

## Guide d'application Annexe 29

Entrée en vigueur le 23 mars 2026-MOD 117

Le présent guide précise les règles applicables, telles qu'interprétées par l'AIQ, en matière de facturation du médecin spécialiste pour les **activités reliées aux unités de soins intensifs désignées** à l'annexe 29.

Le respect de ces règles est déterminant en cas de différend avec la RAMQ et permet à l'AIQ de vous soutenir dans votre démarche auprès de la FMSQ.

Il est également rappelé que l'annexe 29 fait l'objet d'un mécanisme de suivi prévu à une lettre de monitoring, pour les 3 premières années suivant l'entrée en vigueur de façon à assurer un niveau de facturation conforme aux coûts déterminés convenue entre les parties négociantes.

**NOTE :** Seul le médecin **qui détient des privilèges de pratique en SI et qui choisit de se prévaloir des modalités de l'annexe 29** est autorisé à facturer les éléments du tableau ci-dessous.

Principe fondateur : la division de la journée en période. Chaque période représente un « shift » potentiel comme à l'urgence.

### Définition des périodes :

**Jour** → 7h à 19h

**Soir** → 19h à 24h

**Nuit** → 24h à 7h

## Tableau des principaux codes d'actes-unités fermées

Codes	Description	Montant	Commentaires/particularités (autres précisions en bas du tableau)
<b>Prise en charge-unité</b>			Facturable <b>avec</b> le forfait de prise en charge patient
09294	Forfait unité jour (8h consécutifs)	681,00\$	1 forfait par unité/ période / installation
09295	Forfait unité jour (10h consécutifs)	851,00\$	1 forfait par unité/ période / installation
<b>Prise en charge - unité Soir Nuit</b>			Facturables <b>avec</b> le forfait de prise en charge patient Facturables avec prise en charge <b>sur place dans l'installation</b> /période Ne peuvent être réclamés avec la garde locale ou en support pour la même période
42420	Forfait unité <3 unités soir	425,50\$	
42422	Forfait unité <3 unités nuit	595,70\$	
42421	Forfait unité ≥3 unités soir	510,60\$	
42423	Forfait unité ≥3 unités nuit	714,85\$	
<b>Prise en charge-patient Forfait Patient (FP)</b>			Facturables <b>avec</b> le forfait de prise en charge de l'unité Facturables pour chaque patient pris en charge/période/installation De soir et de nuit, facturables pour les patients séjournant dans <b>une unité maximum</b> -justifiant la prise en charge sur place dans l'installation/période Aucune autre visite permise/période /installation
15950	Forfait patient jour	129,65\$	
15951	Forfait patient soir	86,45\$	Pour les patients des autres unités, admissions et les visites intérieur unité et PDT onglet C facturables / période/installation
15952	Forfait patient nuit	121,00\$	Pour les patients des autres unités : admissions et les visites intérieur unité et PDT onglet C facturables/ période /installation
00414 et 20178	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel	874,20\$	En vue d'une greffe d'organes, par donneur, par établissement, par jour en lieu et place du forfait de prise en charge du patient et l'admission au SI / jour calendrier

