée à l'établissement est erronée. (*)
- 822** La date d'entrée à l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. (*)
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas accepté pour les services rémunérés à l'acte. (*)

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 828** Code de forfait requérant un code d'établissement faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF). (*)
- 829** Conformément aux ententes particulières concernant la rémunération de certaines gardes et/ou à la règle 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 832** Conformément à la Lettre d'entente n° 8, les traitements psychiatriques ne peuvent être facturés en clinique de physiothérapie sauf pour les cliniques désignées.
- # **835** Les forfaits facturés sous les codes 08896, 08897 et 09997 ne peuvent pas être payés car les services n'ont pas été rendus dans l'unité de soins coronariens ou intensifs d'un centre hospitalier de courte durée visé par l'entente particulière.
- 836** Un seul forfait est permis pour une même période de garde (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).
- 837** Un seul forfait est permis pour une même période de garde et celui-ci a déjà été payé par la Régie à un autre professionnel (réf. : article 3.08 de l'Entente particulière relative à la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien).
- 838** Le maximum de forfaits de garde est dépassé. Si nécessaire, le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement pourra nous faire parvenir votre demande de révision accompagnée de la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures).
- 840** Selon sa nature ou son libellé (description), cet acte ne peut être facturé que lorsqu'il est effectué dans un établissement disposant d'une unité de soins intensifs pour grossesse à risque élevé, reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 844** Tel que stipulé à l'annexe XVI, vous ne pouvez à la date des services, exercer dans l'établissement mentionné sur la demande de paiement.
- 845** Les services facturés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière ou de départ assisté et concerné par une exception prévue au paragraphe 1.11 ou 4.10 de l'annexe XV doivent être dispensés lorsque requis par un établissement ou par une direction régionale de santé publique et autorisés par accord.
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : Entente particulière en anesthésie en CHSGS).
- 848** Lorsque vous remplacez temporairement un médecin omnipraticien ou spécialiste pour rendre des services anesthésiques, dans certains centres hospitaliers de courte durée, vous devez obligatoirement facturer à la vacation.
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 850** Conformément aux accords, lettres d'entente et ententes particulières relatifs aux modes de rémunération, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire ou selon un per diem.

(*) *Veillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

- 851** Selon l'entente particulière « Rémunération soins psychiatriques », ces services doivent être facturés selon le mode des honoraires fixes ou de la vacation.
- 852** La rémunération à l'acte dans cet établissement requiert la signature d'un contrat de services spécifique.
- 853** Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'effectuer de la garde dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande.
- 854** Conformément aux modalités prévues à votre entente particulière et selon votre nomination spécifique, la garde sur place est rémunérable à honoraires fixes.
- 860** Vous ne détenez pas de nomination spécifique vous permettant d'être rémunéré pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 862** Selon nos fichiers, la date du service facturé est à l'extérieur de la période du contrat de dépannage rémunéré à l'acte dans cet établissement.
- 863** Dans le cadre du mécanisme de dépannage rémunéré à l'acte, ce service doit être facturé dans la section « ACTES ». Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 876** Pour être rémunéré pour cet acte, le médecin doit avoir identifié le patient au moyen du formulaire prescrit.
- 877** Nous ne retrouvons aucune identification du médecin de famille, à la date des services, à partir des informations inscrites sur la demande de paiement. Pour l'enfant de moins d'un an, qui n'a pas sa carte d'assurance maladie, les renseignements présents sur la demande de paiement doivent être identiques à ceux que vous nous avez transmis lors de l'identification médecin-patient. (*)
- 878** Le patient inscrit sur la demande de paiement ne présente pas une des conditions décrites à l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables.
- 879** Conformément à l'Entente particulière concernant les clientèles vulnérables, seuls les médecins inscrits auprès du Département régional de médecine générale (DRMG) peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 881** Code de forfait payable à un médecin faisant partie d'un groupe de médecine de famille (réf. : Entente particulière concernant les GMF).
- 900** Demande de paiement annulée suite à votre demande.
- 901** L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. (*)
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique, mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section PREVALIDATION du rapport « retour d'erreur » disponible par l'intermédiaire de votre agence.

(*) *Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.*

INDEX

Page

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL	
1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION	A-2
1.1 Rémunération pour un service médical.....	A-2
1.2 Rémunération pour un service médical exigé par un règlement.....	A-4
1.3 Rémunération pour un service médical non tarifé.....	A-4
# 1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence.....	A-5
# 1.5 Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit.....	A-7
1.6 Rémunération du rôle 1 et du rôle 2	A-7
2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION	A-7
2.1 Consultations.....	A-7
# 2.2 Examens.....	A-8
# 2.3 Thérapie de soutien	A-16
# 2.4 Divers.....	A-17
2.5 Présomption	A-22
2.6 Indicateurs administratifs	A-22
2.7 Conseil génétique	A-23
2.8 Patient de soixante-dix (70) ans ou plus dans un service d'urgence (Abrogé)	A-23
2.9 Procédés et chirurgies pédiatriques.....	A-23
2.10 Consultation en éthique clinique.....	A-23
ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL - ACTES INCLUS.....	A-25
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 A)ii DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-29
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-33
SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION	A-33
MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE.....	A-33
HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC ET AU CANADA	A-34
DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-35
SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES (<i>Liste des adresses</i>)	A-36
TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-37

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL**1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION**

Le médecin est rémunéré suivant le tarif prévu pour un service médical qu'il a lui-même fourni au patient, avec ou sans la participation d'un personnel auxiliaire.

1.1 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL**1.1.1 Actes inclus**

Est comprise dans l'honoraire de l'examen, de la consultation ou d'un autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l'Annexe I du préambule général. (voir page A-24)

1.1.2 Considération spéciale

Un service médical peut être rémunéré en raison d'une considération spéciale (C.S.) lorsqu'il :

- a) est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire, ou
- b) apparaît au tarif à titre d'acte demandant une considération spéciale.

Pour toute demande de rémunération d'un service médical en raison d'une considération spéciale, le médecin doit fournir à la Régie les seuls renseignements requis pour fins d'appréciation du relevé d'honoraires.

AVIS : Voir section 4.2.7, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

1.1.3 Enseignement clinique

Le médecin a droit au paiement de ses honoraires pour les services médicaux qu'il dispense avec le concours d'un médecin résident ou d'un stagiaire adhérent au programme de ressourcement en médecine hospitalière selon les modalités prévues à une lettre d'entente en établissement affilié ou en cabinet privé reconnu par une université.

Il doit être présent lors de certaines phases de la prestation de services médicaux et y participer.

Il doit en outre contrôler les observations consignées au dossier médical et les contre-signer.

Nul honoraire n'est payable au médecin qui voit un patient dans le cadre d'activités d'enseignement ou de recherche, sauf s'il s'agit d'un patient dont il est le médecin traitant ou qui lui a été dirigé en consultation.

Le cabinet privé reconnu doit transmettre au Ministre une attestation de cette reconnaissance. Les dispositions du présent article s'appliquent pour la durée de cette reconnaissance.

1.1.4 Frais accessoires

Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

1.4 RÉMUNÉRATION POUR LA GARDE SUR PLACE À L'URGENCE

Après d'un établissement qui exploite soit un centre hospitalier, soit un CLSC du réseau de garde ou, lorsqu'il fait l'objet d'une désignation par les parties, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne à chacune des périodes visées mentionnées ci-après et, s'il en est, les services médicaux alors dispensés par le médecin sont, selon le choix quotidien du médecin qui assume seul cette garde, rémunérés :

- a) soit selon la rémunération à l'acte;
- + b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable selon le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout, pour une période de garde de 0 h à 8 h, d'un forfait compensatoire de 515 \$ pour les jours de la semaine ou de 628,00 \$ pour les jours de fin de semaine ou les jours fériés et pour une période de garde de 20 h à 24 h, d'un forfait compensatoire de 126 \$.

Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant entre 0 h à 8 h. L'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération.

Lorsque le médecin se prévaut de la formule de rémunération établie à l'alinéa b) ci-dessus, le modificateur pertinent, tel que ci-après déterminé, s'applique à la rémunération de tous les services médicaux alors dispensés dans le centre hospitalier par ce médecin, à l'exception toutefois de l'honoraire prévu pour l'accouchement et de la rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) lesquels sont rémunérés à 100 % de leur valeur.

Aux fins de l'application de l'alinéa b) ci-dessus et du sous-paragraphe précédent, les vocables « pourcentage pertinent » et « modificateur pertinent » signifient, pour une période de garde de 0 h à 8 h, 90 % (MOD=097) et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, 50 % (MOD=096).

Sous réserve du deuxième alinéa ci-dessus, si un établissement opère deux (2) services d'urgence de première ligne situés dans deux (2) pavillons géographiquement distincts, chacun des médecins assurant, seul, la garde sur place dans l'un ou l'autre de ces pavillons peut se prévaloir de l'une des options prévues au présent article.

AVIS : Si l'option b) est choisie, remplir la première demande de paiement pour l'ensemble des personnes assurées en inscrivant sur une demande de paiement n° 1200 les données suivantes :

- Si **un seul médecin** est autorisé pour la garde :
 - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, code 09998, le forfait de 515,00 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - # • fin de semaine et jours fériés 0 h à 8 h, code 19055, le forfait de 628,00 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - en tout temps de 20 h à 24 h, code 09996, le forfait compensatoire de 126,00 \$ (soumis à la rémunération différente);
 - le code d'établissement;
- Si **plus d'un médecin** est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h :
 - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, le code 09994, le forfait de 515,00 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - # • fin de semaine et jours fériés 0 h à 8 h, code 19056, le forfait de 628,00 \$ (soumis à la rémunération différente);
 - le code d'établissement désigné;
 - les honoraires du forfait sur une base horaire;
 - le nombre total d'heures effectuées durant la période de garde dans la case UNITÉS;
 - l'heure de début et de fin de la période continue de garde ou de chacune des plages d'heures durant la même période de garde, s'il y a lieu, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Les services rendus durant la période comprise entre 20 h et 24 h doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes, en inscrivant le modificateur 096 pour chacun des actes pour établissements non adhérents à l'E.P. garde sur place ou 106 pour établissements adhérents. Pour la période comprise entre 0 h et 8 h, utiliser le modificateur 097 pour chacun des actes.

Si les modificateurs doivent être utilisés simultanément avec d'autre(s) modificateur(s) : Voir 4.2.6.4 et 4.6.2, « Rédaction de la demande de paiement ».

Établissements désignés non adhérents à l'ent. part. garde sur place :

Hôp. général du Lakeshore (00407); CHUM-Hôp. Notre-Dame (00207); Cité de la santé de Laval (00447); CH Le Gardeur (01417); CH régional de Lanaudière (00857); CH Pierre-Boucher (07537) et CH Charles Lemoyne (00957).

Établissements désignés adhérents à l'ent. part. garde sur place :

Complexe hosp. Sagamie (02477); CHUQ-Pav. CHUL (02137); CHA Pav. Enfant-Jésus (02037); CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec (02047); CHR de Trois-Rivières-Pav. Ste-Marie (01837); CHUS : Hôtel-Dieu (01107); Hôp. Fleurimont (01167); Hôpital Sainte-Croix du CSSS Drummond (02777); Hôp. Sacré-Coeur de Mtl (00277); Hôp. Santa Cabrini (00357); Hôtel-Dieu du CHUM (00067); Pav. Maisonneuve/Pav. Marcel Lamoureux (00157); Centre hospitalier de Verdun (00367); Hôp. St-Luc du CHUM (00307); Hôpital du Haut-Richelieu (00427); Hôp. Général de Montréal (00187); Hôpital Royal Victoria (00257); Hôtel-dieu de Lévis (03007); Hôpital de Gatineau (07697); CH St-Eustache (01457); CH régional du Suroît (01147).

1.5 RÉMUNÉRATION LORS D'UN DÉPLACEMENT D'URGENCE DE NUIT

De 0 h à 7 h, un médecin qui, à la suite d'un appel d'urgence, doit se rendre auprès d'un patient, à domicile ou en établissement, est rémunéré :

- a) soit selon la rémunération à l'acte;
- + b) soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 78,80 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 80,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 82,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 83,65 \$ à compter du 1^{er} avril 2009.

Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

AVIS : *Si l'option b) est choisie, identifiez la personne assurée qui a nécessité ce déplacement d'urgence et inscrire : code d'acte 09099 et autres renseignements requis (rôle, honoraires, lieu de dispensation des services, ...) l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondants aux services rendus.*

1.6 RÉMUNÉRATION DU RÔLE 1 ET DU RÔLE 2

Lorsque le médecin facture un acte sous le rôle 1, il ne peut facturer simultanément un rôle 2.

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.1 CONSULTATIONS

L'examen d'un patient transféré ou référé pour traitement ne constitue pas une consultation même si un rapport écrit est soumis.

Pour donner droit au paiement d'une consultation, un examen du patient doit avoir été fait par le médecin traitant, omnipraticien ou spécialiste, qui demande la consultation.

AVIS : *Voir section 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

Les honoraires fixés pour la consultation tiennent compte du temps consacré par le médecin et de l'importance des services rendus au patient. On distingue les consultations suivantes :

2.1.1 Consultation mineure :

La consultation mineure est l'examen spécifique d'un système ou d'une région par un médecin à la demande écrite du médecin traitant, lorsque ce dernier demande l'opinion d'un confrère sur un problème médical spécifique à cause de la complexité ou de la gravité du cas. Le médecin consultant soumet son opinion et ses recommandations par écrit au médecin traitant.

