

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

TARIFS INTERPROVINCIAUX DES SERVICES EXTERNES

Il importe de noter que tous les tarifs sont des coûts moyens qui comprennent les honoraires des médecins pour les procédures non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires. Les honoraires des médecins pour les procédures non invasives et les interprétations diagnostiques nécessaires ne peuvent être facturés en plus des tarifs indiqués dans le présent document.

Les procédures invasives comprennent les chirurgies nécessitant des incisions et d'autres procédures où il y aurait une insertion dans le corps. Comme la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), l'endoscopie avec biopsie, le cathétérisme cardiaque ou certaines procédures de radiologie interventionnelle. Alors qu'une procédure médicale est définie comme non invasive lorsqu'il n'y a pas de rupture de la peau.

Code de service	Description	Montant
51	Consultation externe standard (excluant les services énumérés ci-dessous). <ul style="list-style-type: none">Comprends, entre autres, les soins d'urgence, de consultation externe, de médecine nucléaire, de radioscopie, d'échographie et d'études angiographiques et interventionnelles. Voir la note n° 1.	322 \$
52	Retrait du code tarifaire unique de la chirurgie d'un jour. Voir les codes 68 à 70	
53	Hémodialyse	524 \$
54	Tomodensitométrie (TEP)	669 \$
55	Procédures de laboratoire en externe et tout autre service d'imagerie diagnostique qui ne sont pas inclus dans un autre code de service. <ul style="list-style-type: none">Comprends la radiographie générale, la mammographie, les procédures de laboratoire en externe et les prélèvements en laboratoire, à l'exception des procédures coûteuses de laboratoire en consultation externe¹. Voir la note n° 3.	143 \$
56	Médicaments de chimiothérapie à faible prix totalisant moins de 1 000 \$: facturer le coût de la consultation (visite) de 322 \$, plus le coût d'acquisition réel des médicaments.	

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

Code de service	Description	Montant
	Aucune facture n'est requise. Pour les médicaments totalisant 1 000 \$ ou plus : utiliser le code 16. Voir la note n° 5.	
57	Thérapie à la cyclosporine, au tacrolimus, à l'AZT, à l'activase, à l'érythropoïétine ou à l'hormone de croissance : 257 \$ par visite plus le coût réel des médicaments.	257 \$
58	Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) excluant la lithotripsie pour lithiase vésiculaire.	1 360 \$
61	Imagerie par résonance magnétique par jour	616 \$
62	Radiothérapie (par visite)	566 \$
63	Stimulateur cardiaque et/ou défibrillateurs (de tous types)/implants cochléaires/interventions coronariennes percutanées avec pose d'endoprothèse/spirale endovasculaire N. B. : L'établissement doit facturer le coût de l'appareil (facture requise) en plus du tarif de la consultation externe ou de la chirurgie d'un jour. Pour facturer le code 63, le coût du ou des dispositifs doit être d'au moins 1 000 \$. Voir la note n° 4.	
65	Procédures coûteuses pour les services de laboratoire • Lorsque le coût d'une procédure coûteuse pour des services de laboratoire de plus de 143 \$ n'est pas inclus sous un autre code de service, le tarif prévu dans le barème des prestations pour la médecine de laboratoire de la province concernée est utilisé. Lorsque ce tarif ne figure pas au barème, un tarif négocié entre les provinces est utilisé (le dépistage génétique est exclu).	
66	Médicaments de chimiothérapie à prix élevé totalisant 1 000 \$ ou plus : facturer le coût de consultation (visite) de 322 \$, plus le coût d'acquisition réel des médicaments. Facture requise. Une approbation préalable doit être obtenue pour les médicaments de plus de 3 000 \$. Voir les notes n ^{os} 5 et 6.	
67	Examens de TEP-TDM. Voir note n°7 pour la liste des examens de TEP-TDM facturables.	1 223 \$

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

Code de service	Description	Montant
68	Chirurgie d'un jour – Faible. Voir la note n° 8 et annexe 5	1 078 \$
69	Chirurgie d'un jour – Moyen. Voir la note n° 8 et annexe 5	3 554 \$
70	Chirurgie d'un jour – Élevé. Voir la note n° 8 et annexe 5	14 358 \$

RÈGLES DE FACTURATION DES SERVICES DE CONSULTATION EXTERNE

Règles générales :

