

**Manuel sur la facturation  
pro forma  
pour les  
Infirmières Praticiennes**

**Juillet 2023**

## Table des matières

INTRODUCTION.....	4
QU'EST-CE QUE C'EST LA FACTURATION PRO FORMA? .....	4
SYSTÈME DE FACTURATION ÉLECTRONIQUE .....	4
FORMATION SUR LA FACTURATION PRO FORMA .....	5
PRÉAMBULE GÉNÉRAL .....	5
INFORMATION D'ASSURANCE-MALADIE .....	5
Généralités.....	5
Patients .....	6
a) Patient dans la province .....	6
b) Patient hors de la province .....	6
c) Militaires vus à la demande d'un tiers .....	6
d) Carte d'Assurance-maladie expirée .....	6
e) Patients non-inscrits à l'assurance-maladie .....	6
Renseignements requis – Demandes de paiement électroniques .....	7
Diagnostic valide .....	7
Date de renvoi.....	7
SERVICES EXCLUS.....	8
RÈGLES D'ÉVALUATION.....	8
RAPPORTS DE RAPPROCHEMENT .....	9
Rapports de rapprochement.....	9
SURVEILLANCE ET ASSURANCE DE LA CONFORMITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES	11
Renseignements généraux .....	11
1. Normes relatives aux dossiers médicaux .....	11
2. Intervalle .....	12
CODES DE SERVICE D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES.....	13
LÉGENDE .....	32
PROGRAMMES D'IMMUNISATION .....	34
FOIRE AUX QUESTIONS .....	38
Demande annulée.....	38
Code du lieu .....	38

Codes d'emplacement.....	38
Séances de groupe .....	39
Nouveaux patients .....	39
Recommandations .....	39
Examens spéciaux, comme la mesure de l'indice tibio-brachial et le test de spirométrie .....	39
Vaccinations.....	40
Frais de fournitures médicales pour les tests Papanicolaou .....	40
Communication de renseignements aux fournisseurs de soins .....	40
Formulaires imprimés.....	41
Dossiers Purkinje et bases de données sur la facturation pro forma de l'Assurance-maladie..	41
NUMÉRO DE FOURNISSEUR DE SERVICES.....	41
Qu'est-ce qu'un numéro de fournisseur de services? .....	41
Numéro de prescripteur.....	42
Qu'est-ce qu'un numéro de prescripteur? .....	42
CONTACTS .....	43
Agente de liaison auprès des praticiens.....	43
Demande de renseignements du praticien.....	43
Soutien aux utilisateurs des Services d'applications provinciales en santé .....	43
Système de communication des médecins (SCM) / .....	43
Facturation à l'Assurance-maladie (FAM) .....	43
Site Web de l'Assurance-maladie (Liens rapides):.....	43

# Manuel des Infirmières Praticiennes

## INTRODUCTION

Le présent document se veut un outil d'aide pour guider les infirmières praticiennes (IP) dans le processus de facturation pro forma. Tous les praticiens qui dispensent des services assurés aux patients admissibles à l'Assurance-maladie sont tenus, par le Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, de faire parvenir des renseignements à l'Assurance-maladie. On a créé le manuel pour les infirmières praticiennes **en s'appuyant** sur le *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick*, car des règles semblables seront appliquées par le système de l'Assurance-maladie.

### QU'EST-CE QUE C'EST LA FACTURATION PRO FORMA?

La facturation pro forma désigne le processus par lequel les praticiens des soins de santé non rémunérés à l'acte font parvenir des demandes de paiement à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour les services assurés dispensés aux patients inscrits à l'Assurance-maladie. Ces demandes de paiement donnent lieu à un paiement nul. On utilise cette information, de concert avec les données recueillies auprès des médecins rémunérés à l'acte, pour maintenir une uniformité dans les antécédents médicaux des patients, ce qui est nécessaire pour remplir l'obligation de rendre des comptes ainsi que pour superviser et soutenir la planification des soins de santé futurs au Nouveau-Brunswick. Depuis juin 2010, il est obligatoire pour toutes les IP de soumettre des factures pro forma, et ce, peu importe le milieu de travail, mais il faut savoir qu'elles le faisaient déjà à titre volontaire depuis 2006. Les codes de service alors utilisés étaient téléversés dans une base de données distincte de la base de données principale de l'Assurance-maladie. En octobre 2012, les IP ont commencé à utiliser les mêmes codes que les omnipraticiens. Ainsi, les renseignements ont pu atteindre la base de données de l'Assurance-maladie, ce qui a permis d'améliorer l'uniformité dans la continuité des antécédents des patients. De plus, en raison de modifications à la *Loi sur la santé publique* du Nouveau-Brunswick, il faut saisir toutes les données sur la vaccination dans le système de l'Assurance-maladie.

### SYSTÈME DE FACTURATION ÉLECTRONIQUE

L'Assurance maladie offre un système de facturation électronique, Système de facturation de l'Assurance-maladie (MCE), gratuit à tous les praticiens. Le système est basé sur le Web et peut être accessible par n'importe quel ordinateur avec un navigateur Web à jour (Edge, Internet Explorer 11+, Google Chrome 40+, Mozilla Firefox 33+, Apple Safari 8+) et une connexion Internet. Le nom d'utilisateur et le mot de passe associés au compte de la Régie régionale de la santé ou au compte du gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) sont requis pour accéder à MCE. Veuillez contacter le Soutien aux utilisateurs des Services d'applications provinciales en santé au 453-8274 opt. 4 avec vos questions ou pour organiser l'accès. Bien que Medicare offre l'option MCE pour la facturation, l'infirmière praticienne peut choisir parmi tous les systèmes de facturation tiers disponibles pour la facturation de l'Assurance-maladie au Nouveau-Brunswick. Assurez-vous de vérifier avec le personnel du bureau quel système est utilisé dans ce cadre.

## Manuel des Infirmières Praticiennes

### FORMATION SUR LA FACTURATION PRO FORMA

Les agents de liaison des praticiens de l'Assurance-maladie offrent gratuitement à tous les IP et à leur personnel de facturation la formation sur la facturation pro forma et le système de facturation de l'Assurance-maladie (MCE). Cette formation est fortement encouragée et peut être planifiée en communiquant avec un agent de liaison par courriel électronique :

[Medicare.Training.Formation@gnb.ca](mailto:Medicare.Training.Formation@gnb.ca)

Une formation de recyclage sur la facturation pro forma ainsi que sur le système MCE est également offerte au besoin.

### PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Les codes précisés sont associés aux services professionnels qui sont requis sur le plan médical pour le diagnostic ou le traitement des patients et qui ne sont pas exclus par les lois ou les règlements, mais ils n'incluent pas les demandes de paiement pour des médicaments, des produits injectables ou des appareils.

Si l'état d'un patient ne justifie pas une réévaluation directement par le praticien pour le renouvellement d'une ordonnance, la consultation d'un spécialiste, la communication de résultats d'analyses en laboratoire, etc., le praticien ne peut présenter de demande de paiement pour ces services à l'Assurance-maladie, peu importe qu'il décide ou non de voir directement le patient ou de lui parler au téléphone.