2.1.2 Consultation ordinaire :

La consultation ordinaire est l'examen complet pratiqué par un médecin à la demande écrite du médecin traitant, lorsque ce dernier demande l'opinion d'un confrère à cause de la complexité ou de la gravité du cas. Le médecin soumet son opinion et ses recommandations par écrit au médecin traitant.

2.1.3 Consultation majeure :

La consultation majeure est l'examen complet majeur pratiqué par un médecin à la demande écrite du médecin traitant lorsque ce dernier demande l'opinion d'un confrère à cause de la complexité ou de la gravité du cas. Le médecin soumet son opinion et ses recommandations par écrit au médecin traitant.

2.1.4 Consultation psychiatrique ordinaire :

La consultation psychiatrique ordinaire est l'examen psychiatrique complet pratiqué par un médecin à la demande écrite du médecin traitant lorsque ce dernier demande l'opinion d'un confrère à cause de la complexité ou de la gravité du cas. Le médecin soumet son opinion et sa recommandation par écrit au médecin traitant.

2.1.5 Consultation psychiatrique majeure :

La consultation psychiatrique majeure est l'examen psychiatrique complet majeur pratiqué par un médecin à la demande écrite du médecin traitant lorsque ce dernier demande l'opinion d'un confrère à cause de la complexité ou de la gravité du cas. Le médecin soumet son opinion et sa recommandation par écrit au médecin traitant.

2.2 EXAMENS

Les honoraires fixés pour les examens tiennent compte du temps consacré par le médecin et des caractéristiques du service rendu au patient. On distingue les examens suivants :

2.2.1 Examen ordinaire :

L'examen ordinaire comprend le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure, à l'appréciation d'un traitement en cours, ou à l'observation de l'évolution d'une maladie et la consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.2 Examen complet :

L'examen complet comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
 - a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
 - b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
2. L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :
 - peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux;
 - colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen.

3. Les recommandations au patient.

2) Examen principal

l'examen principal comporte les éléments suivants :

- 1) le questionnaire portant sur :
 - a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
 - b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
- 2) L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :
 - peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux;
 - colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen ou un des examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis ;
 - l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire.
- 3) L'initiation d'un traitement s'il y a lieu, et les recommandations au patient.
 - 4) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

3) L'intervention en situation complexe

Prise en charge, évaluation extensive en raison de la complexité de l'état de santé du patient et/ou de son contexte social (à titre indicatif : perte d'autonomie, intoxication médicamenteuse et autre, tachycardie stable, infarctus du myocarde ou AVC aigus) incluant l'examen, le traitement, les notes au dossier et tout autre service médical dispensé par le médecin et incluant également les contacts avec la famille ou tout autre tiers pouvant aider à la résolution du problème. Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps même pour la première demi-heure ;

- l'intervention doit durer au minimum une demi-heure;
- forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte pour les services dispensés dans le service d'urgence par le même médecin durant la journée de facturation du forfait;

- un forfait ne peut être facturé que par un seul médecin pendant le séjour du patient;
- tarif pour la première demi-heure et, par la suite, par quart d'heure avec, au total, la limite d'une heure et demie pour un patient de moins de 70 ans et d'une heure trois quarts pour un patient de 70 ans et plus.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le **modificateur 187** pour l'une des deux interventions reliées afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.*

4) L'examen psychiatrique principal

L'examen psychiatrique principal comporte l'évaluation séméiologique des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que, le cas échéant, l'examen physique du patient pour permettre d'orienter le diagnostic ou le traitement de l'affection psychiatrique en cours. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

- Un examen par médecin par patient par jour est facturable.

2.2.7 Examen médical (assaut sexuel) :

Il s'agit de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel et de la rédaction du formulaire.

Dans le cas où la rédaction du formulaire n'est pas requise, l'examen d'un patient présumément victime d'assaut sexuel n'est facturé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'examen.

Constat médico-légal (assaut sexuel) :

Le constat médico-légal se compose de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, des procédures nécessaires au constat médico-légal et de la rédaction du formulaire.

+ 2.2.7A Forfait de déplacement (assaut sexuel)

- + Le médecin qui se déplace pour effectuer l'examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel et, s'il y a lieu compléter le constat médico-légal ou rédiger le formulaire, est compensé pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : *Voir codes 19080, 19081, et 19082, onglet « B - Consultation et examen ».*

2.2.8 Examen externe d'un cadavre :

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour l'examen externe d'un cadavre effectué à la demande d'un coroner.

2.2.9 Rémunération majorée**2.2.9 A Malade admis dans une unité de soins de courte durée**

Est accordée une majoration d'honoraires de 10 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'un malade admis dans une unité de courte durée d'un CHSGS, d'un centre hospitalier de soins psychiatriques, ou de tout autre centre désigné par les parties, le samedi, dimanche et un jour férié.

Sont visés par cette disposition les examens et consultations paraissant à l'onglet B et comportant la mention « P.G. 2.2.9 A ». Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

Est également visé par cette disposition le forfait quotidien prévu à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section ACTES, le code d'établissement correspondant à une unité de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX6 ou 0XXX8) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %. Pour la facturation des codes d'acte 08896, 08897 et 09997, 19105, 19106 et 19107, voir l'Entente particulière soins intensifs, dans votre Brochure n°1.*

+ 2.2.9 B Service d'urgence d'un centre hospitalier et CLSC du réseau de garde intégré

+ Une majoration de 27 % applicable sur le tarif de base est accordée pour les services dispensés de 8 h 00 à 24 h 00 le samedi, le dimanche ou une journée fériée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 108 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section ACTES, le code d'établissement 0XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 27 %.*

Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'Annexe IX de l'entente, article 5.3 et de l'Entente particulière garde dans le service d'urgence de 1^{re} ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré.

+ Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h 00 à 24 h 00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Le montant de ce supplément est de 81,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 83,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 84,90 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 86,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. Ce supplément est divisible en heures.

AVIS : *Pour le forfait, sur une demande de paiement n° 1200 inscrire ces données :*

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- inscrire dans les RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les heures de début et de fin de la période de garde.
- le code d'établissement (0XXX7) ou (9XXX2) ou (8XXX5);
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

2.2.9 C Certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Une majoration de 4 % de la rémunération est accordée pour les examens effectués auprès d'un malade admis en soins de courte durée d'un CHSGS d'un établissement qui ne remplit pas les deux conditions suivantes : son activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et il opère un service d'urgence de première ligne.

Sont visés par cette disposition les examens paraissant à l'onglet B et comportant la mention « P.G. 2.2.9C ».

Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et des actes visés par cette disposition.

AVIS : *Inscrire le modificateur 127 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section ACTES, le code d'établissement correspondant à une unité de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 0XXX8) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 4 %.*

2.3 THÉRAPIE DE SOUTIEN**2.3.1 Thérapie de soutien à domicile :**

La thérapie de soutien consiste en une relation d'aide que le médecin établit, au bénéfice d'un patient, avec ce patient ou un de ses proches.

Cette thérapie de soutien ne peut être utilisée qu'au domicile du patient ou de ses proches. Elle est, de plus, limitée à l'endroit d'un patient en phase terminale. Elle peut également être utilisée, à domicile, dans des circonstances particulières et imprévues.

AVIS : *Inscrire dans la section réservée à l'identité de la personne assurée les coordonnées du patient même si la relation d'aide (thérapie de soutien) a été établie avec un de ses proches. Voir code d'acte 08900, l'onglet « B - Consultation et examen ».*

La thérapie de soutien à domicile comporte un honoraire fixe de 32,30 \$ pour la séance.

La durée minimale d'une séance est de trente (30) minutes.

Elle ne peut être répétée plus d'une fois pour un même patient.

- + L'honoraire s'ajoute à l'honoraire de la visite à domicile. Il est de 34,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 34,85 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 35,55 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 36,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2009.

La thérapie de soutien fait toujours l'objet d'une C.S.

2.3.2 Thérapie psychiatrique de soutien**2.3.2.1 Thérapie psychiatrique de soutien**

La thérapie psychiatrique de soutien est une forme de traitement de la maladie mentale, par lequel le médecin entre intentionnellement en relation professionnelle avec un patient, ou, dans le cas d'un enfant, avec le père ou la mère dans le but de supprimer, de modifier ou de freiner l'évolution des symptômes, d'atténuer ou de corriger des troubles de comportement, ou d'aider la maturation et le développement positif de la personnalité.

La thérapie psychiatrique de soutien comporte une évaluation systématique des facteurs somatopsychiques ou psychosomatiques incidents.

2.4.7.3 A Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une assistance chirurgicale effectuée le samedi, le dimanche, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure du début de l'intervention chirurgicale. Le supplément d'honoraires est du tiers (1/3) de l'honoraire d'assistance chirurgicale (MOD=011).

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Ce supplément d'honoraires équivalant au tiers (1/3) du tarif est également applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis posés par un médecin qui détient des privilèges complets dans une discipline chirurgicale. L'établissement transmet le nom du médecin admissible à cette disposition au comité paritaire qui en informe la Régie.

AVIS : - *Incrire le modificateur 175 ou ses multiples.*
- *Inscrire l'heure de début dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

2.4.7.3 B Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une anesthésie effectuée le samedi, le dimanche, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de la prise en charge. Le supplément d'honoraires est de 100 % pour les services dispensés tous les jours entre 0 h et 7 h et de 50 % pour les services dispensés le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à 24 h ou tout autre jour de 19 h à 24 h.

À l'égard des services tarifés en unités, on établit comme suit les honoraires majorés :

- on majore le tarif des unités de durée pour le temps de l'intervention qui coïncide avec une plage horaire sujette au supplément.
- on majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise durant une plage horaire sujette au supplément.

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le modificateur approprié dans la case MOD :*

- *pour le supplément de 100 % = 128*
- *pour le supplément de 50 % = 129*

2.4.7.4 Pour ce qui est de l'examen, de l'examen à domicile ou de la consultation, seul le premier examen ou la première consultation donne ouverture au supplément lors d'un déplacement.

2.4.7.5 Si un établissement comprend plusieurs pavillons, bâtiments, ou parties d'établissement, situés sur un même terrain, le fait d'aller de l'un à l'autre n'est pas réputé être un déplacement au sens de l'entente.

2.4.7.6 Pour fins d'application de l'Entente, sauf dispositions contraires, les jours fériés sont les suivants :

La Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

AVIS : *Veillez noter que le nom des jours fériés peut différer du « Tableau des dates fixées par la Régie pour la célébration des fêtes légales règle 2.4.7.6. » (Voir le tableau à la fin de l'onglet A - Préambule général)*

Toutefois les jours fériés et la date où ils sont chômés, pour le médecin qui exerce en centre local de services communautaires, en gériatrie active et en soins palliatifs d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés, sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Veuillez vous assurer auprès de votre établissement des dates convenues. En cabinet, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Voir ce tableau à la fin du présent onglet ou le tableau des calendriers spécifiques dans la rubrique « Congés fériés » de la section « Établissements du réseau de la santé ».*

- + **2.4.7.7** Un supplément d'honoraires est prévu, par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Le supplément d'honoraires est de 20 \$ (01098) pour un plateau principal ou de 10 \$ (01099) pour un plateau mineur.
- + Sont visés par cette disposition les actes tarifés 2.4.7.7 A pour le supplément de 20 \$ et 2.4.7.7 B pour le supplément de 10 \$.

Ces suppléments ne sont pas assujettis aux dispositions relatives à la rémunération différenciée.

À cette fin, le Ministère, avec l'assentiment de la Fédération, transmet à la Régie de l'assurance maladie, la liste des codes d'acte visés par cette mesure.

AVIS : *- Le supplément d'honoraires ne s'applique que pour les chirurgies effectuées en cabinet privé.
- Inscrire le code d'acte 01098 pour la mention P.G. 2.4.7.7 A ou le code d'acte 01099 pour la mention P.G. 2.4.7.7 B identifié dans le tarif,
- Le code d'acte de chirurgie et son supplément d'honoraires doivent être facturés sur la même demande de paiement.*

- + 2.4.7.8 Un supplément de responsabilité de 5,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 5,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 5,30 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 5,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2009 par jour est accordé pour l'examen d'un patient admis en soins de courte durée effectué par un médecin qui assume la responsabilité de ce malade et par le médecin qui assume un suivi conjoint de ce malade. Ce supplément s'ajoute au tarif de l'examen effectué. Un seul supplément est payable par jour par médecin pour un patient.

Ce supplément de responsabilité est accordé au médecin qui exerce auprès d'un malade admis en soins de courte durée d'un établissement dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui opère un service d'urgence de première ligne. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements visés par la présente disposition.