- Lorsque deux services de consultation externe ou plus (codes de service 51 à 62, 65 à 70) sont offerts le même jour dans le même hôpital (peu importe si le patient a eu son congé et a été admis à nouveau dans le même hôpital le même jour), un seul service de consultation externe peut être facturé (c.-à-d. l'activité ayant le taux le plus élevé).
- Des frais de consultation externe peuvent être facturés le même jour que la date d'admission ou de congé d'un patient hospitalisé dans le même hôpital à condition que le patient ne soit pas admis au moment où les services ont été rendus.
- Si un patient reçoit un service de consultation externe alors qu'il est admis, l'hôpital ne peut pas facturer le service de consultation externe. Dans ce cas, les coûts des services sont inclus dans les tarifs journaliers d'hospitalisation.
- Si un patient est inscrit à un hôpital à titre de patient externe et quitte l'établissement avant de voir un médecin ou de recevoir un traitement, le code 51 peut être facturé.
- Si un patient est vu en consultation externe dans deux établissements différents le même jour, les deux établissements peuvent facturer le tarif de consultation externe applicable.
- Les médecins spécialistes ne doivent pas facturer les autres provinces ou territoires pour les services cités ci-dessous pour leurs honoraires puisqu'ils sont déjà compris dans les tarifs :
 - ultrasonographie (échographie),
 - tomographie avec ordinateur,
 - mammographie,
 - études angiographiques et interventionnelles,
 - imagerie par résonance magnétique,
 - radio-oncologie (radiothérapie)¹,
 - médecine nucléaire.

Le centre hospitalier rembourse le médecin pour les honoraires selon les tarifs établis dans l'entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

1. Lorsqu'un patient reçoit des traitements de radio-oncologie, l'établissement doit rembourser l'intégralité du montant au médecin pour son acte selon le Manuel de facturation des médecins spécialistes de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'établissement pour recouvrer ses frais, facture le patient pour la portion rémunération médicale. Ce dernier pourra se faire rembourser par sa province.

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

Notes :

1. Un patient externe est une personne visée par l'accord interprovincial en assurance santé² qui reçoit au minimum un service de santé dans un centre hospitalier sans être admise à titre de patient hospitalisé et dont les renseignements personnels ont été saisis dans le système d'enregistrement ou d'information de l'organisation et à qui un seul identificateur a été assigné pour consigner les services ou en assurer le suivi.

Le nombre restreint de services d'imagerie diagnostique coûteux comprend les services suivants :

- Médecine nucléaire : images diagnostiques et traitements utilisant des produits radiopharmaceutiques. Inclus la tomographie d'émission à photon unique (TEPU). Exclut les scintigraphies en médecine nucléaire superposées sur des images provenant de modalités comme la tomographie par ordinateur (TO) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM), par exemple TEPU/TO, qui ont leur propre code de service.
 - Radioscopie : technique d'imagerie permettant d'obtenir en temps réel des images en mouvement d'un patient au moyen d'un fluoroscope conçu pour capter le rayonnement ionisant externe sur un écran fluorescent.
 - Échographie : production d'un enregistrement visuel des tissus organiques grâce à des ondes sonores à haute fréquence.
 - Études angiographiques et interventionnelles : utilisation de l'énergie de rayonnement dégagée par l'équipement à rayon X pendant les études angiographiques et interventionnelles. Ces techniques de radiographie utilisent des méthodes à effraction minimale et le guidage d'imagerie pour procéder à des études qui remplacent les interventions chirurgicales traditionnelles comme l'artériographie diagnostique, les interventions vasculaires rénales et périphériques, la visualisation biliaire, les interventions d'accès veineux et l'embolisation.
2. Pour ce qui est des prélèvements, il s'agit d'un tarif moyen pour tous les prélèvements envoyés à un établissement pour un patient donné en vue de l'exécution d'analyse en laboratoire en l'absence du patient en question.

La radiologie générale se rapporte à l'utilisation d'énergie de rayonnement dégagée par de l'équipement à rayon X pour les besoins du diagnostic général. La mammographie consiste à prendre une radiographie du tissu mammaire aux fins de dépistage ou de diagnostic.

