

Guide de facturation  
Spécialiste  
Médecine interne

Prendre soin  
de ce qui compte

Lieu de dispensation			Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés					
Secteurs d'activité		Cabinet privé	Clinique externe	Hospitalisation			Clinique d'urgence	
				Soins généraux	Longue durée	Soins intensifs	Externe	Hospit
		-	0xxx1	0xxx3	0xxx4	0xxx6	0xxx7	

### Éléments de contexte

Deuxième pathologie dans un système anatomique différent de celui de la première		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<p>Le tarif de la consultation est majoré de 15% lorsque le patient est traité pour une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes. Cette deuxième pathologie <b>doit être dans un système anatomique différent</b> de celui de la première pathologie. Sont également visés les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.</p>									
Troisième pathologie dans un système anatomique différent de celui des 2 premières		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<p>Le tarif de la consultation est majoré de 40 % lorsque le patient est traité pour une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées. Cette troisième pathologie <b>doit être dans un système anatomique différent</b> de celui des deux premières pathologies. Sont également visés les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.</p>									

### Suppléments

Supplément échographie ciblée		<p>Pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente. Maximum de 5 par médecin, par semaine <b>AVIS</b> : conservé pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure.</p>
75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques		<p>Un supplément est payable si patient de 75 ans et plus OU prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance cardiaque avec FEVG &lt; 30</li> <li>- Insuffisance rénale chronique avec "clearance" de la créatinine &lt; 30 cc</li> <li>- Cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome</li> <li>- VIH</li> <li>- Greffé</li> </ul>

Lieu de dispensation			Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés						
Secteurs d'activité		Cabinet privé	Clinique externe	Hospitalisation			Clinique d'urgence		
				Soins généraux	Longue durée	Soins intensifs	Externe	Hospit	
				-	0xxx1	0xxx3	0xxx4	0xxx6	

Visites									
Supplément échographie ciblée				15396		15396		15665	1 fois /patient/ médecin/ jour Max 5 par md / semaine
Visite principale		00030	00042	00034	00046*	00034	00042	00034	
Plus de 30 minutes		15392	15399				15399		Maximum 3 suppl. durée / jour
75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques		15393	15400				15400		
Visite subséquente				00035*	00047*	00035*			
Consultation		00031	00043	00036	00048	00036	00051	00051	Inscrire MD référent
Plus de 60 minutes		15394	15401	15397		15397	15404	15404	
Forfait quotidien (incluant toutes les visites faites de jour sur semaine entre 7h et 19h)				15398					Indiquer l'heure de début de service.
Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé (incluant toutes les visites faites de jour (7h à 19h) sur semaine)				15669					Patient admis en médecine interne Maximum total de 15 forfaits/médecin/jour (Combinaison des codes 15398 et 15669)
Interprète		15761	15761	15761	15761	15761	15761	15761	

### Légende

\*Actes non rémunérés lorsqu'en mode de rémunération mixte : du lundi au vendredi entre 7h00 et 17h00 (exception : jours fériés)

Lieu de dispensation			Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés					
Secteurs d'activité		Cabinet privé	Clinique externe	Hospitalisation			Clinique d'urgence	
				Soins généraux	Longue durée	Soins intensifs	Externe	Hospit
				0xxx1	0xxx3	0xxx4	0xxx6	0xxx7

Visites (suite)										
Visite de transfert				00038			00038		00038	Inscrire la date d'admission
Visite de transfert (semaine du lundi au vendredi)				15670						Patient admis par un médecin en médecine interne. Max 1 visite /patient / Lundi au vendredi
Visite de contrôle		00033	00045*	00039*	00049*	00039*	00045*	00039*		
Visite à la demande d'une infirmière dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, incluant la rédaction du rapport			15409				15409			Inscrire Professionnel en référence
Tournée des malades le week-end				00041			00041		00041	Max 1/jour/patient
Tournée des malades le week-end				15671						Patient admis en médecine interne/max 1/jour/patient
Visite de départ				00024			00024		00024	Le patient admis 48h.
Évaluation et résumé pour un transfert				16050			16050		16050	
Évaluation et résumé pour la référence pour subir PDT ou expertise médicale non disponible dans la région		15395	15402							Annexe 19 seulement (MD pratiquant en région éloignée)
Forfait   Clinique de chimiothérapie			15403							Minimum 5 patients par demi-journée. Inscrire le NAM de chacun des patients -Inscrire l'heure de début
Participation aux cliniques des tumeurs			09168	09168	09168	09168	09168	09168	09168	Inscrire MD référent