AVIS : *Le supplément doit être facturé le jour même de l'examen effectué et sur la même demande de paiement (Voir le code d'acte 00071 dans l'onglet « Consultation et examen »).*

- + **2.4.7.9** Un supplément au tarif de l'examen est accordé dans le cadre d'un suivi de grossesse assuré par le médecin dans un cabinet privé et, sous réserve de l'alinéa suivant, en CLSC ou en UMF. Le montant de ce supplément est de 10,00 \$ en cabinet et de 7,00 \$ en CLSC et en UMF.
- + En CLSC ou en UMF, ce supplément n'est payable que si le médecin détient et exerce des privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier et que s'il prévoit que l'accouchement de la femme dont il assure le suivi de grossesse sera effectué par lui-même ou par un des médecins du groupe avec lequel il partage cette responsabilité. Dans le cas où le médecin exerce selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, il ne facture pas l'examen. Le médecin doit transmettre les informations requises à la Régie.
- # **AVIS :** - *Si vous rendez des services en CLSC-UMF et désirez vous prévaloir du supplément au tarif de l'examen dans le cadre d'un suivi de grossesse, vous devez transmettre à la RAMQ une lettre mentionnant que vous détenez et exercez des privilèges en obstétrique ainsi que le nom et le numéro du centre hospitalier concerné. L'adresse à retenir est la suivante :*

*Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

- *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes:*
 - *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;*
 - *Inscrire le code de forfait 15144 pour le supplément en cabinet et 15145 pour le supplément en CLSC et en UMF;*
 - *Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer 0XXX3 ou s'il s'agit d'un CLSC, indiquer 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case établissement;*
 - *Si vous êtes rémunéré selon le mode de l'acte, le forfait doit être facturé le jour même de l'examen effectué et sur la même demande de paiement.*

2.4.8 Surveillance (Voir code 00080, onglet « B - Consultation et examen »).

- Le médecin qui doit veiller sur un patient en raison de la gravité de son état a droit au paiement d'un honoraire de surveillance.
- La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin interrompt toute autre activité clinique.
- Le médecin ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps.
- Une surveillance comporte une première période de trente (30) minutes qui n'est jamais rémunérée; si elle se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.
- Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins donnés pendant une période de surveillance.
- Une période d'attente, telle l'attente d'un rapport ou l'attente préopératoire, ne constitue pas une surveillance.

2.4.9 Transfert ambulancier

AVIS : *Voir codes 09087 et 09246, onglet « B - Consultation et examen ».*

2.4.9.1 Interétablissement

Il s'agit de la présence du médecin auprès d'un patient pendant un transfert ambulancier interétablissement. Cette présence est rémunérée de la façon prescrite au présent sous-paragraphe.

Un transfert ambulancier interétablissement comporte une première période de trente (30) minutes; si le transfert se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.

L'honoraire prévu pour ce transfert s'applique à l'aller; pour tenir compte de l'aller-retour, cet honoraire est doublé.

Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins médicaux dispensés pendant ce transfert.

Un transfert ambulancier interétablissement peut comprendre un transfert ambulancier effectué entre un établissement et un aéroport, ou toute autre gare d'embarquement, à destination d'un autre établissement.

2.4.9.2 À partir du cabinet ou du domicile

À titre exceptionnel, lorsque la condition du patient nécessite la présence d'un médecin, les dispositions prévues au sous-paragraphe ci-dessus s'appliquent. Dans ce cas le médecin doit fournir les notes explicatives.

+ 2.4.9.3 Forfait de déplacement

- + Le médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé à se déplacer pour se rendre à l'établissement afin d'effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert est compensé, pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : Voir codes 19047, 19048, et 19049, onglet « B - Consultation et examen ».

2.5 PRÉSUMPTION

Le médecin qui, à la demande d'un médecin spécialiste, est amené à dispenser un service médical prévu à l'entente comme devant être dispensé à la demande d'un autre médecin est, pour satisfaire aux exigences des préambules général et particuliers, réputé avoir agi à la demande d'un médecin au sens de l'entente.

2.6 INDICATEURS ADMINISTRATIFS

Les numéros de codes d'acte et de modificateurs apparaissant à la nomenclature des actes ou aux divers préambules sont des indicateurs administratifs qui relèvent de l'autorité exclusive de la Régie. Celle-ci doit informer le médecin de tout ajout ou de toute modification à ceux-ci.

2.7 CONSEIL GÉNÉTIQUE

Le conseil génétique est l'évaluation du patrimoine génétique d'une personne ou d'un couple afin de les conseiller adéquatement, sur un plan génétique et étiologique.

Le conseil génétique comprend les rencontres et interview avec un membre de toute famille concernée ainsi que, le cas échéant, l'examen médical de cette personne, lorsque la connaissance de l'état de santé de celle-ci est nécessaire à l'évaluation génétique de la personne ou du couple au bénéfice desquels le conseil génétique est effectué.

Le conseil génétique comprend également la cueillette et l'évaluation des données familiales afin d'établir un diagnostic sur le patrimoine génétique, construire la généalogie et évaluer les risques susceptibles d'intéresser la personne ou le couple en cause.

Le conseil génétique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne ou au couple concernés, afin de contrôler, le cas échéant, la situation qui se présente sur le plan génétique, de telle sorte que la personne ou le couple visés puissent prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génétique est individuel ou collectif. Il est dit collectif lorsqu'il est effectué au bénéfice d'un couple.

Le conseil génétique est rémunéré lorsqu'il est effectué dans un établissement qui offre un programme en génétique ou qui fait appel à la médecine génétique, et qui, dans tous les cas, est désigné par accord des deux parties. Cette rémunération est octroyée à la demi-heure selon les modalités établies au tarif. Cette même rémunération couvre tous les services médicaux dispensés lors d'une même visite.

AVIS : Voir établissements désignés, annexe 1, Accord n° 126, (Brochure n° 1).

2.8 PATIENT DE SOIXANTE-DIX (70) ANS OU PLUS DANS UN SERVICE D'URGENCE

AVIS : Ce paragraphe 2.8 a été abrogé par l'Amendement 83.

2.9 PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

Dans un centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de deux (2) ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention P.G.2.9 (MOD=060).

En anesthésie, on ne majore pas les honoraires des unités de durée et on majore de 50 % les honoraires des unités de base (MOD=063)

2.10 CONSULTATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Le médecin qui répond à une demande de consultation en éthique clinique possède une formation en éthique médicale et n'est pas impliqué directement dans le dossier du patient visé.

Cette consultation, outre les éléments de la consultation majeure prévue à la nomenclature des actes, comprend :

1. la révision approfondie de tous documents légaux ayant rapport à la cause (i.e testaments biologiques, procuration permanente pour les soins de santé, etc.);
2. le rapport officiel écrit de la consultation, documentant :
 - identification et explication des dilemmes d'éthique existants;
 - référence aux faits pertinents à la cause qui touchent le côté médical, légal et social;
 - recommandation par ordre de priorité des plans spécifiques de gestion clinique;
 - justification élaborée de ces recommandations basée sur une analyse éthique raisonnée et faisant référence à la littérature médicale, légale et d'éthique médicale.

La consultation en éthique comprend également, pour le médecin, la responsabilité de coordonner et de faciliter une réunion de suivi de l'équipe de gestion où tous les participants peuvent discuter du rapport de consultation et finaliser le plan de gestion.

La consultation en éthique clinique est rémunérée lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

- a) la consultation est effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier désigné par accord des parties;
- b) le médecin qui effectue la consultation est agréé par le comité d'éthique de l'établissement visé.

AVIS : *Établissements désignés à l'annexe 1 de l'Accord n° 172 :*

Région de Montréal-Centre (06)

00253 - Hôpital Royal Victoria (95-04-01)

00193 - Institut et Hôpital neurologique de Montréal (96-01-01)

Région de Lanaudière (14)

01413 - Centre hospitalier Le Gardeur (95-09-01)

La rémunération de la consultation en éthique clinique ne couvre pas la rémunération des entrevues en profondeur avec les personnes pertinentes incluant :

- un membre de la famille;
- un proche;
- les membres de l'équipe multidisciplinaire incluant médecin traitant, médecins appelés en consultation, résidents, infirmiers, travailleurs sociaux, nutritionnistes, porte-parole des malades, représentant de la pastorale, et administration;
- rencontre additionnelle avec le patient.

AVIS : *Voir les codes d'acte 00017, 00019, 08906 et 08909, à l'onglet « B ».*

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**ACTES INCLUS**

Est comprise dans l'honoraire de l'examen, de la consultation ou d'un autre service médical associé, la rémunération des services médicaux ci-après énumérés, à savoir:

ablation des points de suture ou des agrafes
ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)
administration et interprétation des tests diagnostiques suivants:
- analyse d'urine, sans microscopie
- glycémie, par méthode simple qualitative
- hémoglobine, par méthode simple qualitative
- mycose test
- P.P.D. (purified protein derivative)
- test à la tuberculine
- toute autre analyse par méthode simple, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
allongement du frein du prépuce
androscopie
application de pâte d'unna
appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive
aspiration de la trachée sous vision directe
aspiration pour otite séreuse, unilatérale

biomicroscopie oculaire
biopsie du pénis
biopsie du scrotum
blocage nerf honteux, uni ou bilatéral
blocage paracervical
botte d'unna
brûlure simple (1^{er} degré), traitement et débridement

calibrage de l'urètre
cannulation de canaux galactophores pour reperméabilisation
cardioversion chimique
cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif
cautérisation du cordon ombilical
changement de canule de trachéotomie
changement de cathéter de gastrostomie
changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie
changement de sonde d'urétérostomie cutanée
changement de sonde de néphrostomie
chimiothérapie d'une lésion cutanée
correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale
cure d'hyposensibilisation, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
cryothérapie d'une lésion
culdoscopie

débimétrie (débit de pointe)
détorsion manuelle de cordon spermatique
dilatation d'urètre chez la femme
dilatation du col
dilatation du prépuce
dilatation du sphincter anal sans anesthésie
dilatation du vagin sous anesthésie
dilatation ou irrigation de la voie lacrymale

électrorétinographie, technique simple
enlèvement de mèches vaginales
enlèvement de plâtre (sans fracture ni luxation)
épilation des cils
épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)
épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme
épreuves de fonction respiratoire :
- analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
- analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
- bronchspirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
- évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
- oxymétrie et saturation en oxygène toute technique
- ventilation et consommation d'oxygène
épreuves orthostatiques
étude de la transmission neuromusculaire
étude du chimisme gastrique (intubation et interprétation)
étude du sperme
étude simple de la vision des couleurs
évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque
examen à la lampe à fente
examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel
examen gynécologique avec cautérisation ou conisation ou électroconisation avec anesthésie
examens vestibulaires (bilatéral): épreuves cervicales
épreuves de la poursuite
épreuves positionnelles
épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)
exérèse de cathéter de dissection veineuse
exérèse de cérumen
exérèse de tube de drainage, oreille moyenne
exérèse de varicocèle par voie scrotale
exérèse d'un corps étranger intra-vaginal
exophtalmométrie
exploration du contenu scrotal
extraction de bague (acte simple)
extraction de stérilet
fixation d'un drain
fracture d'apophyse épineuse ou transverse, traitement conservateur
fracture du crâne, traitement conservateur
funduscopie, sauf autrement prévu au tarif
grattage, pelage, taillage de callosités (lorsqu'effectué en établissement ou au bénéfice d'un patient âgé de moins de soixante-dix (70) ans)
immobilisation par appareil ou orthèse préfabriqués commercialement incluant notamment: collet cervical, bandage élastique ou adhésif, écharpe, etc.
incision latérale ou dorsale du prépuce
inhalothérapie

injection de substance de contraste :
cholangiographie par injection intraveineuse
cholangiographie par tube en T
déférentographie
échographie
gynécographie
orbitographie
pariétographie
pelvigraphie
pyélographie I.V.
tomographie axiale
vaginographie
voies urinaires pour urétérographie
injection intracaverneuse de papaverine
injection pour prurit anal
injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
insertion de pessaire
insertion de prothèse testiculaire
insertion naso-gastrique de tubes (Levine, alimentation, etc...)
insertion de tiges laminaires;
installation de l'équipement de l'inhalothérapie;
installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du foetus
installation d'un tube de gavage à long terme
insufflation tubaire
irrigation de l'oeil
irrigation et enlèvement du drain

laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie au microscope sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale
laryngoscopie indirecte sans biopsie
lavage bronchique
libération du frein de la langue pour un patient de deux (2) ans et moins

manipulation pour épicondylite (tennis elbow)
manoeuvre d'Epley
manométrie ano-rectale (sauf pour une pathologie digestive)
massage prostatique
mesure de la tension veineuse centrale
mesure de la vitesse circulatoire
mise en place d'une mèche dans un kyste déjà drainé
myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie

nettoyage de l'oreille externe et moyenne

ophtalmoscopie
orbitographie avec substance de contraste

pansement de moins de vingt (20) centimètres carrés
pharyngogramme avec substance de contraste
phonocardiographie
ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle
ponction de sang dans un cathéter
pose d'une mèche dans le conduit auditif externe
prélèvement d'une homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire et thoracique
prélèvement de sécrétions
prélèvement sanguin capillaire

réduction manuelle de torsion testiculaire
réduction manuelle d'hernie inguinale
réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie
réflexogramme achilien avec kinomètre
réfraction

taillage des ongles d'orteil
tamponnement nasal antérieur par compression simple
test à la lampe de Wood
test de confrontation
test de tolérance à l'eau
tomographie simple
tonométrie simple
traction pour scoliose, type Cotrel

vectocardiogramme
ventriculoscopie

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 A)II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

En conformité avec l'article 22 a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services pour fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et qui sont considérés comme des services assurés.

1. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE DE COMMERCE, D'UN AUTOBUS DE PLUS DE 24 PASSAGERS OU D'UN VÉHICULE EXIGEANT DES QUALIFICATIONS PLUS GRANDES :

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire d'un véhicule des classes 1, 2 et 3.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule de commerce.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c.C-24.2)
- Articles 28 1, 2, 3, 44 2, 45 2 et 46 2 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4A.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule d'urgence.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c.C-24.2)
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

3. CONDUCTEUR D'UN AUTOBUS DE 24 PASSAGERS OU MOINS OU D'UN MINIBUS

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société d'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire de la classe 4B.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société d'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un autobus ou d'un minibus.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c. C-24.2)
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

(*) Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le Ministère de la Solidarité sociale.