### INFORMATION D'ASSURANCE-MALADIE

#### Généralités

- Les infirmières praticiennes ne peuvent utiliser que les codes énumérés dans le présent manuel. Les réclamations soumises avec des codes non répertoriés dans le manuel des IP seront annulées par le système de l'Assurance maladie.
- Les demandes de paiement doivent être envoyées à l'Assurance-maladie dans les 92 jours suivant la date de service.
- Tous les documents d'appui aux factures doivent être conservés pendant sept ans.
- «GP» (omnipraticien) peut apparaître dans la description de service des codes utilisés par les IP dans les systèmes de facturation, les codes ayant été négociés pour les omnipraticiens. Dans le système de facturation, certains codes de service peuvent s'afficher différemment de ceux ci-dessous, mais il s'agit tout de même des bons codes à utiliser.
- Les codes s'appliquent aux visites en personne (sauf avis contraire), aux examens physiques appropriés (lorsqu'ils sont pertinents au service), et au suivi continu de l'état du patient au cours de la consultation.
- Les rapports de rapprochement électroniques seront disponibles de l'Assurance-maladie, en ligne, toutes les deux semaines et doivent être examinés.
- Certains systèmes de facturation tiers offrent des options de rapprochement, mais les relevés de rapprochement de l'Assurance-maladie doivent quand même être examinés. (Voir Rapports de rapprochement).

## Manuel des Infirmières Praticiennes

- Sélectionnez le code qui convient le mieux. Dans certains cas, vous pouvez utiliser plus d'un code (voir les définitions des codes, les règles d'évaluation et la légende dans le présent manuel).

### Patients

- Patient dans la province** – Si un praticien fournit un service à un patient de la province qui possède une carte d'assurance-maladie valide du Nouveau-Brunswick, une demande de paiement par facture électronique pro forma peut-être envoyée à l'Assurance-maladie « dans la province ».
- Patient hors de la province** – Si un praticien fournit un service à un patient qui réside dans une autre province ou un territoire du Canada et qui possède une carte d'Assurance-maladie provinciale valide, on peut envoyer à l'Assurance-maladie une demande de paiement par facture électronique pro forma « hors de la province ».
- Services exclus et demande d'un tiers** – Si un praticien fournit un service à un patient, à la demande d'un tiers (Travail sécuritaire NB, compagnie d'assurance, établissement d'enseignement ou employeur, etc.) ou pour des services exclus, tels que les militaires ou les détenus sous responsabilité fédérale, on ne peut pas envoyer à l'Assurance-maladie des demandes de paiement par facture électronique pro forma parce que ces personnes/services ne sont pas assurés par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
- Carte d'Assurance-maladie expirée** – Si un praticien fournit un service à un patient dont la carte d'Assurance-maladie est expirée, il peut faire parvenir à l'Assurance-maladie une facture pro forma pour le service avec le numéro d'Assurance-maladie du patient, mais il devra inscrire le message suivant sur le rapport de rapprochement : « Le patient n'est pas admissible. Il doit communiquer avec l'Assurance-maladie ». La demande de paiement apparaîtra tout de même dans les renseignements statistiques de l'IP. Il faut indiquer au patient de communiquer avec Service Nouveau-Brunswick ou avec l'Assurance-maladie directement pour qu'on rétablisse sa couverture. **Remarque** : Le personnel de l'Assurance-maladie ne peut divulguer aucun renseignement au sujet de l'assurance-maladie d'un patient aux bureaux des praticiens.
- Patients non-inscrits à l'assurance-maladie** – Si un praticien fournit un service à un résident du Nouveau-Brunswick qui n'est pas inscrit à l'Assurance-maladie, il peut aider le patient en lui indiquant qu'il peut obtenir un formulaire d'inscription auprès de Service Nouveau-Brunswick. Lorsque le patient aura obtenu un numéro d'identification, il devra le donner au praticien, qui pourra faire parvenir à l'Assurance-maladie une demande de paiement par facture électronique pro forma.

### Renseignements requis – Demandes de paiement électroniques

- Nom du patient.
- Numéro d'Assurance-maladie du patient.
- Date de naissance du patient.
- Province responsable de la couverture d'Assurance-maladie, le cas échéant.
- Sexe du patient.
- Date(s) des services facturés.
- L'heure de début, le cas échéant (codes de facturation fondés sur le moment de la journée et visites en salle d'urgence).
- L'heure de fin, le cas échéant (codes de facturation fondés sur le moment de la journée).
- Diagnostic valide CID.
- Code(s) du ou des services.
- Numéro du praticien orienteur ou du praticien collaborateur, le cas échéant.
- Nombre des services, s'il y en a plusieurs (s'il n'y en a qu'un seul, le nombre reste 1).
- Lieu.
- Numéro de lot du vaccin (obligatoire si des vaccins sont administrés).
- Code d'emplacement - doit être fourni pour les services fournis dans les salles d'urgence des hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous, les foyers de soins (si ce n'est pas l'emplacement principal).

### Diagnostic valide

Un diagnostic valide doit figurer sur toutes les demandes de paiement soumises par facture pro forma. Les codes de service indiquent à l'Assurance-maladie **ce qui** a été fait, et le diagnostic précise **pourquoi** le service a été fourni.

### Date de renvoi

La date de renvoi est requise lors de la facturation d'une nouvelle consultation pour un patient. La date de renvoi est la date où le patient a été vu par le praticien qui initie le renvoi, devrait être indiqué sur la demande écrite du renvoi, et non la date à laquelle il a été reçu, télécopié ou le patient a été vu en consultation. Le praticien qui initie le renvoi doit être actif à la date indiquée comme date de renvoi.

De plus, si l'infirmière praticienne décide de référer un patient à un médecin ou à une autre IP pour consultation à la suite d'une visite, il est important que le nom de l'IP, la date du renvoi et le type (1 – référé à) soient indiqués sur la demande de visite. Il n'existe pas de code distinct pour les renvois.

# Manuel des Infirmières Praticiennes

## SERVICES EXCLUS

Voici certains des services exclus de la gamme de services assurés par l'Assurance-maladie :

- (a.4) l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se Cancériser;
- (b) les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- (d) les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus dans le Cahier des tarifs;
- (e) l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- (f.1) les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- (f.2) les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa f.1) ou relativement à ceux-ci;
- (h) le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- (i) les immunisations, examens ou certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'immigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;
- (r) un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale.

## RÈGLES D'ÉVALUATION

Les règles d'évaluation dictent comment les demandes de paiement par facture pro forma seront traitées par le système de l'Assurance-maladie. Les demandes de paiement des infirmières praticiennes sont soumises aux mêmes règles d'évaluation que celles des médecins.

**Règle 1** Les services dispensés en faveur ou à la demande d'une tierce personne ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.

**Règle 2** Les consultations, examens ou rapports écrits à des fins médico-légales ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.

**Règle 3** La rédaction d'un certificat pour permis de conduire n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.

**Règle 4** Un déplacement n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie, sauf dans les cas que prévoit expressément le Cahier des tarifs.