### Légende

\*Actes non rémunérés lorsqu'en mode de rémunération mixte : du lundi au vendredi entre 7h00 et 17h00 (exception : jours fériés)

Secteur d'activité : Unité coronarienne (OXXX6)		
	Première visite et analyse des bandes de rythmes de la journée	
Semaine	00028	Par jour / par patient
Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée	15672	Patient admis par un médecin classé en médecine interne, par patient. Non facturable avec le code 00029
Tournée des malades le week-end	00029	Par patient
Tournée des malades le week-end (première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée)	15674	Patient admis par un médecin classé en médecine interne

Secteur d'activité : Unité de soins intensifs reconnues - Annexe 29 (OXXX6)			
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
	<u>SANS</u> prise en charge de l'unité	<u>AVEC</u> prise en charge de l'unité**	
Premier jour	00053	09097**	Par jour / par patient
Jour subséquent	00054	09098**	Par jour / par patient
Soins de ventilation mécanique assistée		00900 (semaine)**00929 (week-end)	Par jour / par patient
Soins de ventilation - installation de l'équipement	00928		La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.
Soins de ventilation – contrôle subséquent	00927		Par visite, maximum par jour 63\$. Aucune visite de contrôle par le même médecin le même jour.
Soins de ventilation - contrôle subséquent le week-end	41029		Par visite, maximum par jour 100 \$. Aucune visite de contrôle par le même médecin le même jour.
	Forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs		
Forfait quotidien (entre 7h et 19h)		09295**	Forfait de 10 heures.

### Légende

\*\* Le forfait de prise en charge d'une unité constitue un mode de rémunération exclusif.

Établissement

Cabinet

### Procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) et chirurgies

#### Biopsie

Moelle osseuse - aspiration seulement   14 ans ou plus	00234	00234		
Moelle osseuse - aspiration seulement   moins de 14 ans	00249*	00249		
Osseuse à l'aiguille	00273		PG-28	
Osseuse à l'aiguille avec aspiration moelle osseuse   14 ans ou plus	00281		PG-28	
Osseuse à l'aiguille avec aspiration moelle osseuse   moins de 14 ans	00282*		PG-28	

#### Cardiologie

Monitoring continu pression artérielle (MAPA)	00125	00125		Par période de 24 heures, interprétation. <b>Note</b> : Ne peut pas être facturé pour des patients hospitalisés
Épreuve d'effort submaximal ou maximal	00309			
Épreuve d'effort   tapis ou bicyclette		00339		Incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)
Program. ou vérif   défibrillateur interne	00313	00313		Maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence.
Supplément si resynchronisation	20517*	20517		
Électrocardiogramme dynamique (Holter)	00350	00350		Visualisation et interprétation. <b>Note</b> : ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central Max 1 examen /patient/semaine
Cardioversion électrique ou défibrillation	00489	00489	PG-28	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance : une seule par séance
Cathéter électrode stimulation intracardiaque	00530		PG-23 PG-28	

Établissement

Cabinet

### Procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) et chirurgies (suite)

#### Cardiologie (suite)

Stimulateur cardiaque unifocal permanent   2 ans ou plus	00685	00685		Maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence.
Stimulateur cardiaque unifocal permanent   Moins de 2 ans	00690*	00690		Maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence.
Supplément si resynchronisation	20517*	20517		
Stimulateur cardiaque bifocal   2 ans ou plus	00693	00693		Maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence.
Stimulateur cardiaque bifocal   Moins de 2 ans	00705*	00705		Maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence.
Supplément si resynchronisation	20517*	20517		