4. CHAUFFEUR DE TAXI :

Examen médical ou optométrique(*) requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4C.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour un titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un taxi.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q.,c.C-24.2)
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

5. ÉTUDIANT ADMIS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES EN TECHNIQUES DE PILOTAGE, TECHNIQUES MARITIMES, TECHNIQUES POLICIÈRES OU TECHNIQUES DU CONTRÔLE DE LA CIRCULATION AÉRIENNE :

Examen médical que doit subir l'étudiant admis à l'un des programmes d'études précités.

- Article 18 a) de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (L.R.Q.,c.C-29) remplacé par 1993, C.25,a.11;
- Article 1 du Règlement sur les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études suivants: techniques de pilotage, techniques maritimes, techniques policières et techniques de contrôle de la circulation aérienne (Décret 2403-82 du 20 octobre 1982)

6. FONCTIONNAIRE AU SENS DE LA LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE :

Examens de pré-emploi exigés par les directives de classification relatives aux emplois suivants :

- Agents de conservation de la faune;
- Constables du tribunal de la jeunesse;
- Constables spéciaux à la sécurité dans les édifices gouvernementaux;
- Agent des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;
- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- Loi sur la fonction publique (L.R.Q.cF-3.1)

7. ENSEIGNANT OCCUPANT UN EMPLOI DANS UNE ÉCOLE PUBLIQUE DE LA COMMISSION SCOLAIRE CRIE, LA COMMISSION SCOLAIRE KATIVIK ET LE COMITÉ NASKAPI DE L'ÉDUCATION :

Examen médical annuel démontrant qu'il n'est atteint d'aucun handicap physique ou mental ou maladie le rendant inapte à occuper le poste qu'il détient.

Examen annuel pulmonaire clinique et radiologique démontrant que cette personne est exempte d'affection tuberculeuse.

- Article 207 de la Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuits et naskapis (L.R.Q.,c.I-14)

(*) Les examens optométriques ne sont couverts par la Régie que pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le Ministère de la Solidarité sociale.

8. AGENTS ET CADETS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX :

Examen médical requis pour devenir agent ou cadet de la Sûreté ou d'un corps de police municipal.

- Loi de police (L.R.Q.,c.P-13)
- Article 3 du Règlement sur les normes d'embauche des agents et cadets de la Sûreté du Québec et des corps de police municipaux (R.R.Q.,C.P-13,r.14)

9. MANIPULATEURS D'ALIMENTS ET LES PERSONNES PRÉPOSÉES AUX SOINS DES MALADES OU À LA GARDE DES ENFANTS :

Examens cliniques et diagnostiques et mesures de prophylaxie déterminées par le chef de département de santé communautaire.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35)
- Article 40 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

10. MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS UN CAMP FORESTIER OU DES INSTALLATIONS SPÉCIFIÉES :

Le manipulateur d'aliments dans un camp forestier ou des installations visées à l'article 83 doit avoir subi un examen médical depuis moins de 12 mois attestant qu'il n'est pas atteint de la tuberculose et qu'il n'est pas porteur de germes de salmonellose, ni atteint d'une maladie à déclaration obligatoire pouvant se transmettre par les aliments.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35)
- Articles 83 et 84 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

11. EMPLOYÉS D'UN DÉTENTEUR DE PERMIS VISÉS À L'ARTICLE 90 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE :

(Permis pour pouvoir embaumer des défunts ou pratiquer la thanatopraxie, agir comme directeur de funérailles ou pour l'opération d'un laboratoire ou d'un service d'ambulance).

Certificat d'attestation de bonne santé délivré lors de l'embauche.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35)
- Articles 90 et 109 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1 et Décret 975-83 du 18 mai 1983).

12. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE PROTHÈSES ET ORTHÈSES OU D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE :

Examen médical annuel attestant que la personne peut travailler dans un laboratoire.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35)
- Article 134 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

13. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE :

Examen médical à l'embauchage et par la suite annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie.

Examen médical décrit à l'article 174 à l'embauchage et annuel par la suite et dans les cas prévus à l'article 185 pour tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X.

Examen visé au paragraphe c) de l'article 174 (formule sanguine complète) à la fin des premier et deuxième mois d'emploi pour toute personne directement affectée à des travaux sous rayon X et toute personne visée à l'article 184.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 173 à 176, 184 et 185 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

14. CUISINIER, AIDE-CUISINIER OU MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS LES CAMPEMENTS INDUSTRIELS :

Examen attestant de l'immunité à la variole de l'employé.

Examen médical à l'embauchage et annuel par la suite établissant que l'employé ne souffre pas de maladie contagieuse ou vénérienne et qu'il n'est pas porteur de germes pouvant causer une infection transmissible par les aliments.

- Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q.,c.Q-2).
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (R.R.Q.,c.Q-2,r.3).

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE :

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 2 du Règlement sur le certificat médical des ouvriers (R.R.Q.,c.S-2.1,r.3).

16. EMPLOYÉS TRAVAILLANT DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGI PAR LE RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX :

Examens médicaux d'embauche et examens périodiques que peut exiger le Service d'inspection lorsque la santé des travailleurs est exposée à des risques particuliers.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (R.R.Q.,c.S-2.1,r.9).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES :

Examen médical annuel attestant que le machiniste ne présente pas d'infirmités physiques ou psychiques ou des déficiences de la vue ou de l'ouïe.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions réglementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX :

Toute personne oeuvrant dans un établissement doit se soumettre aux normes déterminées par le chef du département de santé communautaire en matière d'hygiène, de prophylaxie et de contrôle microbiologique et clinique.

- Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q.,c.S-5).
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., chap. P-41);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la curatelle publique (L.R.Q., chap. C-80);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec;
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la Sécurité du revenu (1988, c.51) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chap. P34.1).

SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste n'est un service assuré que s'il est fourni dans un établissement autre que celui où il est en stage ou pour un conseil régional. Dans ce dernier cas, une attestation doit être fournie à la Régie.

En d'autres termes, les services qu'un tel médecin rend à titre de médecin omnipraticien dans un établissement où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser le bénéficiaire au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par le bénéficiaire qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE

AVIS : (Voir Brochure n° 1 - Médecins omnipraticiens - Ententes particulières)

ENTENTES PARTICULIÈRES :

- relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins de courte durée, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs;
- ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée;
- concernant la rémunération de la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien.

HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC ET AU CANADA

Nous vous rappelons que, conformément au règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation, certains services hospitaliers reçus hors du Canada peuvent être remboursés. Il est donc possible que vous ayez à formuler ou à appuyer une demande d'autorisation pour une hospitalisation hors du Canada.

AVIS : *Seules les personnes assurées reconnues admissibles par la RAMQ et dont l'état requiert des services médicaux qui ne sont pas dispensés au Canada peuvent présenter une telle demande.*

*Si le patient se rend **hors du Canada** pour se faire soigner sans avoir obtenu l'autorisation de la Régie **avant** son départ, les services hospitaliers sont entièrement à sa charge.*

DEMANDE D'AUTORISATION

La demande doit contenir les éléments suivants:

Renseignements essentiels :

- nom du patient (à la naissance et marital pour une femme mariée);
- date de naissance;
- numéro d'assurance maladie;
- adresse complète;
- numéro de téléphone.

Documents requis :

- 1- attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la pathologie du patient, et comportant les éléments suivants:
 - a) description sommaire des services spécialisés requis;
 - b) attestation de la non-disponibilité de ces services au Canada;
 - c) nom et adresse de l'établissement où l'hospitalisation est recommandée.
- 2- résumé du dossier médical.

ACHEMINEMENT

La demande, avec la mention « **autorisation médicale** » doit être adressée comme suit:

Régie de l'assurance maladie du Québec
« Autorisation médicale »
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

Pour toute information supplémentaire, il est possible de communiquer par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 au numéro suivant : **(418) 643-8114** ou par télécopieur **(418) 646-3492**.

En cas d'urgence en dehors des heures normales de bureau (8h30 et 16h30), composer le numéro de téléphone suivant : **(418) 682-5161** et demander le médecin-conseil responsable des autorisations pour les services médicaux hors Canada.

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

Conformément au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, certains services médicaux reçus hors du Québec peuvent être remboursés. Il est donc possible que le professionnel ait à formuler ou à appuyer une demande d'autorisation pour une hospitalisation hors du Québec.

AVIS : *Seules les personnes assurées reconnues admissibles par la RAMQ et dont l'état requiert des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec peuvent présenter une telle demande. Si le patient se rend **hors du Québec** pour se faire soigner sans avoir obtenu l'autorisation de la Régie **avant** son départ, les services médicaux seront remboursés au tarif payé au Québec pour des services comparables.*

DEMANDE D'AUTORISATION

- Lorsque l'état d'un bénéficiaire nécessite des services assurés non disponibles au Québec, vous devez d'abord vérifier si ces derniers sont disponibles au Canada. S'ils le sont, le bénéficiaire peut obtenir un remboursement en totalité pour des services reçus au Canada à la condition qu'ils aient été préalablement autorisés par la Régie.
- Si les services assurés requis ne sont disponibles ni au Québec ni au Canada, le bénéficiaire peut obtenir un remboursement en totalité pour des services reçus hors du Canada à la condition qu'ils aient été préalablement autorisés par la Régie.

Les renseignements et les documents à fournir sont les mêmes que pour la demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada (voir page précédente).

ACHEMINEMENT

La demande doit être adressée avec la mention « **autorisation médicale** » à la :

Régie de l'assurance maladie du Québec
« Autorisation médicale »
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour toute information supplémentaire, il est possible de communiquer par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 au numéro suivant : **(418) 643-8114** ou par télécopieur **(418) 646-3492**.

En cas d'urgence en dehors des heures normales de bureau (8h30 et 16h30), composer le numéro de téléphone suivant : **(418) 682-5161** et demander le médecin-conseil responsable des autorisations pour les services médicaux, hors du Québec.

SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

Alberta Health
10025 Jasper Avenue
P.O. Box 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : (780) 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street
P.O. Box 1600
Victoria (C.B.) V8W 2X9
Téléphone : (250) 386-7171
Appels sans frais : 1 800 663-7100

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (I.P.E.) C0A 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du
Manitoba
300 Confederation Building
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : (204) 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services
communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : (506) 453-2283

NOUVELLE-ÉCOSSE

Medical Services Insurance (M.S.I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : (902) 468-9700

NUNAVUT

Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut
Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : (867) 645-8004

ONTARIO

Ministère de la santé et des soins de longue
durée
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Attention : Claims manager
Téléphone : (613) 548-6240 ou 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T.C. Douglas Building
3475, Albert Street
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone (306) 787-3251

TERRE-NEUVE

Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street
P.O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : (709) 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office
2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T.N.O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch
P.O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : (867) 667-5209

**TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE
POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES**

RÈGLE 2.4.7.6

La période de référence retenue par la Régie est du 1^{er} mai au 30 avril de l'année suivante.

Réf. : Règle 2.4.7.6 du Préambule général.

#	JOUR FÉRIÉ	2004 / 2005 (04) / (05)	2005 / 2006 (05) / (06)	2006 / 2007 (06) / (07)
	Journée nationale des Patriotes	24 mai 04	23 mai 05	22 mai 06
	Fête nationale du Québec	24 juin 04	24 juin 05	23 juin 06
	Fête du Canada	1 ^{er} juillet 04	1 ^{er} juillet 05	30 juin 06
	Fête du Travail	6 sept. 04	5 sept. 05	4 sept. 06
	Action de grâces	11 oct. 04	10 oct. 05	9 oct. 06
	Veille de Noël	24 déc. 04	23 déc. 05	22 déc. 06
	Fête de Noël	27 déc. 04	26 déc. 05	25 déc. 06
	Lendemain de Noël	28 déc. 04	27 déc. 05	26 déc. 06
	Veille du jour de l'An	31 déc. 04	30 déc. 05	29 déc. 06
	Jour de l'An	3 janv. 05	2 janv. 06	1 janv. 07
	Lendemain du jour de l'An	4 janv. 05	3 janv. 06	2 janv. 07
	Vendredi saint	25 mars 05	14 avril 06	6 avril 07
	Lundi de Pâques	28 mars 05	17 avril 06	9 avril 07

INDEX

Page

B - CONSULTATION ET EXAMEN

TABLEAUX.....	B-2
Consultation (<i>patients de moins de 70 ans</i>).....	B-7
Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans.....	B-7
Examen (<i>patients de moins de 70 ans</i>).....	B-7
Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (<i>patients de moins de 70 ans</i>).....	B-8
Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus.....	B-9
Examen du personnel d'un établissement.....	B-13
Examen d'évaluation médicale (<i>Patient en perte d'autonomie</i>).....	B-13
Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel et forfait de déplacement.....	B-13
Services reliés à l'examen d'un enfant (moins de 18 ans) suivant la Loi sur la protection de la jeunesse.....	B-14
Examen externe d'un cadavre.....	B-14
Thérapie de soutien.....	B-14
Thérapie psychiatrique de soutien.....	B-15
Thérapie psychiatrique particulière.....	B-16
Constatation de décès.....	B-16
Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus.....	B-16
Frais de kilométrage.....	B-16
Nouveau-né en santé.....	B-16
Surveillance.....	B-17
Transfert ambulancier et forfait de déplacement.....	B-17
Vacation.....	B-17
Conseil génétique.....	B-18
Éthique clinique (<i>Consultation, rencontre, entrevue</i>).....	B-18
RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (<i>Annexe XIII de l'entente</i>).....	B-19
PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (1988, Chapitre 51)...	B-27
PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h (i) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. 46).....	B-28
PROTOCOLE D'ACCORD Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public.....	B-29
PROTOCOLE D'ACCORD Hépatite C (VHC) (<i>Voir Brochure n° 1</i>)	
PROTOCOLE D'ACCORD Cancer du sein (<i>Voir Brochure n° 1</i>)	