**Règle 5** La communication de conseils par téléphone n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie sauf dans les cas indiqués aux codes de service.

## Manuel des Infirmières Praticiennes

**Règle 6** Les services figurant à l'annexe 2 du Règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.

**Règle 10** Aucun code de visite ne peut être soumis pour les jours où une infirmière praticienne fournit des services de psychothérapie à un patient (ou lorsque la visite a lieu avant la psychothérapie), sauf lorsque le but de la visite est d'obtenir une consultation.

**Règle 11** Si le relevé des soins médicaux du patient n'indique pas qu'un service antérieur a été dispensé par le praticien orienteur dans la facture du consultant, les demandes de paiement par facture pro forma pour une consultation couverte par l'Assurance-maladie seront payées à titre de visite au cabinet applicable à un patient non référé.

**Règles 12** Si un examen physique complet rattaché à une maladie a été effectué sur le patient par la même IP au cours des 42 jours précédents, elle ne peut émettre de facture pro forma pour un deuxième examen médical complet.

**Règle 13** Quand l'exécution d'un acte des listes A ou B est le seul objet de la présence à la salle d'urgence, seul l'acte doit être inscrit sur une facture pro forma. De plus, si une demande de paiement a été faite pour une visite ou une consultation pendant les 30 jours précédents, aucune autre demande de paiement ne peut être effectuée pour la date d'exécution d'un acte des listes A ou B.

**Règle 17** Surveillance exclusive : On doit indiquer tout le temps passé avec le patient (visite + surveillance exclusive) en inscrivant l'heure de début de la visite et l'heure de fin de la surveillance exclusive. Le temps supplémentaire sera indiqué par le nombre de services excédant le service initial.

**Règle 28** Pour toute intervention chirurgicale (liste D), la période postopératoire normale est de 30 jours.

**Règle 30** Quand plus d'un acte des listes A ou B est effectué, les honoraires de l'acte principal sont payés au complet et, lorsque l'autre acte donne droit à un paiement, les honoraires sont payés à 75 % du tarif prévu.

## RAPPORTS DE RAPPROCHEMENT

Les infirmières praticiennes ont la responsabilité de garantir l'exactitude des renseignements entrés dans la base de données de l'Assurance-maladie. Ainsi, elles doivent accéder aux rapports de rapprochement électroniques des IP et aux rapports de facturation pro forma qui leur sont envoyés et qui constituent des résumés des services qu'elles ont fournis aux patients.

### Rapports de rapprochement

Les rapports de rapprochement peuvent fournir des renseignements de facturation utiles et faire état des demandes de paiement annulées qui doivent être soumises à nouveau.

Les déclarations de réconciliation peuvent être consultées par le biais des Communications électroniques aux médecins (ECP) du site Web (<https://hps.gnb.ca>). Le site Web contient également

## Manuel des Infirmières Praticiennes

le calendrier d'exécution des praticiens, la liste de référence des fournisseurs de services et la communication générale de l'Assurance-maladie aux praticiens. Le ministère de la Santé ne distribue pas ces documents par des moyens non électroniques. Bien que certains systèmes de facturation tiers offrent des options de rapprochement dans le système de facturation, les praticiens doivent quand même revoir leur Déclaration de rapprochement de l'Assurance-maladie par l'entremise d'ECP afin d'en assurer l'exactitude.

Afin d'accéder au site Web de l'ECP, les IP doivent avoir un nom d'utilisateur et un mot de passe associés à leur compte du gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) ou à un compte d'une régie régionale de la santé. Veuillez contacter le Service d'assistance informatique de votre région pour toute question à ce sujet (voir Guide de l'utilisateur de l'ECP).

Si une infirmière praticienne choisit de demander à un délégué de soumettre des réclamations de facturation pro forma et d'accéder aux déclarations de réconciliation en leur nom, elle doit remplir un « formulaire d'autorisation de délégué de compte de l'Assurance-maladie » qui lui donnera son propre accès au site Web de l'ECP. Ce formulaire peut également être obtenu sur le site Web de GNB ou par l'intermédiaire de Paiements Assurance-maladie. Veuillez-vous référer à votre fiche de contact à la fin du manuel.

Le calendrier des activités des praticiens indique les dates limites pour les soumissions (tous les deux jeudis, à 8 h). Les réclamations soumises avant cette date limite figureront sur les relevés de la semaine suivante (disponibles le mardi).

La section des réclamations du Rapport de rapprochement identifie les réclamations qui ont été traitées de façon appropriée par le système De l'Assurance-maladie avec le message « Réclamation historique, payé à zéro ». Si des modifications doivent être apportées aux réclamations énumérées dans la présente section (c'est-à-dire à la date ou au code de service), ne soumettez pas une nouvelle demande par voie électronique. Les ajustements peuvent être faits par écrit aux Demandes de renseignements des praticiens (voir les coordonnées).

La section « Rapport de correction » du rapport de rapprochement indique les demandes de paiement annulées et contient une mention expliquant les renseignements inexacts ou incomplets. Si, dans les 92 jours suivant la date du rapport de rapprochement, les demandes de paiement annulées n'ont pas été soumises comme nouvelles demandes de paiement électroniques avec les bons renseignements, les services ne seront pas comptabilisés dans les renseignements statistiques de l'IP (rapport de facturation pro forma).

La section des réclamations en souffrance de l'état de rapprochement identifie les réclamations qui n'ont pas encore été traitées. Ces réclamations apparaîtront sur une déclaration future, soit dans la section des réclamations, soit dans la section des réclamations à être corrigées une fois qu'elles auront été traitées.

Des questions supplémentaires concernant les déclarations de réconciliation peuvent être adressées aux Demandes de renseignements des praticiens.

# SURVEILLANCE ET ASSURANCE DE LA CONFORMITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES

## Renseignements généraux

Les services que les infirmières praticiennes envoient à l'Assurance-maladie peuvent faire l'objet d'une vérification. Cela ne sous-entend aucunement une critique des personnes qui offrent des services ou qui en reçoivent. Il s'agit plutôt de garantir l'efficacité d'un programme public et de bien s'assurer que les renseignements sont consignés correctement. Les examens, les vérifications et les suivis se déroulent dans le strict respect du caractère confidentiel des renseignements.

La documentation fait partie intégrante du service médical. Des dossiers médicaux bien tenus améliorent la qualité et la continuité des soins et protègent à la fois le praticien et son patient.

Tous les services présentés à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick doivent se justifier au regard du dossier du patient, relativement au service offert et facturé. Si on ne peut pas produire les dossiers des patients ni fournir une explication valable, le service en question sera jugé non valide. À la demande de l'Assurance-maladie, une IP doit tout faire pour fournir ou rendre accessibles les dossiers des patients afin de préciser les services visés par une demande de paiement ou de permettre leur vérification.

Aux fins du suivi par l'Assurance-maladie, une IP doit conserver pendant une période de sept ans les dossiers médicaux qui justifient sa facturation à l'Assurance-maladie.