#### Ponction

Drainage articulaire thérapeutique	00235	00235	PG-28	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique
Articulaire ou de la bourse séreuse	00253	00253	PG-28	
Abdominale	00582	00582	PG-28	Ponction abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques
Artérielle	00585	00585	PG-23 PG-28	
Supplément 14 ans ou moins	20156*		PG-23	
Lombaire avec ou sans épreuve manométrique	00596	00596	PG-23 PG-28	
Supplément 14 ans ou moins	20595*		PG-23 PG-28	
Péricardique	00597	00597	PG-28	

Établissement

Cabinet

Procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) et chirurgies (suite)

**Ponction (suite)**

Veine fémorale ou jugulaire A8-1	00751	00751	PG 23 PG-28	
Pleurale	09418	09418	PG-28	
<b>Cathétérisme veineux</b>				
Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz	09304			
Veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire				Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire
Moins de 2 ans	20127*		PG-28	
Poids ≤4kg	20128*			
2 ans à 16 ans	09305*		PG-28	
Plus de 16 ans	09306		PG-28	
Veineuse central temporaire   voie périphérique	09307		PG-28	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste, le cas échéant
Moins de 5 ans	20200*			
5 ans à moins de 18 ans	20201*			
<b>Réanimation</b>				
Premier quart d'heure	09403	09403		
Deuxième quart d'heure	09404	09404		
Chaque quart d'heure additionnel	09405	09405		Inscrire la durée additionnelle à la réanimation.

Établissement

Cabinet

### Procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) et chirurgies (suite)

#### Hypothermie

Hypothermie   post arrêt cardiorespiratoire	20177			Ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour, par centre hospitalier
---	-------	--	--	--

#### Injection

Capsules, gaines, tendons ou fascia	00430	00430		
Bourse séreuse ou articulation ou les deux	00431	00431		Inclut aspiration préliminaire (maximum 3)
Insertion cathéter percutané transabdominal	00558			Ne peut être facturé pour une ponction abdominale pour fins diagnostiques
Traitement par médication injectable	20176	20176		Pour patient vu en cabinet privé ou à la clinique externe seulement. Maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile

#### Rhinosinusologie

Drainage thoracique fermé par pleurotomie	00276		PG-28	
---	-------	--	-------	--

#### Allergie

Test provocation bronchique non-spécifique	00815			
--	-------	--	--	--

#### Transplantation d'organes

Stabilisation et maintien donneur potentiel	00414			Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les visites, par donneur, par établissement, par jour
Supplément si décès cardiocirculatoire programmé	20178			

#### Bronchoscopie flexible

Chez un patient intubé	09362		PG-23 PG-28	
Chez un patient non intubé	09363		PG-23 PG-28	

Établissement

Cabinet

### Procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) et chirurgies (suite)

#### Diabétothérapie - Insulinothérapie

Initiation ou vérification diabète type 1	00343*	00343		Maximum 4 par patient, par médecin, par année civile en clinique externe ou cabinet seulement
Initiation ou vérification autre que type 1	20534*	20534		Maximum 4 par patient, par médecin, par année civile en clinique externe ou cabinet seulement
Installation   suivi annuel   pompe, cathéter	00345*	00345		Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte.
Suivi pour analyse   ajustement   pompe	20130*	20130*		Maximum 1 fois par trimestre par patient, par médecin pour un maximum de 3 fois par année civile NOTE : L'acte codé 20130 ne peut être facturé avec l'acte codé 00345 à la même séance

#### Mise en place d'un cathéter percutané

Pour drainage d'ascite	20075*	20075		Inclut les manipulations, les irrigations et l'exérèse pour drainage d'ascite
------------------------	--------	-------	--	---

#### Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional

Code général	70000	70000		
Bloc (veineux ou régional)	70010	70010		

## MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES- RÉMUNÉRATION À L'ACTE

### Règle d'application et de plafonnement

#### Règle d'application no 27

...le supplément de consultation est payable quatre fois par année, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

#### 3.10 PG 9 Médecine interne

...un plafonnement de gains de pratique fixé à 184 100 \$ pour chacun des semestres d'une année civile...