-
2. Selon l'entente interprovinciale en assurance santé, les personnes visées par l'accord sont les résidents canadiens qui reçoivent des services externes dans un établissement situé hors de leur province ou territoire de résidence et pouvant faire la preuve qu'ils sont couverts par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

Notes : (suite)

Modes de facturation des services de laboratoire

Scénario	Coût = ou < 143 \$	Coût > 143 \$
a) Échantillons provenant d'ailleurs	Code 55	Code 65
b) Patient envoyé par un autre hôpital qui se présente au laboratoire	Code 55	Code 65
c) Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe qui se présente au laboratoire le même jour	Code 51	<p>Si le coût du service de laboratoire est</p> <p>322 \$ ou moins Code 51</p> <p>plus de 322 \$ Code 65</p> <p>On ne peut facturer qu'un seul code de service (voir règle générale à la page 4, 1^{er} paragraphe)</p>
d) Patient vu à l'urgence ou à la clinique externe qui se présente au laboratoire un jour différent	Code 51 pour la visite à l'urgence et code 55 pour le laboratoire	Code 51 pour la visite à l'urgence et code 65 pour le laboratoire

3. Stimulateurs cardiaques et/ou défibrillateurs (de tous types) / implants cochléaires / endoprothèses / spirales endovasculaires :

- **Stimulateurs cardiaques et/ou défibrillateurs (de tous types)**

Il s'agit de dispositifs cardiaques, à l'exclusion des stimulateurs temporaires et des cœurs artificiels.

Codes CCP :

Approche transluminale percutanée (veineuse) ou approche SAI :

- 1.HZ.53.GR-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NL stimulateur à rythme fixe
- 1.HZ.53.GR-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.GR-FR stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.GR-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

3. Codes CCI : codes de la Classification canadienne des interventions en santé.

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

Approche percutanée (tunnel sous-cutané) :

- 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur

Approche ouverte (thoracotomie) :

- 1.HZ.53.LA-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NL stimulateur à rythme fixe
- 1.HZ.53.LA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.LA-FR stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.LA-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche ouverte sous-xiphoidienne :

- 1.HZ.53.QA-NM stimulateur monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NK stimulateur double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NL stimulateur à rythme fixe

Approche combinée, ouverte (thoracotomie) et transluminale percutanée (veineuse) :

- 1.HZ.53.SY-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.SY-FR stimulateur cardiaque pour resynchronisation
- 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

• Implants cochléaires

- 1.DM.53.LA-LK implantation d'un appareil interne, cochlée, implant cochléaire à un seul canal
- 1.DM.53.LA-LL implantation d'un appareil interne, cochlée, implant cochléaire à plusieurs canaux

Cette catégorie ne comprend pas le repositionnement d'un implant existant, précédemment posé (1.DM.54.^^).

• ICP (interventions coronariennes percutanées) avec pose d'endoprothèse (y compris les endoprothèses d'élution de médicament)

- 1.IJ.50.GQ-NR dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée (p. ex., angioplastie seule), avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) seulement
- 1.IJ.50.GQ-OA dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilatateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GQ-OB dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilatateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GQ-OE dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilatateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OA dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilatateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GU-OB dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilatateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

- **ICP (interventions coronariennes percutanées) avec pose d'endoprothèse (y compris les endoprothèses d'éluion de médicament) – (suite)**

- 1.IJ.50.GU-OE dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OA dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie (p. ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser), utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OB dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie (p. ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser), utilisation d'un dilateur au laser (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)
- 1.IJ.50.GT-OE dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec athérectomie (p. ex., rotationnelle, directionnelle, cathéter d'extraction, laser), utilisation d'un dilateur à ultrasons (et ballonnet) avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire)

- **Endoprothèses implantées**

L'implantation d'une endoprothèse utilise une approche transluminale percutanée et une endoprothèse (endovasculaire) avec greffon synthétique. Les codes CCI associés à la réparation endovasculaire d'un anévrisme (EVAR) sont exclus de ce groupe de procédés.

- 1.IA.80.GQ-NR-N, 1.IB.80.GQ-NR-N, 1.IC.80.GQ-NR-N, 1.IM.80.GQ-NR-N, 1.JE.80.GQ-NR-N,
- 1.JK.80.GQ-NR-N, 1.KE.80.GQ-NR-N, 1.KG.56.GQ-NR-N, 1.KG.80.GQ-NR-N, 1.KT.80.GQ-N-R-N

- **Spirales endovasculaires**

Le déploiement de spirales endovasculaires ou l'embolisation endovasculaire est un traitement chirurgical des anévrismes cérébraux. Il a pour but de prévenir la rupture des anévrismes non rompus et le resaignement attribuable à une rupture d'anévrisme. Le traitement fait appel à des spirales de platine détachables qui sont insérées dans l'anévrisme à l'aide d'un microcathéter.

- 1JW51GPGE occlusion, vaisseaux intracrâniens, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales (détachables).