<b>Visites à l'intérieur d'une unité de SI</b>			<b>Max 2 visites incluant l'admission / période/patient/md/installation</b>
15953	Admission SI	260,70\$	Facturable 1 fois/patient/ installation <b>3 max/unité/période jour/md</b> Ne peut être facturée dans la même installation lors d'une réadmission aux SI après moins de 48hres Facturable à la suite d'un transfert en provenance d'une autre installation
15954	Visite principale dans l'unité	172,50\$	1 par md / 7 jours (inclus 15953 et FP) /patient/installation. <b>Voir commentaire.</b>
15955	Visite contrôle dans l'unité	57,75\$	
<b>Ventilation</b>			2 codes facturables si position change au cours de la période de 7h à 7h
00900	Support ventilatoire	78,00\$	1 par patient/période de 7h à 7h/installation
41000	Support ventilatoire ventral	183,55\$	1 par patient/période de 7h à 7h/installation
<b>Visites à l'extérieur d'une unité de SI</b>			Applicables avec <b>prise en charge d'au moins une unité désignée</b> ou <b>lors d'une garde</b> locale ou support
15957	Consultation hors unité	260,70\$	1 par hospitalisation / patient /installation
15956	Visite principale hors unité	172,50\$	Si a séjourné SI, facturable revu >24 h après congé SI, même hospitalisation
15958	Visite contrôle hors unité	57,75\$	Max 2 visites /patient /md / période/installation
<b>Autres</b>			
15959	Évaluation transfert	144,45\$	1 fois/ patient/période entre 7h et 7h/ installation
42424	Garde « locale » soir	95,00\$	Garde en disponibilité/installation
42425	Garde « locale » nuit	95,00\$	Garde en disponibilité/installation
42426	Garde en support	95,00\$	Garde en disponibilité /installation
<b>PDT</b>	<b>PDT</b>	<b>PDT</b>	<b>Aucun Md ne peut facturer PDT annexe I avec un forfait patient ou admission/ même période Les PDT de l'onglet C non-inclus dans l'Annexe 1, sont facturables en tout temps</b>
09403, 09404, 09405	Soins de réanimation	82,35\$ 1er quart d'heures  41,15\$ Chaque quart additionnel	<b>Non facturable</b> avec <b>un forfait de prise en charge du patient ou une admission/ même période/même md.</b> Facturable pour les services rendus auprès d'un patient d'une autre unité.

<b>Intervention situation complexe</b>	Ajouter Intervention en situation complexe au code visé		Consultant a droit au plein tarif des services rendus à l'Entente et de l'Annexe 29 incluant les PDT de l'annexe 1
15764	Constat de décès à distance	26,40\$	Facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes
09200	Déclaration de décès Rédaction formulaire SP3	32,70\$	Facturable avec les forfaits de prise en charge et la garde en disponibilité
08925	Thérapie de communication	48,55\$	Honoraire fixe, pour séance, <b>durée minimale de 30 min</b> Facturable avec les forfaits de prise en charge et la garde en disponibilité
15761	Supplément pour interprète	26,40\$	Payable lorsque communication avec le patient ou le parent d'un enfant <b>ne peut se faire en français ou en anglais</b> Facturable avec les forfaits de prise en charge et la garde en disponibilité

## 1. Unités SI fermées – Commentaires et particularités

### 1.1 Forfaits de prise en charge de l'unité (9294, 9295, 42420, 42421, 42422, 42423 )

- L'état d'au moins un patient d'une unité prise en charge par le médecin doit justifier sa présence sur place en installation de soir ou de nuit, selon le jugement clinique.
- Exemple : si tous les intensivistes présents de jour le sont aussi de soir (19h à minuit sur place) simultanément, ils peuvent utiliser les forfaits <3 d'unités chacun (situation exceptionnelle). Au moins un patient par unité doit justifier qu'ils restent sur place dans ce cas.
- Le forfait de prise en charge de l'unité **ne peut être facturé avec l'annexe 41** (rémunération dans les centres de traitement de la douleur chronique) et **onglet B** de la tarification des visites pour la même période.
- Le forfait de prise en charge de l'unité **ne peut être facturé avec les honoraires aux tableaux de la Médecine et de la Chirurgie de l'annexe 6 de l'Accord-cadre qui font l'objet d'une facturation en rôle 2 pendant la même séance.**
- Les **services médico-administratifs** visés par Loi des accidents de travail et maladies professionnelles, la Loi sur les accidents de travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (annexe 24), **sont facturables pour la même période.**

- Les services médico-administratifs visés au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités accomplies dans un établissement de santé ne sont pas rémunérées lorsque le médecin reçoit le paiement d'un forfait unité et lorsqu'effectuées entre 7h et 17h.