#### 2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

...le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total...

## ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

### Règle 5 Visites

...

5.2 On distingue la visite principale, la visite de transfert, la visite de départ et la visite de contrôle.

...

### Règle 29 Majoration pour certaines pathologies

29.2 ...

29.3 ...

## ONGLET B – TARIFICATION DES VISITES MÉDECINE INTERNE

## ONGLET C – PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

## MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES- BROCHURE NO 1

### ANNEXE 29 - UNITÉS SOINS INTENSIFS

Cette entente établit la tarification pour la pratique médicale dans certaines unités de soins intensifs. On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles

## MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES- BROCHURE NO 5

### ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE TABLEAU MÉDECINE INTERNE

## Mentions légales

© GROUPE CONSEIL MULTI D INC., 2018 – Tous droits réservés

GUIDE DE FACTURATION: droits d'auteur enregistrés auprès de l'Office de la Propriété Intellectuelle du Canada (Certificat d'enregistrement no. 1148348) en vertu de la Loi sur le droit d'auteur, L.R.C. (1985), ch. C-42.

Toute reproduction ou transmission, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, de tout ou partie de la présente publication est strictement interdite, à moins d'en avoir préalablement obtenu l'autorisation écrite de GROUPE CONSEIL MULTI D INC.

## Clause de non-responsabilité

GROUPE CONSEIL MULTI D INC. a pris des moyens raisonnables pour s'efforcer de mettre à votre disposition des informations exactes, à jour, complètes et exemptes d'erreurs, le tout au meilleur de ses connaissances.

Certaines des informations contenues au Guide de facturation ont été compilées sur la base de source législatives et réglementaires. En cas de divergence entre les renseignements contenus dans ce Guide de facturation et les dispositions législatives et réglementaires applicables, ces dernières ont préséance.

Les renseignements contenus au Guide de facturation vous sont fournis à titre informatif uniquement et ne sauraient constituer un avis juridique ou être le fondement unique d'une décision d'affaires.

Toutes les informations présentées dans ce Guide de facturation, de même que tout lien vers des sources externes et leur contenu, sont livrés en l'état, sans garanties ni engagement, expresses ou implicites, que ces informations sont à tout moment actualisées, précises, fiables, correctes, exhaustives, complètes ou adaptées à une fin particulière.

GROUPE CONSEIL MULTI D INC. décline donc toute responsabilité à cet égard, ainsi que toute responsabilité pour d'éventuels dommages, directs ou indirects, découlant des informations données ou employées comme références, ou pouvant survenir comme suite à leur utilisation.

Nous vous offrons  
une expertise 360°

qui vous permet de prendre soin  
de ce qui compte et qui vous donne  
la possibilité de vous concentrer  
sur vos priorités.

Facturation médicale



Comptabilité



Impôt et fiscalité



Planification stratégique



Montréal. Québec. Laval. Brossard

1 800 363.3068  
multid.ca

MULTI 

Guide de facturation

# Tableau résumé Mixte, TH et Supervision

Prendre soin  
de ce qui compte

### Rémunération mixte

RAMQ	Description	Plage horaire		Per diem	
		M	AM	7h - 12h	
i	PM	12h - 17h	½		
x	½ per diem: 3,5 h/jour 372 \$ minimum payé				
t	1 per diem: 7 h/jour 744 \$ minimum payé				
e	<b>Maximum de 10h/jour: 5h (AM) et 5h (PM)</b>				
H	SO	17h - 21h	-	Actes à plein tarif	
m	S+	21h - 00h	-		
o	NU	00h - 7h	-		
i					
r					
x					
s					
t					
e					