EXAMENS au 1^{er} avril 2006

	TOUT LIEU	CABINET	C.H.S.G.S. C.L.S.C.		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Service d'urgence)		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Clinique externe)		C.H.S.L.D. C.R. C.H.S.G.S. (Longue durée)		
			Patient admis		Patient inscrit(1)	Patient inscrit(2)					
# PRÉANESTHÉSIE	00-69 ans	09092	16,10								
#	70 ans et +	09093	17,30								
# SUPPLÉMENT de responsabilité à l'examen	00 à 5 ans Tous	08877	9,00	00071	5,10						
# SUPPLÉMENT de responsabilité pour suivi de grossesse		15144	10,00			15145	7,00				
# EXAMEN /Prise en charge de grossesse		00059	75,00								
ORDINAIRE											
# - Sans déplacement	00-59 ans	08870	16,60	00003	15,75	15052	11,80	00005	10,50	00068	13,20
#	60-69 ans	00009	17,55	00003	15,75	15052	11,80	00005	10,50	00068	13,20
#	70-79 ans	09034	20,15	09112	16,90	15053	14,25	08882	12,75	09121	13,80
#	80 ans et +	09038	21,05	09112	16,90	15054	14,95	08883	13,35	09121	13,80
# - unité gériatrique	- de 70 ans			09083	15,75						
#	70 ans et +			09082	16,90						
# - Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	43,35	09228	40,75	15055	39,20	00006	40,00	09248	44,50
#	70-79 ans	09240 (3)	46,45	09242	43,65	15056	45,60	08884	46,45	09245	48,95
#	80 ans et +	09240 (3)	46,45	09242	43,65	15057	47,60	08885	48,55	09245	48,95
PRINCIPAL											
- Sans déplacement	00-69 ans					15058	23,60				
	70-79 ans					15059	35,40				
	80 ans et +					15060	37,00				
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans					15061	39,20				
	70-79 ans					15062	45,60				
	80 ans et +					15063	47,60				

AVIS : Pour la description des notes (1) à (3), voir l'AVIS à la page suivante.

EXAMENS	TOUT LIEU	CABINET	C.H.S.G.S. C.L.S.C.		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Service d'urgence)		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Clinique externe)		C.H.S.L.D. C.R. C.H.S.G.S. (Longue durée)		
			Patient admis	Patient inscrit(1)	Patient inscrit(2)						
COMPLET											
# - Sans déplacement	00-59 ans	08871	33,25	00055	31,40		00056	22,10	00069	26,45	
#	60-69 ans	00011	35,05	00055	31,40		00056	22,10	00069	26,45	
#	70-79 ans	09035	40,50	09115	33,90		09116	23,35	09122	27,55	
#	80 ans et +	09039	42,30	09115	33,90		09116	23,35	09122	27,55	
# - Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	43,35	09229	40,75		00057	40,00	09248	44,50	
#	70-79 ans	09240 (3)	46,45	09243	43,65		09117	46,45	09245	48,95	
#	80 ans et +	09240 (3)	46,45	09243	43,65		09117	46,45	09245	48,95	
COMPLET MAJEUR											
# - Sans déplacement	00-59 ans	08872	61,55	00096	58,00		00097	40,00	00070	48,80	
#	60-69 ans	00021	64,80	00096	58,00		00097	40,00	00070	48,80	
#	70-79 ans	09036	74,10	09118	62,10		09119	42,80	09126	50,40	
#	80 ans et +	09040	77,50	09118	62,10		09119	42,80	09126	50,40	
# - Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	43,35	09230	58,00		00098	40,00	09248	44,50	
#	70-79 ans	09240 (3)	46,45	09244	62,10		09120	46,45	09245	48,95	
#	80 ans et +	09240 (3)	46,45	09244	62,10		09120	46,45	09245	48,95	
INTERVENTION /en situation complexe											
- 1ère période de 30 minutes	00-69 ans					15064	74,15				
- Périodes suppl. de 15 minutes, Max. 4						15065	20,60				
- 1ère période de 30 minutes	70 ans et +					15068	74,15				
- Périodes suppl. de 15 minutes, Max. 5						15071	20,60				

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes** et **AVIS** se rapportant aux codes et référer au P.G. 1.1.6, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7.1

(1) S'applique aussi au réseau de garde intégré. (Réf. : P.G. 2.2.6 C)

(2) Voir la définition de « patient inscrit » en clinique externe dans la note (1) des pages B-9 et B-11

(3) En cabinet, l'urgence avec déplacement (00058, 09240) n'est payable que les samedis, dimanches, jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h.

EXAMENS	TOUT LIEU	CABINET	C.H.S.G.S. C.L.S.C.		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Service d'urgence)		C.H.S.G.S. C.L.S.C. (Clinique externe)		C.H.S.L.D. C.R. C.H.S.G.S. (Longue durée)	
			Patient admis	Patient inscrit(1)	Patient inscrit(2)					
PSYCHIATRIQUE										
COMPLET										
# - Sans déplacement	00-69 ans	08901	39,25	08903	31,40		08807	25,80	08811	27,55
#	70 ans et +	08930	44,85	08969	33,90		08992	27,35	08998	27,55
# - Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	43,35	08806	40,75		08808	46,75	09248	44,50
#	70 ans et +	09240 (3)	46,45	08979	43,65		08993	48,05	09245	48,95
COMPLET MAJEUR										
# - Sans déplacement	00-69 ans	08902	61,70	08904	58,00		08809	46,75	08812	48,80
#	70 ans et +	08931	67,35	08994	62,10		08996	48,05	08999	50,40
# - Urgence AVEC déplacement	00-69 ans	00058 (3)	43,35	08907	58,00		08810	46,75	09248	44,50
#	70 ans et +	09240 (3)	46,45	08995	62,10		08997	48,05	09245	48,95
PRINCIPAL										
- Sans déplacement	00-69 ans					15066	28,60			
	70 ans et +					15067	37,75			
- Urgence AVEC déplacement	00-69 ans					15069	45,85			
	70 ans et +					15070	47,10			

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes** et **AVIS** se rapportant aux codes et référer au P.G.1.1.6, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7.1

(1) S'applique aussi au réseau de garde intégré. (Réf. : P.G. 2.2.6B)

(2) Voir la définition de «patient inscrit» en clinique externe dans la note (1) des pages B-9 et B-11

(3) En cabinet, l'urgence avec déplacement (00058, 09240) n'est payable que les samedis, dimanches, jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h.

EXAMENS À DOMICILE**DOMICILE****PREMIER PATIENT**

#	- Examen d'urgence	00-69 ans	00012	43,45
#		70 ans et +	09110	47,80
#	- Examen sauf urgence	00-69 ans	00002	38,20
#		70 ans et +	09247	42,30

PATIENT SUPPLÉMENTAIRE

#	- Examen ordinaire	00-59 ans	08873	16,60
#		60-69 ans	00022	17,55
#		70-79 ans	08878	20,15
#		80 ans et +	08880	21,05
#	- Examen complet	00-59 ans	08874	33,25
#		60-69 ans	00074	35,05
#		70-79 ans	08879	40,50
#		80 ans et +	08881	42,30

PATIENT EN PERTE SÉVÈRE D'AUTONOMIE**Premier patient (En perte sévère d'autonomie)**

#	- De 00 h à 7 h		00008	109,30
#	- En tout autre temps		00007	71,05
#	Patient additionnel (En perte sévère d'autonomie)		00075	54,65

AVIS : Voir dans le présent onglet les **NOTES** et les **AVIS** se rapportant aux codes et référer au préambule général, règles 1.1.6 B, 2.2.6 A, 2.4.5 et 2.4.7.1

CONSULTATION	TOUT LIEU				CABINET (samedi, dimanche, jours fériés, autres jours de 19 h à 7 h)				ÉTABLISSEMENT (en tout temps)			
	- de 70 ans		70 ans et plus		- de 70 ans		70 ans et plus		- de 70 ans		70 ans et plus	
MINEURE												
# - Sans urgence	00061	31,30	09231	33,55	09102	62,65	09232	67,20	09103	62,65	09233	67,20
# - Urgence AVEC déplacement												
ORDINAIRE												
# - Sans urgence	00060	45,20	09234	48,60	09104	62,65	09235	67,20	09225	62,65	09236	67,20
# - Urgence AVEC déplacement												
MAJEURE												
# - Sans urgence	00062	62,65	09237	67,20	09226	62,65	09238	67,20	09227	62,65	09239	67,20
# - Urgence AVEC déplacement												
PSYCHIATRIQUE ORDINAIRE												
# - Sans urgence	08800	45,20	08813	48,60	08801	62,65	08814	67,20	08802	62,65	08815	67,20
# - Urgence AVEC déplacement												
PSYCHIATRIQUE MAJEURE												
# - Sans urgence	08803	62,65	08926	67,20	08804	62,65	08927	67,20	08805	62,65	08928	67,20
# - Urgence AVEC déplacement												

AVIS : Voir dans le présent onglet les **Notes et AVIS** se rapportant aux codes et référer au préambule général, règles 1.1.6, 2.1, 2.2.9 A et B, 2.4.5 et 2.4.7.1.

B - CONSULTATION ET EXAMEN

AVIS : - Voir le préambule général et l'onglet «**RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**» section **4.2**. Le code d'établissement ou de localité doit obligatoirement figurer sur votre demande de paiement (**4.2.5**)
- Les numéros des différentes règles s'appliquant aux actes facturés sont indiqués en référence (Réf.) près du titre principal de chacune des sous-sections.

Consultation (Patients de moins de 70 ans)

(Réf. : Préambule général, règles 2.1, 2.2.9A et 2.2.9B)

+00061	mineure (P.G. 2.2.9 A)	31,30
+09102	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	62,65
+09103	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	62,65
+00060	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	45,20
+09104	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet.	62,65
+09225	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	62,65
+00062	majeure (P.G. 2.2.9 A)	62,65
+09226	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet.	62,65
+09227	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	62,65
+08800	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	45,20
+08801	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet.	62,65
+08802	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	62,65
+08803	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	62,65
+08804	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet.	62,65
+08805	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	62,65

Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans

(les tarifs des actes n'apparaissant pas ci-dessous sont ceux s'appliquant pour les patients de moins de 70 ans) (Réf. : Préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.3, 2.4.7)

au cabinet		
+00009	ordinaire	17,55
+00011	complet.	35,05
+00021	complet majeur	64,80
à domicile, patient supplémentaire sous un même toit		
+00022	examen ordinaire	17,55
+00074	examen complet	35,05

Examen (Patients de moins de 70 ans) (Réf. : Préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9A, 2.2.9C et 2.4.7)

AVIS : - Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient.
- Pour les patients de **60 à 69 ans** voir les codes à la page **B-9**

+09092	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	16,10
--------	--	-------

B - CONSULTATION ET EXAMEN**Omnipraticiens**

08877	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans (<i>Voir la règle 2.2.6 B du Préambule général</i>)	9,00
	AVIS : Ce supplément est payable uniquement à l'occasion d'un examen fait en cabinet. Il ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.	
	en cabinet	
+08870	ordinaire (<i>Patients de moins de 60 ans</i>)	16,60
+08871	complet (<i>Patients de moins de 60 ans</i>)	33,25
+08872	complet majeur (<i>Patients de moins de 60 ans</i>)	61,55
+00059	Examen de prise en charge de grossesse	75,00
+15144	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (<i>Voir le Préambule général, règle 2.4.7.9</i>)	10,00
+08901	psychiatrique complet	39,25
+08902	psychiatrique complet majeur	61,70
+00058	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h	43,35
	à domicile	
	premier patient	
+00002	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence	38,20
+00012	en tout temps, pour un examen d'urgence	43,45
	patient supplémentaire, sous le même toit (<i>moins de 60 ans</i>)	
+08873	examen ordinaire	16,60
+08874	examen complet	33,25
	Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (<i>Patients de moins de 70 ans</i>)	
	(P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)	
+00007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	71,05
+00008	de 0 h 00 à 7 h 00	109,30
+00075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	54,65
	dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un C.L.S.C. (<i>Patients de moins de 70 ans</i>)	
+00071	supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis (<i>Voir le Préambule général, règle 2.4.7.8</i>)	5,10
+15145	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (<i>Voir le Préambule général, règle 2.4.7.9</i>)	7,00
	ordinaire	
	patient admis	
+00003	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	15,75
+09083	dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	15,75
+09228	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	40,75

Omnipraticiens

B - CONSULTATION ET EXAMEN

	patient inscrit (1)	
+00005	sans déplacement	10,50
+00006	d'urgence avec déplacement	40,00
	complet	
	patient admis	
+00055	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	31,40
+09229	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	40,75
	patient inscrit (1)	
+00056	sans déplacement	22,10
+00057	d'urgence avec déplacement	40,00
	psychiatrique complet	
	patient admis	
+08903	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	31,40
+08806	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	40,75
	patient inscrit (1)	
+08807	sans déplacement	25,80
+08808	d'urgence avec déplacement	46,75
	complet majeur	
	patient admis	
+00096	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	58,00
+09230	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	58,00
	patient inscrit (1)	
+00097	sans déplacement	40,00
+00098	d'urgence avec déplacement	40,00
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
+08904	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	58,00
+08907	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	58,00
	patient inscrit (1)	
+08809	sans déplacement	46,75
+08810	d'urgence avec déplacement	46,75
	dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (<i>Patients de moins de 70 ans</i>)	
+00068	ordinaire	13,20
+00069	complet	26,45
+00070	complet majeur	48,80
+08811	psychiatrique complet	27,55
+08812	psychiatrique complet majeur	48,80
+09248	d'urgence avec déplacement	44,50

Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus (paragraphe 2.4.5 du préambule général)

Consultation (*Réf. : Préambule général règles 2.1, 2.2.9 A et 2.4.7*)

+09231	mineure (P.G. 2.2.9 A)	33,55
+09232	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	67,20

(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. (*Voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique, à la page B-12*)

B - CONSULTATION ET EXAMEN**Omnipraticiens**

+09233	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	67,20
+09234	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	48,60
+09235	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	67,20
+09236	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	67,20
+09237	majeure (P.G. 2.2.9 A)	67,20
+09238	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	67,20
+09239	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	67,20
+08813	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9A)	48,60
+08814	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7 pour un patient en cabinet	67,20
+08815	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G.2.2.9 A)	67,20
+08926	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	67,20
+08927	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	67,20
+08928	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	67,20

Examen (70 ans ou plus) (Réf. : Préambule général règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7)

AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient.

