

g) Service professionnel à la demande du coroner

- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;
- de plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire dans la section *Identité de la personne assurée* les coordonnées suivantes :
 - Nom de famille : **DO**,
 - Prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe,
 - Date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année, le mois (toujours 01) et le jour (toujours 01), soit **AA0101**.
 - Sexe : **M** ou **F**.

S

2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au médecin. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (1800) qui le concerne et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.4 du présent onglet).

L'ACTE EFFECTUÉ EST UN TRAITEMENT COLLECTIF FOURNI À PLUS D'UNE PERSONNE ASSURÉE :

Voir la section 3.2.4.2 sous le présent onglet.

ANNEXE III

LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie, dans les cas suivants :
- âgée de moins d'un an;
 - admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés,
 - âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie **SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**, dans les cas suivants :
- **personne assurée** requérant des soins urgents;
 - à la suite d'une ordonnance du tribunal (actes 98005, 98006, 98007 et 98012);
 - s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée.

S

- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au *per diem* devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'annexe 15).
- J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.
- Les situations d'exception sont en lien avec les services :
- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
 - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
 - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la règle 16 du préambule général).
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.
- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour**, au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes (voir la section 3.2.7.1 Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement, sous le présent onglet).

RÈGLE 33. CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

Le médecin qui procède à distance à l'évaluation clinique d'un patient décédé peut se prévaloir de la rémunération prévue pour la constatation de décès à distance. Il doit alors, s'il dresse également le constat de décès, autoriser le transport de la dépouille vers un salon mortuaire ou la morgue du coroner et transmettre le constat de décès au directeur funéraire ou au bureau du coroner, selon le cas. Dans le cas où il ne dresse pas le constat de décès, il doit diriger le patient vers un service d'urgence. Dans tous les cas, il doit faire une note au dossier conservé par le centre. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le technicien ambulancier et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt.

AVIS : Voir le code d'acte 15264 sous l'onglet B - Tarification des visites - Divers.

Lorsque le décès a été constaté à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut de plus se prévaloir de la rémunération prévue pour ce service. Si c'est le médecin qui a constaté à distance le décès qui complète le bulletin de décès, il peut se prévaloir de la rémunération prévue dans la mesure où il transmet une copie du bulletin de décès au directeur funéraire.

AVIS : Voir le code d'acte 09200 sous l'onglet B - Tarification des visites - Divers.

RÈGLE 34. RÉUNION CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

34.1 La réunion clinique multidisciplinaire vise la discussion de cas cliniques d'un ou de plusieurs patients dans l'objectif de planifier, d'assurer le suivi ou, le cas échéant, le traitement ou le soutien médical requis.

Cette réunion doit se dérouler au sein d'un établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Des notes relatant la discussion du cas clinique doivent être versées au dossier du patient. De plus, la participation d'un médecin à une réunion clinique multidisciplinaire doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une vidéoconférence, mais non par conférence téléphonique.

- + Sont exclus la préparation du médecin pour une telle réunion ainsi que tout mandat pouvant être réalisé relativement à une réunion. Une réunion clinique implique la participation d'au moins deux autres professionnels de la santé d'une autre discipline (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, médecins, etc.).

34.2 Le médecin spécialiste qui participe à une réunion clinique multidisciplinaire a droit au paiement d'honoraires de 150 \$. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Le tarif sera de 175 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

S'y ajoute un supplément de 37,50 \$ par quart d'heure additionnel. Ce supplément sera de 43,75 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 50 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

34.3 Au cours d'une année civile, un médecin ne peut réclamer plus qu'un équivalent de 40 heures pour sa participation à des réunions cliniques multidisciplinaires.

34.4 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, la rémunération de sa participation à une réunion clinique multidisciplinaire est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette réunion est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

	<i>Page</i>
LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N° 64)	B-213
LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N° 172)	B-214
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU	B-216
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-216
SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER.	B-217
ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	B-218
ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE <i>Abrogé</i>	B-231

**SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE
DU CORONER**

15310	Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques.	28,00
15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction.	44,00
15312	Examen externe d'un cadavre.	54,00

AVIS : *En l'absence du numéro d'assurance maladie de la personne assurée, inscrire la lettre « D » dans la case C.S.*

De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire les coordonnées suivantes dans la section Identité de la personne assurée :

- Nom de famille : **DO**
- Prénom : **Jean ou Jeanne, selon le sexe**
- Date de naissance : **selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année de naissance (exemple 1940), le mois est toujours 01 et le jour est toujours 01, soit 400101**
- Sexe : **M ou F**

	Thorax et abdomen complet (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)	
08255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	94,70
08256	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	82,10
	Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)	
08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	63,10
08267	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	54,70
	Abdomen complet et pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis »)	
08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	90,00
08269	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	81,50
	NOTE : La tarification de la région abdomen complet et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.	
	Rachis	
08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	56,90
08275	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	48,50
	Extrémités	
08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	41,10
08277	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	32,70
	Corps entier	
08278	examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande d'un médecin anatomo-pathologiste ou du coroner, avant la réalisation d'une autopsie classique. L'examen inclut l'acquisition tomographique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	200,00