4. Les médicaments pour la chimiothérapie sont tous des médicaments utilisés pour traiter le cancer, y compris les anticorps monoclonaux, les inhibiteurs tyrosine kinase, les inhibiteurs d'angiogenèse, etc.
5. Les réclamations présentées avec le code 16 doivent être accompagnées d'une facture de l'hôpital sur laquelle figurent le nom et le numéro d'assurance maladie du patient, la date d'administration et le coût des médicaments fournis lors de la consultation (visite). Une approbation préalable **doit être obtenue** pour les médicaments de chimiothérapie ayant un coût supérieur à 3 000 \$. Les hôpitaux doivent être informés qu'ils ne devraient pas procéder au traitement tant qu'une approbation préalable n'a pas été obtenue. Les hôpitaux doivent suivre les processus habituels afin d'obtenir une telle approbation préalable du ministère de la province ou du territoire d'origine.

Une seule demande d'approbation préalable est nécessaire pour les patients qui ont besoin de plusieurs visites. Les hôpitaux devraient indiquer sur les demandes d'approbation préalable que plusieurs visites sont nécessaires.

En cas d'urgence, lorsque l'approbation préalable ne peut être obtenue de manière opportune, les médicaments de chimiothérapie peuvent être facturés de façon réciproque sans approbation préalable. La province ou le territoire d'accueil doit aviser la province ou le territoire d'origine par écrit et expliquer pourquoi l'approbation préalable n'a pu être demandée, un rajustement peut être demandé si on ne fournit pas d'explication.

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

6. Un examen de TEP-TDM peut être uniquement facturé en vertu des dispositions cliniques suivantes :

TYPE DE CANCER	INDICATION CLINIQUE	Codes ICD-10-CA pour le type de cancer	Codes CCI
CANCER DE L'ŒSOPHAGE	Stadification avant la chirurgie; pour l'évaluation de la stadification de référence des patients diagnostiqués d'un cancer de l'œsophage et pour lesquels on envisage un traitement curatif ou un nouvel examen de TEP/TDM à la fin du traitement préopératoire/néoadjuvant avant la chirurgie.	C15.– Tumeur maligne de l'œsophage	3.**.70.CJ
CANCER COLORECTAL	Stadification des récidives tumorales à résection potentielle (lorsqu'il y a une augmentation du taux d'antigène carcinoembryonnaire [ACE]); lorsqu'une récidive est soupçonnée en raison d'un taux d'ACE élevé ou en hausse lors du suivi après la résection chirurgicale, même si les résultats des examens d'imagerie réguliers sont négatifs ou ambigus.	C18.– Tumeur maligne du côlon C19 Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne C20 Tumeur maligne du rectum C78.– Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs R76.8 Autres anomalies précisées de résultats immunologiques sériques	3.**.70.CJ
	Examen de TEP-TDM pour une maladie métastatique qui semble localisée, comme en cas de métastases localisées à un seul organe au foie ou aux poumons, ou de métastases ganglionnaires localisées (au moment de la consultation ou du suivi), lorsqu'un traitement radical est envisagé, par exemple une ablation, une radiothérapie ou une chirurgie. L'examen de TEP-TDM doit être envisagé avant la chimiothérapie lorsque la détection de métastases occultes avant la résection ou la chimiothérapie peut rendre la résection inappropriée ou modifier le traitement du patient; ou six semaines après la chimiothérapie.		
CANCER GYNÉCOLOGIQUE	Pour la stadification d'un cancer du col de l'utérus avancé localisé; examen de TEP-TDM pour les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus avancé localisé (avec ou sans cancer de l'endomètre) pour qui les résultats obtenus par examen de TEP-TDM concernant l'atteinte des ganglions lymphatiques pelviens sont positifs ou ambigus.	C51.– Tumeur maligne de la vulve C52 Tumeur maligne du vagin C53.– Tumeur maligne du col de l'utérus C54.– Tumeur maligne du corps de l'utérus C55 Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée C56.– Tumeur maligne de l'ovaire C57.– Tumeur maligne des organes génitaux de la femme, autres et non précisés C58 Tumeur maligne du placenta C77.– Tumeur maligne des ganglions	3.**.70.CJ
	Restadification avant d'envisager une pelvectomie; examen de TEP-TDM pour les patientes atteintes de tumeurs gynécologiques malignes récidivantes pour qui une chirurgie de sauvetage radicale est envisagée.		
TÊTE ET COU	Pour le diagnostic du siège principal; pour l'évaluation de carcinomes squameux métastatiques dans les nodules cervicaux lorsque le siège principal de la maladie est encore inconnu à la suite des examens radiologiques et cliniques réguliers.	C00.– Tumeur maligne de la lèvre C01 Tumeur maligne de la base de la langue C02.– Tumeur maligne de la langue, parties autres et non précisées C03.– Tumeur maligne de la gencive C04.– Tumeur maligne du	3.**.70.CJ
	Pour la stadification d'un cancer du rhinopharynx.		