### 1.2 Forfaits de prise en charge du patient (15950, 15951, 15952)

- Le soir/nuit : les patients d'une seule unité peuvent être pris en charge. Utiliser celle dont un patient nécessite la prise en charge sur place. 15951/15952 ne peuvent être utilisés que pour les patients contenus dans cette unité de jour.
- **Note :** Le nombre de patients attribués à une unité doit refléter la réalité clinique. Les unités ne peuvent être modifiées en composition entre la période de jour et celle du soir ou de la nuit sauf en ce qui a trait aux règles d'attribution locale usuelles et normales. Le cas échéant, consigner une note au dossier. Cette donnée sera potentiellement évaluée dans le cadre de la lettre de monitoring.
- Patients déjà présents dans les autres unités qui nécessitent une réévaluation (soir/nuit): Les codes facturables sont les visites à l'intérieur de l'unité (15954/15955), le support de ventilation et PDT de l'onglet C.
- **Jour la fin de semaine :** Si un intensiviste A voit les patients d'une autre unité parce que l'intensiviste B n'est pas présent, il ne peut pas facturer les forfaits patient de cette unité B. Il doit alors facturer les visites à l'intérieur de l'unité.
- Toute facturation en lien avec un patient nécessite de consigner une note au dossier.
- Le forfait de prise en charge du patient **ne peut être facturé avec l'annexe 41** et onglet B de la tarification des visites **pour la même période.**
- Le forfait de prise en charge du patient **ne peut être facturé avec les honoraires aux tableaux de la Médecine et de la Chirurgie de l'annexe 6 de l'Accord-cadre qui font l'objet d'une facturation en rôle 2 pendant la même séance.**
- Les **services médico-administratifs** visés par Loi des accidents de travail et maladies professionnelles, la Loi sur les accidents de travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (annexe 24), **sont facturables pour la même période.**

### 1.3 Admissions dans l'unité (15953)

- L'heure d'arrivée sur l'unité définit la période dans laquelle l'admission peut être facturée. Exemple : Il est possible qu'un médecin A qui voit le pt à l'extérieur des SI pour une urgence facture une consultation (15957) ou VP

(15956) et qu'un deuxième médecin B facture l'admission (15953) si le patient est admis. Le travail effectué par les deux médecins doit justifier l'utilisation des codes.

Il est aussi possible qu'un médecin voit un patient à l'extérieur des SI dans une période sans l'admettre, facture une consultation (15957) ou VP (15956) et qu'il doive l'admettre aux SI dans une autre période (nouvelle détérioration)- l'admission pourrait être exceptionnellement facturée dans une période différente, par ce même médecin.

- **Note :** Le cas échéant, consigner une note au dossier. Cette donnée sera potentiellement évaluée dans le cadre de la lettre de monitoring.

#### 1.4 Visites à l'intérieur d'une unité (15954, 15955)

- L'utilisation des codes de visites de soir et nuit doit être justifiée par l'état du patient.
- La visite principale ne peut pas être facturée systématiquement à tous les patients qui ne font pas parti de l'unité prise en charge par les forfaits de soir (42420 ou 42421) ou de nuit (42422 ou 42423)
- Une VP (15954) facturable par patient par médecin par 7 jours pour un même séjour aux soins intensifs.
- VP non facturable si le médecin a facturé un forfait patient ou une admission dans les 7 derniers jours (pour un même séjour de soins intensifs).
- VP facturable de jour la semaine ou fin de semaine si elle répond à l'article 4 de l'annexe : intervention en situation complexe : Un spécialiste apporte son support à un médecin en charge d'une unité de soins étant donné son expertise spécifique **et** en raison de la complexité, du degré de difficulté ou des risques liés à l'état du patient.
- VP et VC facturable **de jour la fin de semaine sans situation complexe seulement si** le médecin A prend en charge les patients d'une autre unité que la sienne parce que l'intensiviste B n'est pas présent et que le forfait unité de cette unité B n'est pas facturé.

#### 1.5 Support ventilatoire

- Le support ventilatoire est facturable en situation de défaillance respiratoire et si le patient est ventilé invasivement, sous BiPAP, CPAP ou canule nasale à haut débit.
- Le support en décubitus ventral n'est facturable qu'en situation de support ventilatoire invasif.