+09093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	17,30
au cabinet (70 à 79 et 80 ans ou plus)		
+09034	ordinaire 70 - 79 ans	20,15
+09035	complet 70 - 79 ans	40,50
+09036	complet majeur 70 - 79 ans	74,10
+09038	ordinaire 80 ans ou plus	21,05
+09039	complet 80 ans ou plus	42,30
+09040	complet majeur 80 ans ou plus	77,50
+08930	psychiatrique complet (70 ans ou plus)	44,85
+08931	psychiatrique complet majeur (70 ans ou plus)	67,35
+09240	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h (70 ans ou plus)	46,45
à domicile (70 ou plus et 80 ou plus)		
premier patient		
+09247	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence (70 ans ou plus) .	42,30
+09110	en tout temps, pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	47,80
patient supplémentaire, sous le même toit		
+08878	examen ordinaire 70-79 ans	20,15
+08879	examen complet 70-79 ans	40,50
+08880	examen ordinaire 80 ans ou plus	21,05
+08881	examen complet 80 ans ou plus	42,30

Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (Patients de 70 ans ou plus) (P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)

AVIS : Ces actes ne sont pas visés par la rémunération majorée prévue à la règle 2.4.5 du préambule général.

+00007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	71,05
--------	--	-------

Omnipraticiens

B - CONSULTATION ET EXAMEN

+00008	de 0 h 00 à 7 h 00	109,30
+00075	examen à domicile d'un patient additionnel	
+	en perte sévère d'autonomie	54,65
	dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (<i>Patients de 70 ans et plus</i>)	
	AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient	
+00071	supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis P.G.2.4.7.8)	5,10
	ordinaire	
	patient admis	
+09112	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	16,90
+09082	dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	16,90
+09242	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	43,65
	patient inscrit	
	sans déplacement	
+08882	ordinaire 70-79 ans	12,75
+08883	ordinaire 80 ans ou plus	13,35
	d'urgence avec déplacement	
+08884	ordinaire 70-79 ans	46,45
+08885	ordinaire 80 ans ou plus	48,55
	complet	
	patient admis	
+09115	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	33,90
+09243	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	43,65
	patient inscrit (1)	
+09116	sans déplacement	23,35
+09117	d'urgence avec déplacement	46,45
	complet majeur	
	patient admis	
+09118	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	62,10
+09244	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	62,10
	patient inscrit (clinique externe) (1)	
+09119	sans déplacement	42,80
+09120	d'urgence avec déplacement	46,45
	psychiatrique complet	
	patient admis	
+08969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	33,90
+08979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	43,65
	patient inscrit (1)	
+08992	sans déplacement	27,35
+08993	d'urgence avec déplacement	48,05
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
+08994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	62,10
+08995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	62,10
	patient inscrit (1)	
+08996	sans déplacement	48,05
+08997	d'urgence avec déplacement	48,05

(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. (*Voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique*)

B - CONSULTATION ET EXAMEN**Omnipraticiens**

service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C)

patient inscrit

	examen ordinaire sans déplacement	
15052	patient de moins de 70 ans	11,80
15053	de 70 - 79 ans	14,25
15054	de 80 ans ou plus	14,95
	d'urgence avec déplacement	
15055	patient de moins de 70 ans	39,20
15056	de 70 - 79 ans	45,60
15057	de 80 ans ou plus	47,60
	examen principal	
	sans déplacement	
15058	patient de moins de 70 ans	23,60
15059	de 70 - 79 ans	35,40
15060	de 80 ans ou plus	37,00
	avec déplacement	
15061	patient de moins de 70 ans	39,20
15062	de 70 - 79 ans	45,60
15063	de 80 ans ou plus	47,60
	intervention en situation complexe (P.G. 2.2.6 C, point 3)	
	patient de moins de 70 ans	
15064	première période trente (30) minutes	74,15
15065	période supplémentaire, par période de quinze (15) minutes	20,60
	patient de 70 ans et plus	
15068	première période trente (30) minutes	74,15
15071	période supplémentaire par période de quinze (15) minutes	20,60
	AVIS : - Pour les codes d'acte 15064 et 15068 , s'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour l'une des deux interventions reliées afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.	
	- Pour les codes d'acte 15065 (limite 4 périodes) et 15071 (limite 5 périodes), inscrire le nombre de périodes dans la case UNITES	
	examen psychiatrique principal	
	patient inscrit	
	sans déplacement	
15066	de moins de 70 ans	28,60
15067	70 ans et plus	37,75
	avec déplacement	
15069	de moins de 70 ans	45,85
15070	70 et plus	47,10
	dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (<i>Patients de 70 ans et plus</i>)	
+09121	ordinaire	13,80
+09122	complet	27,55
+09126	complet majeur	50,40
+08998	psychiatrique complet	27,55
+08999	psychiatrique complet majeur	50,40
+09245	d'urgence avec déplacement	48,95

Examen du personnel d'un établissement

+00020	ordinaire	10,85
+00023	complet	21,70
+00026	complet majeur	40,00

Examen d'évaluation médicale (Réf. : P.G. 2.2.6)

+09100	examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et rédaction du formulaire approprié	95,05
+09063	supplément lorsqu'effectué à domicile	22,40
+09101	rédaction du formulaire.	27,25

Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel (Réf. : P.G. 2.2.7)

+09067	examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire	230,60
+15160	évaluation médicale d'un patient présumément victime d'assaut sexuel qui, suite à l'évaluation, ne nécessite pas la rédaction du formulaire. Aucun autre service médical ne peut être facturé pour ce patient à la même séance	76,50

NOTE : Ce code ne peut être réclamé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'évaluation.

+09069	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un enfant de moins de quatorze (14) ans	36,75
--------	---	-------

AVIS : *Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.*

Forfait de déplacement (Assaut sexuel) (Réf.: Préambule général, règle 2.2.7A)*(Déplacement du professionnel vers l'établissement)*

+19080	pour un déplacement entre 8 h 00 et 18 h 00 (*)	127,50
+19081	pour un déplacement entre 18 h 00 et 24 h 00 (*)	178,50
+19082	pour un déplacement entre 0 h 00 et 8 h 00 (*)	255,00

AVIS : (*) Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19080, 19081 ou 19082), vous devez **obligatoirement** vous déplacer vers un établissement. **Donc, ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.** Veuillez noter également que ce forfait est **majorable** en vertu des Annexe XII et Annexe XIIA.

Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la demande de paiement n° 1200 et y inscrire :

- le NAM de la personne assurée qui requiert l'examen dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- l'heure de départ pour l'établissement dans la case renseignements complémentaires;
- Inscrire le code d'établissement qui requiert le déplacement.

SERVICES RELIÉS À L'EXAMEN D'UN ENFANT DE MOINS DE DIX-HUIT (18) ANS SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (Réf. : Lettre d'entente n° 20 - Brochure n° 1)

+09070	Mauvais traitements et tarification applicable. Prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport.	86,55
+09073	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans (*)	36,75
+09077	Présence du médecin et tarification applicable. Dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure	105,05

AVIS : Dans la case « DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », inscrire l'heure de début et de fin et la durée totale et, dans la case HONORAIRES, les honoraires au prorata du temps de présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse.

Examen externe d'un cadavre, à la demande d'un coroner
(Réf. : Préambule général, règle 2.2.8)

+09054	sans déplacement.	33,25
+09055	avec déplacement.	42,80

AVIS : Inscrire le nom et le prénom au complet du coroner dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si l'identification du cadavre est impossible, indiquer un « A » dans la case C.S. et la raison motivant cette situation.

Thérapie de soutien (Réf. : Préambule général, règle 2.3.1)

+08900	Thérapie de soutien à domicile	34,15
--------	--	-------

AVIS : Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un « Document complémentaire » et dans la section réservée à l'identité de la personne assurée, les coordonnées du patient même si cette relation d'aide a été établie avec un de ses proches.

AVIS : (*) Inscrire la lettre « A » dans la case C.S., les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.

Thérapie psychiatrique de soutien

(Réf. : Préambule général, règle 2.3.2)

AVIS : *Inscrire dans la section ACTES en utilisant une ligne par séance et en indiquant le nombre de périodes dans la case UNITES.***en cabinet :**

Individuelle :

Association examen/thérapie au tarif régulier **(une seule fois par période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de l'association)**+08929 Examen (tarif de l'examen)
thérapie (par période de trente (30) minutes) 34,15Toute autre thérapie **(durant la même période de quatre-vingt-dix (90) jours)**+08910 Thérapie non associée à un examen :
par période de trente (30) minutes 34,15

+08911 Thérapie associée à un examen :

+08912 par période de trente (30) minutes 34,15

examen (quel qu'il soit) 11,05

+08934 Collective
par période de trente (30) minutes 34,15**AVIS :** *Pour le code d'acte 08934, voir section 4.2.4.2, onglet « Rédaction de la demande de paiement »***en établissement :**

Individuelle :

Patient admis en C.H.S.G.S. :

+08938 Examen (tarif de l'examen)
thérapie (par période de trente (30) minutes) 30,00

Patient inscrit et patient admis ailleurs qu'en C.H.S.G.S. :

Association examen/thérapie au tarif régulier **(une seule fois par période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de l'association)**+08939 Examen (tarif de l'examen)
thérapie par période de trente (30) minutes 30,00Toute autre thérapie **(durant la même période de quatre-vingt-dix (90) jours)**+08950 Thérapie non associée à un examen :
par période de trente (30) minutes 30,00

+08951 Thérapie associée à un examen :

+08952 par période de trente (30) minutes 30,00

examen (quel qu'il soit) 10,40

+08949 Collective :
par période de trente (30) minutes (*) 30,00**AVIS :** *(*) Pour les codes 08916 ou 08949 : Inscrire le nombre de personnes assurées dans la case UNITES de la demande de paiement n° 1200. Voir 4.2.4.2, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

Thérapie psychiatrique particulière

08917	insulinothérapie	C.S.
08965	narco-analyse	C.S.

AVIS : Fournir les renseignements décrivant l'acte posé. Voir la règle 1.1.2, Préambule général.

+08916	sismothérapie	
	premier patient	25,60
	patient additionnel au cours de la même séance	8,30

AVIS : Pour les codes **8916** ou **8949** : Inscrire le nombre de personnes assurées dans la case UNITÉS de la demande de paiement n° 1200. Voir 4.2.4.2, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

Constatation de décès (Réf. : Préambule général, règle 2.4.1)

00013	sans déplacement	15,15
00014	avec déplacement	39,20

Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus

	2 ^e constat de décès	
00016	sans déplacement	15,15
00018	avec déplacement	39,20

AVIS : - La rédaction du formulaire « Déclaration de décès SP3 » est incluse dans la constatation de décès (Réf. : P.G.1.1.4).
 - Utiliser le modificateur « 094 » si l'examen a été fait à un moment différent de la constatation de décès.
 - Les deux professionnels qui constatent le décès d'un donneur facturent les codes 00013 ou 00014 (1^{er} constat) ou 00016 ou 00018 (2^e constat).
 - Conformément à l'article 45 du Code civil, ces deux médecins ne participent pas au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur

Frais de kilométrage (Réf. : Préambule général, règle 2.4.2)

AVIS : Voir 4.2.7 onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

	de huit (8) à quarante (40) kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre	0,72
	au-delà de quarante (40) kilomètres	C.S.

Nouveau-né en santé (Réf. : Préambule général, règle 2.4.3)

+00081	soins du nouveau-né en santé	46,85
--------	------------------------------------	-------

Surveillance (Réf. : Préambule général, règle 2.4.8)

+00080	première demi-heure : non rémunérée	
+	par quart d'heure supplémentaire	17,15

AVIS : Veuillez fournir les renseignements suivants :
 - notes explicatives comprenant une description de l'évolution de l'état du patient justifiant la disponibilité immédiate du médecin ou tout autre document jugé pertinent (ex. : dossier obstétrical, notes évolutives, etc.);

- 00080
- l'heure de début de la surveillance;
 - le code du diagnostic, dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case prévue à cette fin;
 - la date de l'admission du patient, dans la case prévue à cette fin, lorsque ce dernier est admis;
 - le nombre total des unités dans la case UNITÉS, il faut compter les unités par quart d'heure rémunérable considérant que la première période de 30 minutes n'est jamais rémunérable (voir 4.2.6 à la section 6 de l'onglet - Rédaction de la demande de paiement);
 - inscrire la lettre « A » dans la case C.S.