### 1. Normes relatives aux dossiers médicaux

Le dossier clinique d'un praticien devrait contenir au moins les renseignements lisibles ci-dessous :

- Nom du patient, numéro d'Assurance-maladie, date de naissance et sexe.
- Date de prestation du service.
- Diagnostic / Raison de la visite (par exemple plainte du patient).
- Nom du praticien référent, le cas échéant.
- Nom du consultant, le cas échéant.
- Résultats de l'examen physique (partie ou région du corps) ou état affectif, le cas échéant.
- Plan d'investigation ou de traitement (y compris une ordonnance de médicament, le cas échéant).
- Concernant les actes médicaux, en plus des précisions ci-dessus, il faudrait décrire le service offert.
- Concernant les codes de facturation fondés sur le temps (par exemple counseling), il faut indiquer l'heure de début de la séance et sa durée.
- Pour les codes qui indiquent le moment de la journée; c.-à-d. toutes les visites fournies dans un bureau, y compris les soins virtuels, les visites d'urgences, l'heure (en format 24 heures) est requise.
- Concernant les actes médicaux, en plus des précisions ci-dessus, il faut joindre un rapport d'intervention/d'opération, un rapport procédural ou tout autre type de document à l'appui donnant le détail de l'intervention pratiquée, et doit inclure :
  - rapports de pathologie (le cas échéant).

## Manuel des Infirmières Praticiennes

- le nom du chirurgien principal, de l'assistant de l'assistant et du collaborateur (le cas échéant)
- le nom de l'anesthésiste (le cas échéant) et le type d'anesthésie utilisée (sédation générale, locale?)
- Diagnostic pré et post opératoire

### 1.1 Signature électronique et mots de passe

La fonction essentielle d'une signature {électronique ou autre} consiste à associer le signataire ou l'utilisateur de l'identificateur au service dispense. Les médecins et autres fournisseurs de services entrent leur signature électronique ou leur identificateur afin d'établir clairement l'identité la personne qui dispense le service. Les utilisateurs doivent gérer et protéger leur identification, y compris leurs mots de passe.

Les identificateurs des utilisateurs constituent un aspect important de la sécurité informatique et la protection de première ligne des comptes d'utilisateur.

Les utilisateurs sont responsables de toute l'activité réalisée sous leur identificateur d'utilisateur. Ils doivent considérer l'information comme sensible et confidentielle et toujours respecter les consignes reprises ci-dessous :

- Garder son mot de passe confidentiel.
- Ne communiquer son identificateur d'utilisateur à personne, pas même à un collègue ou à un adjoint administratif.
- Ne pas transmettre son identificateur d'utilisateur en texte clair en dehors d'un emplacement sécurise.
- Ne pas afficher son identificateur d'utilisateur (au vu des autres).

Des ressources supplémentaires sur la documentation peuvent être trouvées dans les normes de documentation de la AIINB ou de la SPIIC selon le lien ci-dessous :

[NANB-Standards-Documentation-May20-F.pdf](#)

[InfoDROIT: Une documentation de qualité: votre meilleure défense - Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada \(spiic.ca\)](#)

## 2. Intervalle

- Tous les praticiens peuvent faire l'objet d'une vérification à tout moment.
- Une vérification non aléatoire aura lieu au besoin, à la lumière de l'examen des ressources utilisées ou d'autres données.

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<b>CODES DE SERVICE D'INFIRMIÈRES PRATICIENNES</b>		
Codes de service	Définition du code de service	Description du code de l'infirmière praticienne
<b>10</b>	<b>CONSULTATION MAJEURE OU SPÉCIFIQUE</b>	<p>Ce code est utilisé quand l'IP voit un patient pour la première fois basé sur un renvoi d'un médecin, IP, ou un autre professionnel. On aiguille un patient vers une IP lorsque la situation est complexe et que l'IP a des grandes connaissances dans le domaine en question. Une demande d'aiguillage formelle par écrit et un rapport de consultation sont requis. – <i>Ne pas utiliser lorsque l'IP réfère un patient.</i></p> <p>Une <i>consultation</i> désigne un historique complet de la raison de la visite et un examen détaillé de la partie, de la région ou du système touché, selon les besoins, pour poser un diagnostic, exclure une maladie ou évaluer une fonction chez un patient qui a déjà été évalué par le médecin ou l'IP orienteur. La consultation régionale comprendra une revue des renseignements radiologiques et des résultats de laboratoire pertinents. Ces examens spéciaux sont considérés comme essentiels à l'évaluation complète dans le domaine. L'opinion et les recommandations du consultant doivent être communiquées par écrit au praticien référant.</p> <p><b>Requis sur la demande :</b> Numéro du praticien référant, Date de renvoi (date à laquelle le patient a été vu par le praticien référant), et Type 2 – Formulaire de renvoi.</p> <p>Toute réclamation pour Code 10 ne peut pas être facturée plus d'une fois dans une période de 30 jours et n'est pas utilisé pour les visites de suivi pour les patients référés. Aussi, le Code 10 ne peut pas être utilisé dans le cas où le patient est référé à l'IP pour une procédure car l'avis de l'IP n'est pas requis.</p> <p>Si la consultation dépasse 1 heure, le code 200 peut s'appliquer au temps supplémentaire.</p>
<b>1</b>	<b>VISITE EN CABINET</b>	<p>La <i>visite au cabinet</i> est utilisée pour une consultation en personne d'un patient, dans le contexte de la médecine familiale en milieu communautaire, qui vise l'obtention d'un diagnostic et d'un traitement pour un problème médical. L'IP assure la tenue d'un dossier de patient détaillé comportant les dates de toutes les consultations, offre tous les soins de suivi nécessaires et prend la responsabilité</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>d'amorcer tous les aiguillages connexes et de faire leur suivi, y compris l'aiguillage vers des spécialistes.</p> <p>Voici des exemples d'activités et d'interventions qui font partie de la facture pour la première visite et qui ne devraient pas être facturées pro forma sous d'autres codes ou services : appels téléphoniques de suivi aux patients, demandes d'analyses de sang supplémentaires, tenue des dossiers, mise à jour des dossiers, communication de l'état de santé d'un patient à un autre fournisseur de soins de santé et de formulation de recommandations au nom d'un patient atteint de maladie mentale. Ces services font partie de la <i>visite en cabinet</i>.</p> <p>Si le temps passé avec le patient dépasse 30 minutes, on peut envisager d'utiliser le code 200 – <i>Surveillance exclusive</i>. <b>Remarque :</b> Il est admis que les visites ne prennent pas toutes 30 minutes.</p> <p>Ne facturez pas le code 1 en plus d'une autre visite ou consultation.</p>
<b>8101</b>	<b>VISITE EN CABINET POUR PERSONNES ÂGÉES</b>	<p>La visite en cabinet pour les personnes âgées se rapporte à l'évaluation de cas complexes chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies de systèmes multiples, et peut comprendre la révision du régime médicamenteux, au besoin. (Code utilisé comme un ajout au code 1 si le patient répond aux exigences ci-dessus). Dans le cas où le patient est âgé de 65 ans et plus mais ne présente pas de pathologies de systèmes multiples, le code 1 serait utilisé.</p> <p>Lorsque l'on utilise le code de facturation pro forma 8101 pour la première fois, il faut indiquer les pathologies de systèmes multiples dans le champ du diagnostic. Pour les présentations suivantes du code 8101, il faut <b>seulement</b> mentionner la raison de la visite.</p> <p>Les IP ne doivent pas se servir de ce code lorsqu'elles travaillent dans un foyer de soins.</p>
<b>8985</b>	<b>VISITE POUR SOINS AUX PATIENTS COMPLEXES - EN SUPPLÉMENT</b>	<p>Le code de service 8985 est facturable en supplément avec le code de service 1 seulement. Afin de facturer le code de service 8985, chaque patient doit avoir des diagnostics confirmés de deux des maladies complexes suivantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète</li> <li>• Insuffisance cardiaque congestive</li> <li>• Asthme</li> <li>• Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li> <li>• Démence</li> <li>• Soins palliatifs</li> <li>• Obésité (IMC &gt; 40)</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Syndrome de douleur chronique</li> </ul>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>Une fois que des pathologies multiples ont été diagnostiquées, le code de service 8985 peut être facturé pour des visites ultérieures peu importe la raison de la visite.</p> <p><u>Le code de service 8985 n'est pas payable en plus du code de service 8101</u></p>
3	CLINIQUE SANS RENDEZ-VOUS	<p>La <i>clinique sans rendez-vous</i> désigne une visite qui se déroule après les heures normales d'ouverture, dans un lieu <b>désigné</b> comme une clinique sans rendez-vous, et as un code de lieu désigné qui a été par le Ministère de la Santé (série 300).</p> <p>Ce code ne s'applique pas aux patients ambulatoires sans rendez-vous dans les cliniques de santé communautaire (CSC) ou les cabinets des praticiens exerçant dans la collectivité.</p> <p>Pour savoir si une clinique est désignée à cette fin, il faut communiquer avec l'Unité des demandes de renseignements des praticiens ou avec les services de liaison (voir la liste des contacts fournie dans le manuel des infirmières praticiennes).</p> <p>Utilisez le bon code de visite (1; 8101) pour les visites à une <b>clinique sans rendez-vous d'un centre de santé communautaire (CSC) ou pour les cabinets des praticiens exerçant dans la collectivité</b>, car le code 3 ne s'applique pas dans cette situation.</p>
8116	DEPENDENCE AUX OPIACES – VISITE EN CABINET	<p><b>Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet</b></p> <p>Pour le diagnostic et le suivi d'une dépendance aux opiacés</p> <p><b>Note de l'Assurance-maladie : Ce code de service NE DÉSIGNE PAS seulement la prescription ou le renouvellement d'ordonnances de méthadone ou ses solutions de rechange</b></p> <p><b>Note de l'Assurance-maladie : Les patients doivent avoir reçu un diagnostic de dépendance aux opiacés et les IPs doivent se conformer aux <a href="http://justice.gc.ca">Loi réglementant certaines drogues et autres substances (justice.gc.ca)</a> ainsi que les <a href="http://nanb.nb.ca">Nursing Standards   Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (nanb.nb.ca)</a> qui définissent le champ d'application du pouvoir des infirmières praticiennes (IPs) de prescrire des drogues contrôlées</b></p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