## 1.6 Visites à l'extérieur d'une unité (15957, 15956, 15958)

- La consultation (15957) et la visite principale hors unité (15956) ne peuvent être facturées avec l'admission (15953) dans la même période par le même médecin.
- La visite principale hors unité (15956) ne peut être facturée moins de 24h après la sortie des soins.
- **Note :** il **n'est pas attendu** qu'une consultation soit facturée pour une admission prévue aux soins intensifs (exemple : post-op de chirurgie attendue aux soins intensifs).

## 1.7 Garde

- Locale : 42424 (soir) et 42425 (nuit), remplacent les forfaits de garde locale en disponibilité de l'annexe 25. **Locale = disponibilité pour intervenir.**
- Garde locale non facturables si un forfait de prise en charge d'unité de soir ou nuit (42420 à 42423) est réclamé lors de la même période pour les unités prises en charge par l'intensiviste sur place en établissement.
- Un forfait de garde locale peut être facturé même si un forfait prise en charge d'unité est réclamé (42420, 42422, 42421, 42423) si le nombre d'unité le permet (le forfait de prise en charge et le forfait de garde ne doivent pas viser les mêmes unités).
- Support : 42426, garde en disponibilité en « Back-up » à tout intensiviste en charge d'une unité de soir et de nuit.
- Les forfaits de garde locale et en support disponibles se calculent de la façon suivante : 1 local et 1 support par 3 unités. Exemple : 5 unités dans l'hôpital = 2 gardes locales et 2 gardes en support.
- L'onglet B de la tarification des visites ne peut être facturé avec le supplément de garde, **excluant le code 09200, 15761, 08925 et 15264**, pour **la même période.**
- Les **services médico-administratifs** visés par Loi des accidents de travail et maladies professionnelles, la Loi sur les accidents de travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (annexe 24), **sont facturables pour la même période.**

## 1.8 Majorations

- Forfaits unité/patient  
→ +33% (x1,33) le samedi, dimanche et fériés;
- Garde locales et support

- +100% (x2) le samedi, dimanche et fériés;
- Visites, admissions, consultations, PDT et supports de ventilation
  - +70% (x1,7) de 7h–24h, le samedi, dimanche et fériés;
  - ET**
  - 70% (x1,7) de 19h à minuit du lundi au vendredi;
  - ET**
  - +150% (x2,5) de 24h–7h tous les jours

### 1.9 Limitations et autres codes

- Les PDT (onglet C du manuel de facturation à l’acte des spécialistes) non-inclus dans l’Annexe 1 sont facturables en tout temps.
- Aucun md ne peut facturer les PDT de l’annexe 1 réalisés **sur les lieux de l’unité pour un patient pour lequel un forfait de prise en charge ou admission est facturée pendant la même période**, sauf pour intervention en situation complexe.
- Annexe 1 :
  - Ajout de 7 PDT (donc dorénavant non facturables)**: picline (09307), intubation endotrachéale (00518), laryngoscopie (00519), vérification seuil pace unifocal (685) ou bifocal (693), insertion drain pleurX (20163) et retrait de pleurX (20164).
  - Retrait de 2 PDT (donc dorénavant facturables)** : ponction péricardique (597), drain péricardique (9334)
- Les actes suivants ne sont facturables avec un forfait de prise en charge de patient ou une admission qu’une seule fois par période 24h, entre 7h à 7h/patient/même période : CVVH (021440, 02141, 09382, 09383) et insertion d’un cathéter de dialyse (00389).
- Aucun acte de la spécialité de base (onglet B - visites du manuel de facturation à l’acte des spécialistes) ne peut être facturé si le médecin a utilisé des actes de l’annexe 29 au cours de la période. Aucune facturation dans deux spécialités pour une même période (« double billing » ) n’est permise.
- Lorsque le md intensiviste, qui réclame les forfaits est également certifié dans une spécialité chirurgicale, confie son patient aux soins d’un autre médecin de la même discipline, il a droit au paiement des visites de contrôle postopératoires.

## 2. Unité ouverte – Commentaires et particularités (statu quo)