Transfert ambulancier (Réf. : Préambule général, règle 2.4.9)

+09087	première demi-heure	37,30
+09246	par quart d'heure supplémentaire	18,65

- AVIS :** - Pour le calcul, utiliser l'honoraire doublé, soit :
- 09087 à 37,30 \$ et ne rien inscrire dans la case UNITÉS
 - 09246 à 18,65 \$ et inscrire dans la case UNITÉS, le nombre de quart d'heure demandé, lequel doit correspondre au temps parcouru pour l'aller seulement, après la première demi-heure; inscrire les honoraires des quarts d'heure supplémentaires. Inscrive le code de l'établissement de départ ou le code de localité dans la case ÉTABLISSEMENT et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et s'il y a lieu le nom de l'aéroport ou toute autre gare d'embarquement.
 - Lorsque le transport se fait à partir du cabinet ou du domicile, veuillez fournir des notes explicatives (Réf. : 2.4.9.2 du Préambule général)

Forfait de déplacement (Réf. : Préambule général, règle 2.4.9.3)

	Déplacement vers l'établissement qui procède à un transfert ambulancier	
+19047	pour un déplacement entre 8 h 00 et 18 h 00 (*)	127,50
+19048	pour un déplacement entre 18 h 00 et 24 h 00 (*)	178,50
+19049	pour un déplacement entre 0 h 00 et 8 h 00 (*)	255,00

- AVIS :** (*) Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19047, 19048 ou 19049), vous devez **obligatoirement** vous déplacer vers un établissement. **Donc, ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.** Veuillez noter également que ce forfait est **majorable** Annexe XII et Annexe XIA.
- Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la demande de paiement n° 1200 et y inscrire :
- le NAM de la personne transférée dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
 - l'heure de départ pour l'établissement dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - le code d'établissement (0XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2) qui requiert le déplacement.
- # N.B. Lorsque le déplacement est requis par un CLSC, seul un CLSC désigné aux ententes particulières suivantes est autorisé : Garde dans certains CLSC du réseau de garde intégré ou garde sur place CHSGS désignés.

Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3)

(Réf. : Annexe XIV et article 17.03 de l'Entente)

Conseil génétique (Réf. : Préambule général, règle 2.7)

dans un établissement désigné par accord des parties

AVIS : Voir l'Accord n° 126, dans la Brochure n° 1.

+09056	individuel par période de trente (30) minutes maximum de trois (3) heures	40,65
+09057	collectif (couple) par période de trente (30) minutes jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne (*)	40,65
	Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif	
+09058	individuel par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	40,65
+09059	collectif (couple) par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne (*)	40,65

Éthique clinique (Réf. : Préambule général, règle 2.10)

+00017	Consultation en éthique clinique	61,85
+00019	Consultation en éthique clinique (70 ans et plus)	66,35

AVIS : Voir la règle 2.1 du préambule général ainsi que l'Accord n° 172 dans votre Brochure n° 1.

	Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique .	
+08906	Individuelle par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	30,60
+08909	Collective par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, à raison d'un maximum de deux (2) heures par personne (*)	30,60

AVIS : (*) Pour les codes **09057**, **09059** et **08909**, inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS. Voir 4.2.4.2, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

INDEX

Page

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER	D-2
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-5
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-6
Anesthésie obstétricale	D-6
Anesthésie diagnostique et thérapeutique	D-7
Inhalothérapie	D-8
Neuroleptanalgie	D-8
Soins spéciaux (<i>Rubrique abolie par l'Amendement n°85</i>)	D-8
Soins de ventilation	D-8
Coeur-poumon artificiel	D-10
Transplantations	D-10
Divers	D-10
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE	D-11

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION*PRÉAMBULE PARTICULIER***1.00 OBJET**

1.01 Le présent préambule a pour objet de régir la tarification de l'anesthésie-réanimation.

2.00 DÉFINITIONS

2.01 Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale, le bloc digital, le bloc paracervical et la neuroleptanalgie.

2.02 Intervention : une chirurgie, un acte diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiste.

2.03 Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont, pendant une même anesthésie, pratiquées chez un même patient.

2.04 Neuroleptanalgie : procédure qui consiste à administrer certains médicaments du système nerveux central par voie intraveineuse à des doses qui n'induisent pas une anesthésie générale mais permettent d'atténuer l'état de conscience du patient en vue de procéder à une intervention.

3.00 HONORAIRE GLOBAL

3.01 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global. Sont compris dans cet honoraire tous les soins que le médecin anesthésiste donne au patient pendant la durée de l'anesthésie ainsi que, pour les soins habituels, l'examen en salle de réveil.

3.02 Sont toutefois exclues de l'honoraire global les procédures codées P.A.R. 3.02.

3.03 Les actes nouveaux sont payables sauf ceux que les parties déterminent comme faisant partie de l'honoraire global.

3.04 Le médecin qui pratique l'intervention n'a pas droit aux honoraires d'anesthésie sauf autrement prévu au tarif.

4.00 EXAMEN

4.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement de ses honoraires d'examen ou de consultation, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : Voir la règle 2 du préambule général.

4.02 L'examen préanesthésie est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire.

5.00 MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

5.01 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux (2) composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; pour l'autre, la somme des unités de durée.

5.02 Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être réclamés avec le modificateur approprié (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+ VALEUR DE L'UNITÉ : 11,70 \$ au 1^{er} avril 2006, 11,90 \$ au 1^{er} avril 2007, 12,15 \$ au 1^{er} avril 2008 et 12,40 \$ au 1^{er} avril 2009.

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

	Extraction dentaire simple	(Voir système digestif)	
00904	Résection de racine dentaire		4*
00905	Obturation dentaire		4*
00918	Pulpectomie		4*
00919	Traitement de canal dentaire		4*
00960	Extension des replis muqueux		4*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche		7*
00962	Implantation de prothèse dentaire		4*
00963	Alvéoloplastie		4*
00964	Alvéolectomie		4*
00966	Ablation de tissu hyperplasique		4*
00967	Alvéolite		4*
00968	Fracture alvéolaire		4*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme		4*
00970	Ablation de torus		4*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit uniquement à l'examen préanesthésique et aux unités de durée		
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)		
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie		4*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie		4*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux		
00924	avec ou sans appareil de traction		4*
	Maxillectomie		
00930	partielle		9*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)		4*

Omnipraticiens F - PEAU PHANÈRES TISSU CELLULAIRE -SOUS-CUTANÉ

R = 1 R = 2

Lacérations compliquées

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

	face et cou		
01322	moins de deux centimètres et demi (2,5cm)	51,80	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	63,80	
	par deux centimètres et demi (2,5cm) supplémentaires	31,10	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	518,50	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée. Exemple : 2,5 cm = 1 unité Joindre le compte rendu opératoire.		
#01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	C.S.	4
	Plaie		
01326	exploration d'une plaie sous anesthésie exploration, sans réparation, d'une plaie complexe, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7 A)	25,00	2
	débridement isolé de plaie (excluant les brûlures)		
	NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaies lorsqu'elles sont faites en même temps.		
01327	chaque unité de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A)	3,65	3
	valeur maximum	63,25	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.		
01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse) (P.G. 2.4.7.7 A) (*)	C.S.	4

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du Préambule général.

Brûlures

	simples (1 ^{er} degré) <i>inclus dans le tarif de l'examen ou autre service associé</i>	
	importantes (2 ^e et 3 ^e degré)	
01330	traitement initial, incluant débridement et pansement moins de 10% de la surface corporelle	20,00 2
----	en cabinet	29,80 2
01331	entre 10 à 30%	67,35 2
01332	plus de 30%	103,60 4
	traitement subséquent, incluant débridement	
01800	changement de pansements de 20 cm carrés ou plus, par quart d'heure (**)	15,55 2
01334	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant débridement	120,00 6
01333	étendues (*)	C.S. 7
01321	injection multiples de Kenalog sous anesthésie générale ou dans un centre désigné, par quart d'heure(**)	40,00 5

NOTE : les centres désignés sont le Pavillon Hôtel-Dieu du CHUM et l'Hôpital Villa-Médica. Dans ces centres désignés, les examens fait au chevet du patient hospitalisé au cours des quinze jours de l'intervention, sont payables.

Greffe capillaire

01338	par greffon	5,00 3
	maximum par séance	350,00

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de greffons dans la case UNITÉS; le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, et joindre le compte rendu opératoire.

Greffes cutanées ou greffes cultivées

	À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.	
01335	Prélèvement de greffon cutané par un médecin autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	70,00 3
	Xénogreffe cutanée	
01370	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	50,00 2
01371	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	100,00 2

AVIS : (*) Voir règle 1.1.2 du Préambule général.

(**) Rôle 1 : utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

Omnipraticiens **F - PEAU PHANÈRES TISSU CELLULAIRE -SOUS-CUTANÉ**

		R = 1	R = 2
SEINS			
<i>Incision</i>			
01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (P.G. 2.4.7.7 B).....	53,00	4
<i>Excision</i>			
01201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein.....	130,15	4
01202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique.....	170,00	4
01205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne.....	156,00	4
01228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne.....	420,00	4
01230	Mastectomie simple ou totale.....	280,00	4
01233	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale.....	230,00	4
01234	bilatérale.....	345,00	4
NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.			
<u>AVIS</u> : Inscrire dans la case diagnostic principal et renseignements complémentaires, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte 01233 ou 01234 est facturé.			
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée.....	480,00	5
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne.....	576,00	7
#01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse.....	120,00	3
NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique			
01235	Excision du mamelon.....	52,00	3

Réparation

AVIS : Incrire dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes **01401, 01402, 01407, 01410, 01419** et **01465** sont facturés. Il en va de même pour les codes **01434** et **01435** dans les cas d'asymétrie mammaire.

Lorsque le code **01435** est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET**

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes **01401, 01402, 01403, 01407, 01410, 01419, 01434, 01465**, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention «Post mastectomie» dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.**

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale . . .	280,00	5
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 045,00	9
	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal sans implant	650,00	9
01410	avec implant	750,00	9
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	192,50	
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
01434	unilatérale	341,00	5
01435	bilatérale	505,00	5
	AVIS : La réduction de moins de 250 grammes par sein n'est pas un service assuré.		
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	55,00	
01465	Mastopexie	325,00	5
01408	Exérèse de prothèse mammaire	35,00	3
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie	0140,00	3
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise)	250,00	3

INDEX

Page

P - GYNÉCOLOGIE

Vulve et orifice inférieur du vagin	P-2
Vagin	P-2
# Trompes	P-3
Ovaires	P-4
# Utérus et col utérin.....	P-4
Divers	P-7

P - GYNÉCOLOGIE

AVIS : *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu, voir la règle 2.4.7.7 (plateau de chirurgie).*

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : Les chirurgies gynécologiques peuvent être effectuées par chirurgie conventionnelle, par technique endoscopique ou au laser.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN*Incision*

06043	Périnéotomie ou périnéorrhaphie ou hyménotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	60,00	3
06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (P.G. 2.4.7.7 A)	60,00	3

Excision conventionnelle ou au laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes) (P.G. 2.4.7.7 A)	24,00	3
06169	Condylomatose ano-génitale diffuse intéressant au moins 50% de la région ano-génitale (sous anesthésie générale seulement)	100,00	3
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin (P.G. 2.4.7.7 A)	60,00	3
06189	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux	90,00	3
	<i>Vulvectomie</i>		
06253	simple ou réintervention dans le cas du cancer	160,00	3
06254	radicale sans lymphadénectomie	390,00	5
06256	radicale avec lymphadénectomie inguino-pelvienne	740,00	8
06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	60,00	3
	<i>Plastie des grandes lèvres</i>		
06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	90,00	4

VAGIN*Incision*

06065	Culdocentèse	24,00	3
06066	Colpotomie (exploration et drainage)	90,00	3

		R = 1	R = 2
<i>Introduction</i>			
	Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion, l'examen et la consultation		
06074	première (par période annuelle)	50,00	3
06075	subséquente	30,00	3
	maximum, une (1) colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin. L'honoraire de toute autre colposcopie est inclus dans celui de l'examen.		
	NOTE : la première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.		
<i>Excision conventionnelle ou au Laser</i>			
06249	Colpéctomie pour lésions malignes	480,00	7
----	Caroncule urétrale ou ectropion (Voir appareil urinaire)		
06141	Exérèse d'un septum vaginal	90,00	3
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	60,00	3
<i>Réparation avec ou sans dérivation urinaire</i>			
06400	Cystocèle (urétrécèle)	160,00	3
06405	ou rectocèle	160,00	3
06406	et rectocèle	220,00	4
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	121,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entéroécèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	80,00	
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	220,00	4
06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	288,00	3
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	220,00	3
06411	Colpoclélisis	220,00	3
	Urétropexie sus-pubienne		
06412	Marschall-Marchetti ou autres	220,00	3
06414	Entéroécèle ou colpocèle par voie vaginale	220,00	4
06415	Vaginoplastie (sténose)	60,00	3
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	160,00	3
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	360,00	9
<i>Suture</i>			
06421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	120,00	3
TROMPES			
<i>Excision</i>			
06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	265,00	3
<i>Réparation</i>			
06458	Tuboplastie sans microscope, unilatérale ou bilatérale	265,00	3