7	EXAMEN PHYSIQUE COMPLET, MALADIE	<p>L'examen complet désigne les visites où les patients présentent des symptômes qui nécessitent qu'on fasse des examens de plusieurs systèmes pour poser un diagnostic.</p> <p>Pour correspondre aux exigences du code de service 7, un examen complet <b>doit</b> comprendre au moins les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la consignation ou la mise à jour de tous les antécédents du patient (y compris les antécédents familiaux);</li> <li>• la réalisation des examens physiques des multiples grands systèmes et appareils de l'organisme pertinents;</li> <li>• la consignation écrite de tous les résultats, analyses de laboratoire, avis et traitements.</li> </ul> <p>Pour les IP qui acceptent de nouveaux patients dans un cabinet établi ou dans un nouveau cabinet, il est possible d'utiliser le code 7 pour la facturation à la première visite <b>seulement</b> si la nature des raisons de la visite nécessite que l'on procède à un examen complet. On ne peut pas utiliser le code 7 pour la facturation des examens de routine complets effectués chez un nouveau patient.</p> <p>Le code de service 7 ne s'applique pas à un examen complet à titre d'examen périodique, ni à la demande d'un tiers, étant donné que ces services sont exclus du régime d'Assurance-maladie. Les demandes d'un tiers comprennent les examens effectués aux fins d'emploi, d'assurance, de procédure judiciaire, d'admission dans un établissement d'enseignement ou un camp et d'autres demandes semblables.</p>
200	SURVEILLANCE EXCLUSIVE (par tranches de 15 minutes)	<p>Ce code s'applique quand l'IP doit consacrer une période de temps inhabituelle au soin immédiat du patient (à l'exclusion de tout autre travail).</p> <p>Ce code s'applique uniquement lorsque le temps requis pour une visite est écoulé, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trente minutes pour toute visite; (ex: codes 1, 8101, 3, 16, 19, 5, 2001, 9, 4, 2021, 2858);</li> <li>• une heure pour une consultation ou un examen complet (ex: codes 10, 7, 2000, 15).</li> </ul> <p>Sur les factures des demandes de paiement pour la surveillance exclusive, on doit mentionner le temps total, y compris l'heure de début, l'heure de fin et le nombre de services (par tranches de 15 minutes).</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p><b>Heure de début</b> = début du service initial (visite, consultation, etc.).</p> <p><b>Heure de fin</b> = fin de la rencontre avec le patient.</p> <p><b>Nombre de services</b> = nombre d'intervalles de 15 minutes pour le temps supplémentaire excédant le service initial seulement (comme il est indiqué ci-dessus).</p>
9142	INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE	Désigne la prise en charge médicale d'une grossesse non viable/ non désirée, y compris le suivi BHCG pour l'interruption médicale de grossesse (avec ou sans succès). Ajouter à la visite ou la consultation initiale.
15	EXAMEN PRÉNATAL COMPLET	L'examen prénatal complet désigne le <b>premier</b> examen prénatal complet après que la grossesse a été diagnostiquée. Facturé une fois par grossesse seulement.
16	VISITE PRÉ ET/OU POST NATALE	La visite prénatale ou postnatale désigne toute visite prénatale ou postnatale, à l'exclusion de la visite pour le premier examen complet.
19	SOINS DU BÉBÉ NORMAL	<p>Les soins du bébé normal désignent les examens de la croissance et du développement d'un enfant en santé jusqu'à l'âge de 12 mois (ces soins comprennent les consignes concernant les soins de santé).</p> <p>Si le bébé est vu pour une raison médicale, le Code 1 serait utilisé.</p> <p>On peut utiliser les codes pour la vaccination systématique en plus de ce code suivant le calendrier de vaccination de la Santé publique.</p>
8803	PATIENT MANQUANT AU RENDEZ-VOUS (par tranches de 15 minutes)	<p>Fait référence à des occasions où un patient ne s'est pas présenté en personne à un rendez-vous.</p> <p>Un diagnostic valide doit être indiqué. Si le diagnostic n'est pas encore posé, indiquez « Patient manquant au rendez-vous » dans le champ du diagnostic.</p> <p>Même si le patient ne s'est pas présenté, il faut une heure de début et de fin pour ce code et le nombre de services par tranches de 15 minutes.</p> <p>Exemple : <b>Heure de début</b> = heure de rendez-vous du patient.</p> <p><b>Heure de fin</b> = heure de rendez-vous ou de rencontre du prochain patient (15 minutes plus tard, disons).</p>
20	PSYCHOTHÉRAPIE (par tranches de 15 minutes)	La psychothérapie (par tranches de 15 minutes) désigne l'interaction thérapeutique entre une IP et un patient en