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

	<p>Examen de TEP-TDM pour l'évaluation des patients atteints de carcinomes squameux métastatiques N1, N2 ou N3 à la tête et au cou après la chimioradiothérapie, chez qui il reste des nodules cervicaux d'une taille de 1,5 cm ou plus lors de l'examen de TEP-TDM effectué en vue de la restadification 10 à 12 semaines après le traitement.</p>	<p><i>plancher de la bouche</i> C05.– Tumeur maligne du palais C06.– Tumeur maligne de la bouche, parties autres et non précisées C07 Tumeur maligne de la glande parotide C08.– Tumeur maligne des glandes salivaires principales, autres et non précisées C09.– Tumeur maligne de l'amygdale C10.– Tumeur maligne de l'oropharynx C11.– Tumeur maligne du rhinopharynx C12 Tumeur maligne du sinus pyriforme C13.– Tumeur maligne de l'hypopharynx C14.– Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, de sièges autres et mal définis C30.0– Tumeur maligne des fosses nasales C31.– Tumeur maligne des sinus de la face C32.– Tumeur maligne du larynx C41.– Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire, de sièges autres et non précisés C49.0 Tumeur maligne du tissu conjonctif et du tissu mou de la tête, de la face et du cou C69.5 Tumeur maligne de la glande et du canal lacrymaux C76.0 Tumeur maligne de la tête, de la face et du cou C77.0 Tumeur maligne secondaire des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou</p>	
	<p>Stadification chez les patients atteints de tumeurs malignes localisées (N1, N2 ou N3) à la tête et au cou.</p>		
MÉLANOME	<p>Pour la stadification d'une maladie avec atteinte des ganglions pour laquelle une chirurgie est prévue; pour la stadification chez les patients présentant des mélanomes accompagnés de tumeurs localisées « à haut risque » possiblement résécables; ou pour l'évaluation des patients atteints de mélanomes et de métastases localisées au moment de la récurrence lorsqu'une ablation des métastases est envisagée.</p>	<p>C43.– Mélanome malin de la peau C77.– Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée C78.– Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs C79.– Tumeur maligne secondaire des sièges autres et non précisés</p>	3.**.70.CJ
POUMON	<p>Pour un nodule pulmonaire solitaire (NPS) (solide ou semi-solide, sauf les nodules en verre dépoli) non diagnostiqué chez les patients pour qui une biopsie transthoracique à l'aiguille présente un risque élevé; pour un NPS lorsque le diagnostic de nodule pulmonaire ne peut pas être établi au moyen d'une biopsie à l'aiguille à la suite des tentatives infructueuses visant à effectuer une biopsie à l'aiguille; lorsque le NPS est inaccessible avec une aiguille; ou lorsqu'il</p>	<p>C34.– Tumeur maligne des bronches et du poumon C77.– Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée C78.– Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs C79.– Tumeur maligne secondaire de sièges autres</p>	3.**.70.CJ