### Réunion multidisciplinaire

RAMQ	Description	\$
15405	Réunion clinique multidisciplinaire, minimum 60 minutes continues	211
15406	Supplément, par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3 par réunion)	52.75
La participation aux réunions visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes.		
<b>Maximum de 40h/année civile, par médecin.</b>		

### Forfait d'enseignement (Activité de supervision clinique des stages)

	Plage horaire		RAMQ	\$	Université	Lieu
Résident(s) seulement	AM	7h - 12h	19700	95	U. Laval	50013
	PM	12h - 17h	19701	95	U. de Montréal	50023
Au moins un externe	AM	7h - 12h	19702	127	U. McGill	50033
	PM	12h - 17h	19703	127	U. de Sherbrooke	50043
Moniteur(s) clinique(s) seulement	AM	7h - 12h	19762	95	Lieu à utiliser pour réclamer chacun des codes (19700, 19701, 19702, 19703, 19762, 19763) dans le but d'identifier l'université à laquelle le médecin professeur est rattaché. Ces codes sont valides en semaine sauf jour férié.	
	PM	12h - 17h	19763	95		

<b>Tarif horaire - Comités</b> (Maximum 10h/année et 3,5h/jour)					
250 XXX	Rémunération à l'acte	XXX 214	De gestion du bloc opératoire	XXX 241	Sur des projets cliniques immobiliers
251 XXX	Rémunération mixte	XXX 215	De gestion en endoscopie	XXX 242	Sur des projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation
XXX 174	D'évaluation médicale, dentaire et pharma.	XXX 216	De l'approche adaptée : chutes, délirium, etc.	XXX 243	Sur désastre et plan de contingence
XXX 175	D'examen des titres	XXX 217	De l'éthique clinique	XXX 244	Sur l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoires
XXX 176	De discipline	XXX 218	De la bibliothèque/Audiovisuel	XXX 245	Sur la qualité du triage à l'urgence
XXX 177	De gouvernement et d'éthique du C.A.	XXX 219	De la prévention et de la gestion des risques	XXX 246	Sur personnes victimes d'un AVC
XXX 178	De gestion de risques	XXX 220	De médecine transfusionnelle	XXX 247	Sur l'introduction de nouvelles technologies ou la révision des pratiques
XXX 179	De la vigilance et de la qualité du C.A.	XXX 221	De radioprotection		
XXX 180	De pharmacologie (max. 20 h/an et 3,5 h/jr)	XXX 222	De réanimation	XXX 274	Des utilisateurs du registre de cancérologie
XXX 181	De résidents	XXX 223	De révision continue du processus de gestion de l'urgence	<b>Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral :</b>	
XXX 182	De révision	XXX 224	De surveillance de l'utilisation des antibiotiques	XXX 192	Digestif bas
XXX 183	De sélection (pour recommander DG)	XXX 225	De traumatologie	XXX 193	Digestif haut
XXX 184	De vérification du C.A.	XXX 226	Des accidents/incidents	XXX 194	Glandes surrénales
XXX 185	Des usagers	XXX 227	Des approches collaboratives	XXX 195	Greffe cellules souches
XXX 186	Exécutif du CMDP (max. 45 h/an et 3,5 h/jr)	XXX 228	Des cliniques externes/médecine de jour	XXX 196	Gynécologie
XXX 187	D'attribution des bourses	XXX 229	De surveillance de l'utilisation des antibiotiques	XXX 197	Hémato
XXX 188	À la gestion des lits	XXX 230	Des plaintes	XXX 198	Hépatobiliaire
XXX 189	De coordination des maladies chroniques MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, etc.	XXX 231	Des technologies de l'information	XXX 199	Musculo-squelettique
XXX 190	D'admission et séjour	XXX 232	Du contrôle et de prévention des infections	XXX 200	Neuro
XXX 191	D'amélioration continue de la qualité	XXX 233	Du don et de transplantation d'organes et de tissus	XXX 201	Oculaire
XXX 275	D'évaluation de la performance du programme de cancérologie	XXX 234	Du réseau de service intégré à la personne âgée	XXX 202	Peau
XXX 209	De dév. et suivi des ordonnances collectives	XXX 235	De morbidité/mortalité	XXX 203	Poumon
XXX 210	De dossiers/archives	XXX 236	Pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés	XXX 204	Sein
XXX 211	Comité de gestion centrale des rendez-vous	XXX 237	Comité pour le dév. de protocole de soins et des procédures	XXX 205	Système digestif
XXX 212	De gestion de la douleur chronique	XXX 238	Pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence	XXX 206	Tête et cou
XXX 213	De gestion des soins intensifs : admissions, équipements, durée de séjour, etc.	XXX 239	Pour les victimes de blessure médullaire	XXX 207	Thyroïde
XXX 170	De gestion des soins palliatifs	XXX 240	Pour les victimes de brûlures graves	XXX 208	Uro-génitaux