P - GYNÉCOLOGIE **Omnipraticiens**

		R = 1	R = 2
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	540,00	7
	Suture		
06430	Traitement chirurgical, grossesse tubaire (ectopique) . .	265,00	4
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage	120,00	3
+06451	avec avortement thérapeutique	176,00	3
	OVAIRES		
	Excision		
06188	Kyste ovarien, para-ovarien (incluant hydatide de Morgani) unilatéral ou bilatéral	265,00	4
06177	Tumeur intraligamentaire	265,00	3
06261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	265,00	4
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	265,00	4
	Réparation		
	Chirurgie conservatrice de l'endométriозe		
06288	Stade III ou IV, avec microscope ou laser, comprenant au moins trois (3) des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien et/ou ovariectomie, tuboplastie, répéritonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie.	540,00	7
	AVIS : Indiquez ces 3 chirurgies ainsi pratiquées dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
06299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriозe et lyse d'adhérences pelviennes	265,00	4
06263	Ovariopexie	265,00	4
	UTÉRUS ET COL UTÉRIN		
	Incision		
06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	265,00	4
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	200,00	4
06069	Laparotomie avec lymphadénectomie	330,00	4
06073	Laparotomie de contrôle pour néoplasie ovarienne, avec ou sans biopsie	265,00	4
06072	Métroplastie (utérus septus)	265,00	4
	Excision conventionnelle ou au laser		
06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (P.G. 2.4.7.7 A)	60,00	3
06146	Conisation diagnostique du col au laser ou au bistouri (sous anesthésie générale ou péridurale seulement)	110,00	3
	Thérapie cervicale, incluant l'examen		
06811	pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie) . .	40,00	3
06812	pour lésion bénigne(cervicites,condylomes,métaplasie, etc.)	20,00	3

Omnipraticiens

P - GYNÉCOLOGIE

		R = 1	R = 2
	Myomectomie		
06142	cinq (5) cm ou moins et cinq (5) myomes ou moins	265,00	3
06143	plus de cinq (5) cm ou plus de cinq (5) myomes	330,00	4
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage . .	330,00	3
06154	Technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06178	Polypectomie simple	10,00	3
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	330,00	4
06252	Hystérectomie abdominale totale et Marschall Marchetti avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	390,00	4
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	576,00	7
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	330,00	4
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes :		
	- ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie		
	- omentectomie		
	- cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon		
	- lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	576,00	9
06192	avec résection du grêle incluant les anastomoses et l'iléostomie au même site, supplément	190,00	
06193	avec résection du colon incluant les anastomoses et la colostomie au même site, supplément	200,00	
06194	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	250,00	
06195	avec iléostomie ou colostomie, ou les deux, à un autre site que la résection, supplément	150,00	
	Trachélectomie		
06267	abdominale	265,00	4
06268	vaginale	160,00	4
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	768,00	11
	Hystérectomie radicale		
06270	avec lymphadénectomie pelvienne et avec biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	930,00	11
06230	avec paramétriectomie pelvienne et biopsie des ganglions pelviens et para-aortiques	930,00	11
	Exentération pelvienne		
06275	antérieure	1750,00	17
06271	postérieure	1750,00	17
06272	antérieure et postérieure	2500,00	17
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	360,00	4
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	390,00	4
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	360,00	4
06381	Sympathectomie présacrée	265,00	4

P - GYNÉCOLOGIE**Omnipraticiens**

		R = 1	R = 2
<i>Introduction</i>			
06434	Hystérocopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie	90,00	3
06455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	90,00	1
06456	avec ablation de l'endomètre par électrocautérisation ou laser, supplément	150,00	2
-----	Laparoscopie (Voir appareil digestif)		
<i>Réparation</i>			
06431	Examen gynécologique sous anesthésie générale pour lésion cancéreuse du tractus génital avec ou sans biopsie	60,00.	2
06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	265,00	6
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature des trompes	265,00	4
06443	Watkins ou LeFort	160,00	2
<i>Manipulation</i>			
06817	Réduction manuelle inversion utérine	75,00	2
	Avortement incomplet (spontané)		
+06900	par extraction menstruelle	26,40	
+06906	par curetage	99,00	3
	Avortement thérapeutique		
+06908	par extraction menstruelle (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7A)	26,40	
06938	en cabinet, supplément	13,00	
+06909	par curetage (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 A)	93,50	3
+06939	en cabinet, supplément	30,80	
	Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines : Un temps : (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)		
+06941	aspiration, curetage et évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 A)	220,00	3
+06947	en cabinet, supplément	30,80	
	Deux temps :		
+06948	1 ^{er} temps : induction, toutes méthodes incluant, le cas échéant, l'évacuation du fœtus (P.G. 2.4.7.7 A)	132,00	3
+06949	2 ^{er} temps : curetage, le cas échéant (P.G. 2.4.7.7 A)	99,00	3
06951	en cabinet, supplément	28,00	
06924	Cerclage du col chez la parturiente	75,00	3
+06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (P.G. 2.4.7.7 A)	99,00	3
+06953	en cabinet, supplément	30,80	

INDEX

Page

Q - OBSTÉTRIQUE	
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	Q-2
# Obstétrique	Q-5
ANNEXE I	
Césarienne dans les cas complexes (Acte codé 06946).....	Q-6

Q - OBSTÉTRIQUE*PRÉAMBULE PARTICULIER*

1. Pour fins de rémunération, les soins obstétricaux se divisent comme suit :

- a) les soins prénatals;
- b) l'accouchement;
- c) les soins du post-partum;
- d) les autres actes reliés à l'accouchement.

2. Les soins prénatals suivants sont rémunérés au tarif établi pour chaque acte :

- les examens prénatals;
- l'avortement thérapeutique;
- le curetage utérin pour avortement incomplet;
- le cerclage du col;
- la transfusion foetale intra-utérine;
- la grossesse interrompue : induction par voie intra-veineuse et intra-utérine incluant la consultation, l'exécution et les soins postnatals;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications obstétricales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire.

3. Accouchement

Sous réserve des articles 2 et 5 du présent préambule, la rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- la rupture des membranes;
- le désencercelage du col;
- toute forme d'anesthésie locale;
- le bloc para-cervical;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou, lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirures sauf celle du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- l'amniocentèse;
- la réparation de lacérations du col;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux externes.

4. Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Toutefois dans le cas d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum.

Si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne (MOD 025) et cette rémunération couvre les soins du post-partum.

5. Les actes suivants reliés à l'accouchement sont rémunérés au tarif établi;

- la stérilisation post-partum;
- lorsqu'il y a rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- toute manœuvre obstétricale (y compris les sutures de lacérations cervicales) autre que la césarienne ou l'accouchement faite par le consultant.

6. Si, en raison de la gravité et de la complexité de l'état de la parturiente, le médecin traitant requiert les services d'un médecin consultant :

- a) le médecin consultant a droit, s'il effectue seulement une consultation, à l'honoraire de consultation prévue au tarif;
- b) le médecin consultant a droit, pour la consultation et l'exécution de toutes manœuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement, à l'honoraire prévu au tarif;

AVIS : Voir le code 06914, sous le présent onglet.

- c) le médecin consultant, s'il procède à la césarienne ou à l'accouchement lui-même, est rémunéré au taux prévu pour ces actes, cette rémunération incluant, le cas échéant, celle de toutes manœuvres obstétricales; le médecin traitant a alors droit à l'honoraire prévu au tarif pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail.

AVIS : Voir le code 06933, sous le présent onglet.

7. Présence d'un médecin à la salle d'accouchement

L'honoraire payable au médecin dont la présence est requise au moment de la naissance pour dispenser des soins au nouveau-né inclut, le cas échéant, la réanimation du nouveau-né et l'examen. Cet honoraire n'est pas payable au médecin qui est présent à la salle d'accouchement pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement de la parturiente.

AVIS : Voir le code 06944, sous le présent onglet.

8. L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération d'un acte régi par le présent préambule.

+ 9. Garde en disponibilité

- + Le médecin, qui est détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui les exerce a droit, pour la garde en disponibilité qu'il effectue, à un forfait annuel de 5 237 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 5 342 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 5 449 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 5 558 \$ à compter du 1^{er} avril 2009 payable trimestriellement.

AVIS : *Inscrire sur la demande de paiement n° 1200 les renseignements suivants :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code d'acte **09776** dans la case ACTES;
 - le code d'établissement (0XXX3) où vous détenez ce privilège en obstétrique;
 - les honoraires **par trimestre** sont :
 - de 1309,25 \$ du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007,
 - de 1335,50 \$ du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008,
 - de 1362,25 \$ du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009,
 - de 1389,50 \$ à partir du 1^{er} avril 2009;
- veuillez reporter le montant approprié dans la case TOTAL;*
- la date de l'acte doit correspondre au dernier jour du trimestre;
 - Inscrire la date du début et de la fin du trimestre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Les trimestres sont répartis comme suit :
 - 1^{er} juillet au 30 septembre,
 - 1^{er} octobre au 31 décembre,
 - 1^{er} janvier au 31 mars et
 - 1^{er} avril au 30 juin.

Seul le rôle 1 peut être facturé avec ce code d'acte.

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

L'établissement adresse à la Régie le nom des médecins à qui il octroie des privilèges en obstétrique, et qui les exercent. Il informe également la Régie du nom des médecins qui cessent d'exercer leurs privilèges.

		R = 1	R = 2
OBSTÉTRIQUE			
06911	Non stress test comprenant l'interprétation incluant, le cas échéant la technique ou la surveillance ou les deux.	6,55	
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (en établissement seulement)	45,90	
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen	56,25	3
06928	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse et examen	56,25	
06921	Induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire	29,50	
<u>AVIS</u> : Incrire le diagnostic ou le code de diagnostic ou la nature de la complication médicale dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			
06916	Installation, contrôle et surveillance de moniteurs fœtaux internes ou de tocomètre, ou les deux, incluant l'insertion de cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique et l'interprétation (une fois seulement pendant le travail).	28,15	
06927	Amniocentèse diagnostique ou génétique.	28,15	
06930	Transfusion fœtale intra-utérine	122,75	
06922	Détermination du pH fœtal par un médecin autre que le médecin accoucheur	28,50	
06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après trente-six (36) semaines, incluant l'examen, la tocolyse, le monitoring externe	60,00	3
+06903	Accouchement	337,55	4
+06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	144,70	
06923	Accouchement par voie vaginale post-césarienne incluant les soins et la surveillance intra-partum, supplément	137,70	1
<u>AVIS</u> : Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la date à laquelle la césarienne a été effectuée.			
+06943	Accouchement : samedi, dimanche, jour férié ou de 19 h à 7 h	450,10	4
06914	Consultation et exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement	118,05	
<u>AVIS</u> : - Voir section 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation. - Voir l'article 6b) du préambule particulier de l'obstétrique.			

Q - OBSTÉTRIQUE**Omnipraticiens**

		R = 1	R = 2
+ 06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement	321,50	
	AVIS : <i>Disposition administrative en vue de l'application du paragraphe c du point 6 du préambule particulier de l'obstétrique.</i>		
+ 06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	286,95	8
+ 06913	Césarienne et hystérectomie	459,15	12
+ 06946	Césarienne dans les cas complexes prévus en annexe, supplément	104,05	3
	AVIS : <i>La facturation de l'acte 06946 requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DE DIAGNOSTIC.</i>		
06907	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation ou l'examen si requis	59,05	2
	AVIS : <i>Voir 4.2.3, onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.</i>		
06935	Réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal)	43,70	2
06944	Présence du médecin à la salle d'accouchement	42,55	
+ 06901	Soins du post-partum durant l'hospitalisation	49,25	

ANNEXE I**CÉSARIENNE DANS LES CAS COMPLEXES (Acte codé 06946)****Conditions foetales**

- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins) (768.4)
- Prématurité (765.1) et retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

Conditions au niveau du placenta

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Placenta praevia (641.1)

Conditions maternelles

- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)

Complications obstétricales

- Rupture utérine (665.1)

LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES	Numéro
8.2.1 DEMANDE DE PAIEMENT	
Demande de paiement - Médecins - Format continu	1063
Demande de paiement - Médecins (Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 4)	1200
Demande de paiement - Vacation - tarif horaire (Voir Brochure n° 2)	1215
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (Voir Brochure n° 2)	1216
Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation du Québec - en continu (Voir brochure « Services de laboratoire en établissement »)	1606
Document complémentaire - Considération spéciale (Voir onglet Rédaction de la demande de paiement, section 4.2.4.1)	1944
Déclaration d'assurance hospitalisation - Demande de paiement	3716
Réclamation - hors province	2688
8.2.2 DOCUMENTS DE FACTURATION	
Demande de révision ou d'explications	1549
Demande d'autorisation de paiement (médicament d'exception ou programme patients d'exception)	3633
8.2.3 FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION INFORMATISÉE	
Renseignements à fournir pour la facturation informatisée	2746
Description du système de facturation informatisée	2102
Demande d'accréditation	2404
Mandat - Agence commerciale de traitement de données	2788
8.2.4 MANDATS	
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006

#8.2.5 AUTRES FORMULAIRES

Commande de formulaires	1491
Demande de remboursement à la personne assurée (Voir onglet « Rédaction de la demande de paiement », section 4.4)	1800
Demande de remboursement des frais de déplacement (Voir onglet « Rédaction de la demande de paiement », section 4.6.5)	1988
Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle (Voir page 4 de la présente section)	2904
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Demande de remboursement - Programme de formation continue (Annexe XIX)	3814
Demande de remboursement des mesures incitatives (Voir Brochure n° 3)	3336
Fiche d'information (personne en perte sévère d'autonomie) (P.G. 2.2.6A) .	3726
Demande de prestations / Assurance invalidité	3912
Demande initiale - Invalidité	3913
Rapport d'évolution - Invalidité	3914