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>vue de fournir des consultations sur des problèmes ou des inquiétudes liés au bien-être mental, psychologique et émotionnel.</p> <p>Il faut une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total par tranches de 15 minutes).</p> <p>On ne peut pas utiliser le Code 20 pour la facturation le même jour que la visite (1; 8101, etc.).</p> <p>Un facteur important pour choisir le bon code: Si la raison principale de la visite est de nature psychologique, utilisez le Code 20 – Psychothérapie.</p> <p>Si la visite porte principalement sur une évaluation, utilisez le code de visite.</p> <p>Utilisez le <b>code de visite au lieu du Code 20</b> dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'établissement du premier diagnostic, par exemple l'évaluation du patient, comprend l'interrogatoire du patient sur ses antécédents, un examen physique ou une investigation par des analyses en laboratoire afin d'éliminer ou de cerner les causes organiques possibles;</li> <li>• la rencontre du patient a lieu pour sa réévaluation ou pour la rectification de son plan de traitement, par exemple si des modifications sont apportées au traitement pharmaceutique.</li> </ul> <p>Lorsque la psychothérapie fait partie du traitement d'un patient et qu'aucun autre type d'intervention n'est réalisé par l'IP pendant la rencontre en question, il serait préférable, pour la facturation pro forma, d'utiliser le code 20 plutôt qu'un code de visite.</p>
<p style="text-align: center;"><b>2858</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>VISITE D'URGENCE – CABINET</b></p>	<p>Sont les véritables visites d'urgence effectuées au cabinet (lieu principal de pratique de l'IP).</p> <p>Une visite d'urgence correspond à une situation où les besoins du patient ou l'interprétation de l'affection par l'IP exigent une intervention immédiate au détriment des heures normales de bureau ou des occupations ordinaires.</p> <p>L'intervention immédiate est le critère principal à envisager.</p> <p>Le traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité de l'IP n'est pas considéré comme une visite d'urgence.</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>Les visites urgentes pour des affections aiguës ou chroniques qui n'empêchent pas une pratique médicale ordinaire ne constituent pas des visites d'urgence.</p> <p>Ce code ne s'applique pas aux visites non programmées, visites à domicile, aux foyers de soins (sauf si le foyer de soins est le lieu principal de pratique de l'IP), à un service de consultation externe (sauf si on considère le service de consultation externe comme une extension du lieu de pratique principal de l'IP) ou en salle d'urgence.</p> <p><b>L'heure de la journée à laquelle les services ont été fournis doit apparaître sur toutes les factures pour visites d'urgence (à indiquer dans le champ « Heure de début »)</b></p>
2 liste C	INJECTION ( <i>acte de la liste C</i> )	<p>L'injection (acte de la liste c) signifie l'administration d'une substance par voie intradermique, intramusculaire ou sous-cutanée et l'injection thérapeutique.</p> <p><b>Ce code ne peut être utilisé conjointement avec d'autres services tels qu'un code de visite sur les factures. Si le patient se présente pour une autre raison médicale en plus de l'injection, il faut utiliser un autre code de visite au lieu du code 2.</b></p> <p>Ex: B12, Depo-Provera</p> <p>Remarque : exclut la vaccination. Pour les vaccins, utilisez le code individuel de chaque vaccin.</p>
1898 liste C	WARFARINE – SURVEILLANCE DU TRAITEMENT À LONG TERME ( <i>acte de la liste C</i> )	<p>Désignent la supervision par téléphone pour la surveillance du traitement à long terme de Warfarine. Le service doit être livré par l'IP. Ce code ne peut pas être facturé <u>si un autre membre du personnel</u> téléphone le patient au sujet de son Warfarine.</p> <p><b>Remarque :</b> Ce code ne peut être utilisé qu'<b>une fois par mois</b> par patient, et ce, peu importe le nombre de fois où l'IP appelle le patient durant le mois.</p> <p>Un diagnostic valide ou acceptable doit être indiqué dans le champ du diagnostic.</p> <p>Le code 1898 ne peut être facturé le même jour que la visite ou la consultation.</p>
2021	VISITES EN SALLE D'URGENCE	<p>Visites en salle d'urgence désigne tous les patients vus par l'IP au cours d'une période de travail prévue à l'horaire d'une salle d'urgence ou d'un service de soins d'urgence mineure.</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>Pour ce code, il faut indiquer l'heure à laquelle le service a été rendu (heure de début), le code d'emplacement et le code « établissement 3 ». Des codes d'intervention peuvent être ajoutés (Reportez-vous à la légende et à la règle 13).</p>
4	VISITE À DOMICILE	<p>Désigne une visite médicale nécessaire effectuée au lieu de résidence d'un patient, y compris un <u>foyer de soins spécialisés</u>. Ce code ne s'applique pas aux patients des foyers de soins.</p> <p>Représente le premier patient vu lors de la prestation de services dans une résidence personnelle ou un foyer de soins spéciaux.</p> <p>Il faut indiquer « établissement 4 » sur toutes les demandes de paiement soumises pour des services fournis à domicile.</p> <p>Pour toutes les demandes de paiement soumises pour les services dispensés dans un foyer de soins spéciaux (FSS), il faut inscrire « établissement 9 ».</p> <p><b>L'établissement 0 doit être inscrit sur toutes les demandes soumises pour des services fournis dans les lieux de visite de proximité (refuge/rue).</b></p> <p>Pour les besoins du régime d'Assurance-maladie, l'adresse municipale du foyer de soins spécialisés constitue le lieu de résidence du patient.</p> <p>Il n'est pas nécessaire d'indiquer les codes d'emplacement.</p>
5	VISITE À DOMICILE, PATIENT ADDITIONNEL	<p>La visite à domicile, patient additionnel désigne les patients additionnels vus lors d'une visite à domicile ou d'une visite à un FSS à la même adresse municipale.</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<b>PROGRAMME EXTRA-MURAL</b> <i>Les codes de service suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients admis au Programme extra-mural.</i>		
<b>204</b>	VISITE D'EXTRA-MURAL À DOMICILE AVEC ADMISSION	Désigne une visite médicale nécessaire effectuée au lieu de résidence (incluant un foyer de soins spéciaux) d'un patient pendant laquelle le patient est admis au Programme extra-mural.
<b>205</b>	VISITE D'EXTRA-MURAL À DOMICILE CHEZ UN PATIENT DÉJÀ ADMIS	Désigne une visite médicale nécessaire effectuée au lieu de résidence (incluant un foyer de soins spéciaux) d'un patient du Programme extra-mural déjà admis au programme.
<b>206</b>	VISITE D'EXTRA-MURAL D'URGENCE À DOMICILE	<p>Désigne une visite d'urgence effectuée au lieu de résidence (incluant un foyer de soins spéciaux) d'un patient du Programme extra-mural déjà admis au programme.</p> <p>Une visite d'urgence correspond à une situation où les besoins du patient ou l'interprétation de l'affection par l'IP exigent une intervention immédiate au détriment des heures normales de bureau ou des occupations ordinaires.</p> <p>L'intervention immédiate est le critère principal à envisager. Le traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité de l'IP n'est pas considéré comme une visite d'urgence.</p> <p><b>L'heure de la journée à laquelle les services ont été fournis doit apparaître sur toutes les factures pour visites d'urgence (à indiquer dans le champ « Heure de début »).</b></p>
<b>208</b>	PATIENT ADDITIONNEL, ADMIS OU NON, EXAMINÉ LORS D'UNE VISITE À DOMICILE	Désigne une visite médicale nécessaire effectuée auprès d'un patient additionnel lors d'une visite à domicile à la même adresse municipale.
<b>847</b>	VISITE À DOMICILE POUR PRODIGUER DES SOINS PALLIATIFS	Désigne une visite médicale nécessaire effectuée au lieu de résidence (incluant un foyer de soins spéciaux) d'un patient du Programme extra-mural qui reçoit des <b>soins palliatifs</b> .