Tarif horaire			
Réunions		Activités d'enseignement	
<b>250 XXX</b>	<b>Rémunération à l'acte</b>	<b>252 XXX</b>	<b>Rémunération à l'acte</b>
<b>251 XXX</b>	<b>Rémunération mixte</b>	<b>253 XXX</b>	<b>Rémunération mixte</b>
XXX 171	Réunions de département (max. 20h/année)	XXX 249	La dispensation de cours ou d'exposés aux étudiants, résidents, médecins ou autres professionnels de la santé, excluant toutefois les cours répertoriés par l'université.
XXX 172	Réunions de programmes clientèles (max. 20h/année)	XXX 250	L'enseignement aux étudiants en médecine sous la forme d'apprentissage par raisonnement clinique.
		XXX 251	L'enseignement par simulation aux étudiants, résidents ou médecins.
		XXX 252	L'évaluation des étudiants ou résidents selon le mode d'examen clinique objectif structuré ou selon toute autre forme d'évaluation qui nécessite la présence active d'un médecin spécialiste, excluant l'évaluation en cours ou en fin de stage.

\*\*Activités médico-administratives:

## Mentions légales

© GROUPE CONSEIL MULTI D INC., 2018 – Tous droits réservés

GUIDE DE FACTURATION: droits d'auteur enregistrés auprès de l'Office de la Propriété Intellectuelle du Canada (Certificat d'enregistrement no. 1148348) en vertu de la Loi sur le droit d'auteur, L.R.C. (1985), ch. C-42.

Toute reproduction ou transmission, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, de tout ou partie de la présente publication est strictement interdite, à moins d'en avoir préalablement obtenu l'autorisation écrite de GROUPE CONSEIL MULTI D INC.

## Clause de non-responsabilité

GROUPE CONSEIL MULTI D INC. a pris des moyens raisonnables pour s'efforcer de mettre à votre disposition des informations exactes, à jour, complètes et exemptes d'erreurs, le tout au meilleur de ses connaissances.

Certaines des informations contenues au Guide de facturation ont été compilées sur la base de source législatives et réglementaires. En cas de divergence entre les renseignements contenus dans ce Guide de facturation et les dispositions législatives et réglementaires applicables, ces dernières ont préséance.

Les renseignements contenus au Guide de facturation vous sont fournis à titre informatif uniquement et ne sauraient constituer un avis juridique ou être le fondement unique d'une décision d'affaires.

Toutes les informations présentées dans ce Guide de facturation, de même que tout lien vers des sources externes et leur contenu, sont livrés en l'état, sans garanties ni engagement, expresses ou implicites, que ces informations sont à tout moment actualisées, précises, fiables, correctes, exhaustives, complètes ou adaptées à une fin particulière.

GROUPE CONSEIL MULTI D INC. décline donc toute responsabilité à cet égard, ainsi que toute responsabilité pour d'éventuels dommages, directs ou indirects, découlant des informations données ou employées comme références, ou pouvant survenir comme suite à leur utilisation.