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

	<p>existe une contre-indication concernant la pratique d'une biopsie à l'aiguille.</p> <p>Pour la première stadification chez des patients pour qui un traitement curatif potentiel est envisagé d'après les résultats négatifs aux examens d'imagerie réguliers; OU pour la stadification chez des patients qui présentent une récurrence locorégionale après un premier traitement, pour qui un traitement de sauvetage définitif est envisagé.</p> <p>Pour la première stadification, la restadification, une maladie récidivante ou les cas de tumeurs primaires multiples pour lesquels un traitement curatif potentiel est envisagé.</p> <p>Pour la stadification chez des patients présentant une récurrence locorégionale après un premier traitement, pour qui un traitement de sauvetage définitif est envisagé.</p> <p>Pour la stadification lorsqu'une maladie à un stade peu avancé est soupçonnée chez des patients atteints d'un cancer pulmonaire à petites cellules, à qui un plan de radiothérapie limité pourrait convenir; pour le cancer pulmonaire à petites cellules, lorsqu'il s'agit d'un cancer pulmonaire à petites cellules limité et que des traitements combinés de chimiothérapie et de radiothérapie sont envisagés.</p>	<p><i>et non précisés J98.4</i> <i>Autres affectations pulmonaires</i></p>	
LYMPHOME	<p>Pour la stadification de base chez les patients atteints de lymphomes agressifs pour qui un traitement curatif est envisagé; pour la stadification de base chez les patients atteints de lymphomes indolents pour qui un traitement agressif ou curatif est envisagé.</p> <p>Pour l'évaluation des masses restantes à la suite de la chimiothérapie chez un patient atteint d'un lymphome hodgkinien ou non hodgkinien, lorsqu'un traitement possiblement curatif (comme la radiothérapie ou la greffe de cellules souches) est envisagé.</p> <p>Pour l'évaluation de la réponse d'un lymphome hodgkinien après deux ou trois cycles de chimiothérapie, lorsque la chimiothérapie est considérée comme le seul traitement définitif</p>	<p>C81.– Lymphome de Hodgkin C82.– Lymphome folliculaire C83.– Lymphome non folliculaire C84.– Lymphomes à cellules T/NK matures C85.– Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés C86.– Autres types précisés de lymphomes à cellules T/NK C88.4.– Lymphome extranodal à cellules B de la zone marginale du tissu lymphoïde associé aux muqueuses [lymphome MALT]</p>	3.**.70.CJ
CANCER DU TESTICULE	<p>Pour l'évaluation d'une masse résiduelle; pour les tumeurs des cellules germinales, lorsqu'une maladie persistante est soupçonnée en raison de la présence d'une masse résiduelle à la suite du premier traitement contre un séminome et qu'une résection chirurgicale curative est envisagée.</p> <p>Pour les tumeurs des cellules germinales, lorsqu'une récurrence est soupçonnée en raison des marqueurs tumoraux qui sont élevés (sous-unité bêta de l'hormone gonadotrophine chorionique humaine ou alpha-foetoprotéine) et que les résultats des examens d'imagerie réguliers sont négatifs.</p>	<p>C62.– Tumeur maligne du testicule</p>	3.**.70.CJ

Annexe 1 à la circulaire 2021-015 (03.01.42.17)

CARCINOME DE LA THYROÏDE	Pour le dépistage d'une récurrence soupçonnée en raison de l'augmentation du taux de thyroglobuline, lorsque les résultats de l'examen à l'iode 131 sont négatifs; pour le dépistage d'une maladie récidivante ou persistante soupçonnée en raison du taux de thyroglobuline qui est élevé ou en hausse, lorsque les résultats aux examens d'imagerie réguliers, y compris l'examen à l'iode 131 ou l'échographie du cou, sont négatifs ou ambigus.	Tumeur maligne de la thyroïde	3.**.70.CJ
---------------------------------	---	-------------------------------	------------

7. Un patient en chirurgie d'un jour est un patient qui a été préinscrit et enregistré pour recevoir des services d'un centre fonctionnel qui est équipé et doté en personnel pour assurer la chirurgie d'un jour (p. ex. : une salle d'opération, une salle d'endoscopie, un laboratoire de cathétérisme cardiaque).

Les demandes de remboursement des codes 68, 69 et 70 doivent comporter un code de la CCI correspondant. Les demandes de remboursement pour les codes 68, 69 et 70 qui sont manquantes ou qui fournissent un code de la CCI non valide sont soumises au processus d'ajustement du CCEIAS. C'est-à-dire que la province ou le territoire d'origine paie la demande telle qu'elle a été facturée et, après avoir soumis un ajustement à la province ou au territoire d'accueil, la province ou le territoire d'accueil doit rembourser le montant de la demande à la province ou au territoire d'origine si un code de la CCI approprié ne peut être identifié.

L'ICIS produit un tableau de consultation des tarifs de chirurgie d'un jour, qui fournit le tarif de chirurgie d'un jour correspondant après qu'un code de la CCI ait été saisi. Si le code de la CCI fourni n'a pas de tarif de chirurgie d'un jour correspondant, le service ne peut pas être facturé comme une chirurgie d'un jour.

Si un hôpital a des questions relatives à la classification des services, il doit en informer son ministère provincial/territorial qui peut contacter l'ICIS pour obtenir des conseils sur le code / tarif approprié à facturer.

Voir l'annexe 5 pour la liste déroulante des codes CCI – Chirurgie d'un jour.