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<b>848</b>	<b>VISITE À DOMICILE POUR PRODIGUER DES SOINS PALLIATIFS – VISITE D’URGENCE</b>	<p>Désigne une visite d’urgence effectuée au lieu de résidence (incluant un foyer de soins spéciaux) d’un patient du Programme extra-mural déjà admis au programme qui reçoit des <b>soins palliatifs</b>.</p> <p>Une visite d’urgence correspond à une situation où les besoins du patient ou l’interprétation de l’affection par l’IP exigent une intervention immédiate au détriment des heures normales de bureau ou des occupations ordinaires.</p> <p>L’intervention immédiate est le critère principal à envisager. Le traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité de l’IP n’est pas considéré comme une visite d’urgence.</p> <p><b>L’heure de la journée à laquelle les services ont été fournis doit apparaître sur toutes les factures pour visites d’urgence (à indiquer dans le champ « Heure de début »).</b></p>
<b>207</b>	<b>DÉPLACEMENT POUR PROGRAMME EXTRA-MURAL (Kilométrage par Km)</b>	<p>Ce code peut être facturé quand un service est livré à la résidence (incluant un foyer de soins spéciaux) d’un patient.</p> <p>Si la résidence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau de l’IP, aucun déplacement ne peut être facturé.</p> <p>Pour les patients qui vivent à l’extérieur d’un rayon de 5 km du bureau de l’IP, 1 unité par km peut être facturée pour le kilométrage à l’extérieur du rayon de 5 km.</p> <p>Par exemple: Si la distance totale pour se rendre à la résidence du patient est de 15 km, un total de 10 km peut être facturé et inscrit dans le nombre de services.</p>
<b>209</b>	<b>VISITE (AUTRE QUE VISITE À DOMICILE) AVEC ADMISSION</b>	<p>Désigne une visite médicale nécessaire effectuée ailleurs qu’au lieu de résidence d’un patient avec admission au Programme extra-mural.</p>
<b>210</b>	<b>COMMUNICATION DE LA PART D’UN MEMBRE DU PERSONNEL DU PROGRAMME EXTRA- MURAL EXIGEANT UNE RÉPONSE</b>	<p>Désigne une communication de la part d’un membre du personnel du Programme extra-mural exigeant une réponse de l’IP.</p> <p>Communication est définie comme suit : par copie papier, téléphone ou un autre moyen de communication électronique, p.ex. : télécopieur, courrier électronique, vidéoconférence. Une communication peut être d’une durée indéterminée (p. ex. une communication de 45 minutes compte seulement comme 1 unité).</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<b>195</b>	VISITE AU CABINET DE L'IP PAR UN MEMBRE DU PERSONNEL DU PROGRAMME EXTRA-MURAL POUR DISCUTER DE QUESTIONS DE SANTÉ CONCERNANT UN PATIENT	Désigne une visite au bureau de l'IP par un membre du personnel du Programme extra-mural pour discuter de questions de santé concernant un patient du Programme extra-mural.
<b>2000</b>	FOYERS DE SOINS, EXAMEN COMPLET, ADMISSION	Réfère à l'examen complet préalable avant l'admission du client dans un foyer de soins qui est requis pour déterminer le niveau de soins requis pour ce client (formulaire de préadmission).  <b>Remarque :</b> On ne peut se servir de ce code pour les foyers de soins, car l'examen doit être effectué avant l'admission du client au foyer de soins. Il est possible de facturer le service lorsqu'il est effectué au cabinet, au domicile d'une personne, au foyer de soins spéciaux ou en salle d'urgence si le formulaire de préadmission a été rempli.
<b>2001</b>	VISITE FOYERS DE SOINS	La visite au foyer de soins désigne la première rencontre avec un patient au cours d'une visite dans un foyer de soins précis.  Il faut indiquer « établissement 2 » et le code d'emplacement.
<b>9</b>	VISITE FOYERS DE SOINS-MALADE ADDITIONNEL	La visite au foyer de soins, patient additionnel désigne une visite sur place auprès d'un résident d'un foyer de soins autre que le premier résident visité.  Les IPs qui travaillent en milieu de foyer de soins comme emploi primaire, utilise ce code de service pour les visites aux résidents. Il faut indiquer « établissement 2 » et le code d'emplacement.
<b>8161</b>	AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMAM) (par tranches de 15 minutes)	Le code de service 8161 est seulement facturable par le praticien qui évalue et exécute les services d'AMAM. L'AMAM comprend toutes les autres procédures, consultations, visites, conseils et administration/présence avec le patient et la communication entre les praticiens et/ou autres professionnels paramédicaux liés au service AMAM uniquement. L'heure du début et de fin est requise. Les critères d'admissibilité à l'AMAM doivent être respectés ainsi que la documentation appropriée, y compris les formulaires dûment remplis, signés et conservés au dossier du patient. Tous les services rendus par un autre praticien doivent être facturés sous les codes de service appropriés correspondant au service fourni.

