

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		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
L'honoraire 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 doit être dans un système anatomique différent de celui de la première pathologie. Est également visé, 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.									
Troisième pathologie dans un système anatomique différent de celui des 2 premières		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
L'honoraire 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 doit être dans un système anatomique différent de celui des deux premières pathologies. Est également visé, 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.									

Suppléments	
Supplément échographie ciblée	pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente. Maximum de 5 par médecin, par semaine AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport pour fins de référence ultérieure
75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques	Un supplément est payable si patient de 75 ans et plus OU prise en charge d'une ou des problématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance cardiaque avec FEVG < 30 - insuffisance rénale chronique avec "clearance" de la créatinine < 30 cc - cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome - VIH - greffé
Patient atteint d'une infection nécessitant un Isolement	Exemple : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse. AVIS : Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case "Diagnostic principal et renseignements complémentaires".

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									
Supplément échographie ciblée			15396		15396	15665	15665	une fois /patient/ médecin/ jour	
Visite principale	00030	00042	00034	00046*	00034	00042	00034		
Plus de 30 minutes	15392	15399				15399			
Avec infection Isolement			16047		16047		16047		
75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques	15393	15400				15400			
Visite subséquente			00035*	00047*	00035*				
Avec infection Isolement			16047*		16047*				
Consultation	00031	00043	00036	00048	00036	00051	00051	Inscrire MD référent	
Plus de 60 minutes	15394	15401	15397		15397	15404	15404		
Avec infection Isolement			16048		16048	16051	16051		
Forfait quotidien (incluant toutes les visites faites de jour sur semaine entre 7h et 19h)			15398					Indiquer l'heure de début de service. Maximum 15 forfaits /MD/jour.	

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
Avec infection Isolement			16049		16049		16049	
Visite de contrôle	00033	00045*	00039*	00049*	00039*	00045*	00039*	
Tournée des malades le week-end			00041		00041		00041	
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.
Participation aux cliniques des tumeurs		09168	09168	09168	09168	09168	09168	Inscrire MD référent

Secteur d'activité : Unité coronarienne (0XXX6-15)		
	Première visite et analyse des bandes de rythmes de la journée	
Semaine		00028
Tournée des malades le week-end		00029
		Par jour / par patient
		Par patient

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 de soins intensifs reconnues - Annexe 29 (0XXX6-16)

	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**	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. NOTE : 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	20157*	20157		
Électrocardiogramme dynamique (Holter)	00350	00350		Visualisation et interprétation. NOTE: ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central
Cardioversion électrique ou défibrillation	00489	00489	PG-28	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance: une 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		
Supplément si resynchronisation	20157*	20157		
Stimulateur cardiaque bifocal 14 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 14 ans	00705*	00705		
Supplément si resynchronisation	20157*	20157		

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 PG-28	
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-28	
Pleurale	09418	09418	PG-28	
Cathétérisme veineux				
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*			
Réanimation				
Premier quart d'heure	09403	09403		
Deuxième quart d'heure	9404	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	00815			

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 - Enseignement

Amorce de l'insulinothérapie	09370*	09370		Maximum 1 par patient, par période de 12 mois
Technique de la mesure glycémie capillaire	09313*	09313		Maximum une fois par patient, par année

Diabétothérapie - Insulinothérapie

Perfusion continue d'insuline	09316*			Par jour, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation
Initiation ou vérification diabète type 1	00343*	00343		Maximum 4 par patient, par médecin, par année civile
Initiation ou vérification autre que type 1	20534*	20534		Maximum 4 par patient, par médecin, par année civile
Installation suivi annuel pompe, cathéter	00345*	00345		Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte.
Suivie pour analyse ajustement pompe	20130*	20130*		Maximum 1 fois par trimestre par patient, par médecin pour un maximum de 3 fois par année civile, par médecin. 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		
--------------	-------	-------	--	--

Références:

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 pathologie

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.