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<b>8162</b>	<b>DÉPLACEMENT AMAM (kilométrage par Km)</b>	<p>Ce code peut être facturé quand un service est livré à un patient qui satisfait aux critères AMAM, si le service est livré à sa résidence (incluant un foyer de soins spéciaux).</p> <p>Si la résidence du patient est dans un rayon de 5 km du bureau de l'IP, aucun déplacement ne peut être facturé.</p> <p>Pour les patients qui vivent à l'extérieur d'un rayon de 5 km du bureau de l'IP, 1 unité par km peut être facturée pour le kilométrage à l'extérieur du rayon de 5 km.</p> <p>Par exemple: Si la distance totale pour se rendre à la résidence du patient est de 15 km, un total de 10 km peut être facturé et inscrit dans le nombre de services.</p>
<b>1893</b>	<b>HONORAIRES DE PRÉSENCE – VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLE PRÉSUMÉE</b>	<p>Désigne des services offerts aux victimes d'agression sexuelle.</p> <p>Ces services incluent un examen et la mise en œuvre des soins, qui doivent comprendre les examens nécessaires, les soins médicaux et le service de consultation avec la victime ainsi que la prise d'échantillons, les rapports et les autres exigences d'ordre médico-légal à remplir et les relations avec des tiers. (Une trousse de prélèvement en cas de viol doit être utilisée pour pouvoir employer ce code).</p> <p>Ajoutez le code de surveillance exclusive si le service dépasse deux (2) heures.</p>
<b>193</b>	<b>COUNSELING AUPRÈS D'UN PATIENT (par tranches de 15 minutes)</b>	<p>Le counseling auprès d'un patient fait référence à une discussion concernant la santé avec un patient sur des questions ayant trait à l'unité familiale, comme conseil matrimoniale, des conseils en matière de contraception et les maladies transmises sexuellement. Ce code ne peut être utilisé conjointement avec un code de visite ou de consultation sur les factures, et la surveillance exclusive ne peut s'appliquer.</p> <p>Pour le code, il faut une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

216	COUNSELING FAMILIAL (par tranches de 15 minutes)	<p>La counseling familiale désigne une discussion sur la santé d'un patient avec des membres de la famille dans les cas où une telle discussion est nécessaire à la prise d'une décision quant au traitement ou à la prise de dispositions en vue de services de soutien. Le patient est absent lors de cette consultation.</p> <p>Ce code de service s'applique également lorsque le <b>counseling</b> d'un membre de la famille s'avère nécessaire afin que la famille puisse prendre une décision en matière de traitement ou de placement (ex. DNR, admission au foyer de soins) au nom du patient dans des situations où la vie du patient est en danger ou en cas de troubles de santé chroniques et graves.</p> <p>Les services sont facturés sous le numéro d'Assurance-maladie du patient avec les informations suivantes indiquées dans le champ de diagnostic : le diagnostic du patient actuel, avec qui la discussion a eu lieu (lien entre la personne et le patient) et quels ont été les sujets abordés (traitement, placement, etc.).</p> <p>Pour le code, il faut une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p> <p><b>Notes explicatives</b></p> <p>a) Le simple fait d'informer et discuter avec les membres de la famille de l'état d'un patient, par opposition à la tenue d'une séance de <b>counseling</b> formelle, est couvert par le tarif habituel, même dans les cas de maladie grave; ces entretiens ne peuvent donc pas être facturés au régime d'Assurance-maladie.</p> <p>Toutefois, si le counseling d'un membre de la famille est requis pour sa propre santé mentale ou émotionnelle, les services seraient facturés sous le numéro d'Assurance-maladie de ce membre de la famille en utilisant le code 20 – Psychothérapie.</p> <p>b) Sauf indication contraire pour certains codes déterminés, le tarif prévu pour soigner des enfants comprend les conversations avec la ou les personnes qui les accompagnent, dans le cas où l'entrevue, les recommandations, etc., auraient été données aux patients seuls n'eût été de leur âge. Plus particulièrement, les tarifs de consultation familiale ne s'appliquent pas aux parents, à moins qu'il ne s'agisse</p>
-----	---	---

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		réellement de <b>counseling</b> dans les circonstances graves définies ci-dessus.
<b>211</b>	CONFÉRENCE DE CAS SUR LA VIOLENCE FAMILIALE ( <i>par tranches de 15 minutes</i> )	<p>Désigne une conférence de cas avec des professionnels paramédicaux et des enseignants au nom du patient, lorsqu'un problème de violence familiale est soupçonné.</p> <p>Pour le code, il faut une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p>
<b>8104</b>	CONFÉRENCE DE CAS AVEC UN OMNIPRATICIEN COLLABORATEUR ( <i>par tranches de 15 minutes</i> )	<p>La conférence de cas avec un omnipraticien désigne une conférence de cas avec le médecin et l'IP (en personne ou au téléphone) pour examiner le plan de soins et de traitement ou la décision de poursuivre les soins dans le cadre d'un modèle coopératif.</p> <p>Les deux parties facturent le service. Il faut indiquer le numéro du fournisseur de service de l'omnipraticien dans le champ du médecin orienteur.</p> <p>Pour le code, il faut une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p>
<b>8105</b>	PATIENT CONFIÉ AUX SOINS D'UN OMNIPRATICIEN COLLABORATEUR ( <i>par tranches de 15 minutes</i> )	<p>Désigne le temps passé avec le médecin (en personne ou au téléphone) pour examiner le plan de soins et de traitement d'un patient lorsque le patient est transféré aux soins du médecin de famille qui exerce en collaboration.</p> <p>Les deux parties facturent le service. Il faut indiquer le numéro du fournisseur de service de l'omnipraticien dans le champ du médecin orienteur.</p> <p>Pour le code, il faut une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<p style="text-align: center;"><b>CODES ADMINISTRATIFS</b></p> <p style="text-align: center;">Lorsque cela est indiqué ci-dessous « patient fictif » peut être utilisé à la place de l'information actuelle du patient. Utilisez le numéro d'Assurance-maladie suivant : 11111126; Le nom (Services, administrateur), la date de naissance (01/01/2005), le sexe (M) seront automatiquement insérés avec l'utilisation de ce # d'Assurance-maladie</p>		
<b>8801</b>	<p><b>CONFÉRENCE SUR LES SOINS AXÉS SUR LE PATIENT</b></p> <p>(par tranches de 15 minutes)</p>	<p>La conférence sur les soins d'un patient désigne les rencontres d'une équipe interdisciplinaire pour discuter d'un ou de plusieurs patients. Les rencontres peuvent se dérouler en personne ou par vidéoconférence ou audioconférence.</p> <p><b>Remarque :</b> Ce code est distinct des codes de collaboration 8104 et 8105.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code. Utilisé le numéro d' Assurance-maladie 11111126. Le temps total est requis pour être identifié dans le compte.</p>
<b>8802</b>	<p><b>ENSEIGNEMENT CLINIQUE</b></p>	<p>Ce code a trait au temps passé à l'enseignement d'une discipline liée à la santé concernant un patient en particulier, dans un établissement de soins primaires. Les patients peuvent être présents ou l'enseignement peut suivre le service de soins cliniques. Le code vise à signaler le temps SUPPLÉMENTAIRE qu'il faut pour assurer l'enseignement en question en plus des soins cliniques normaux.</p> <p>Ce code peut être utilisé avec des renseignements relatifs à un patient, y compris un numéro d'Assurance-maladie valide et un diagnostic, ou en utilisant le numéro d'Assurance maladie 11111126, facturé en tranches de 15 minutes.</p> <p>À titre d'exemple :</p> <p>Si l'enseignement est fait durant la rencontre avec le patient <b>ou après avoir vu plusieurs patients en milieu de soins primaires:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturer les services cliniques normaux fournis durant la rencontre avec le patient en milieu de soins primaires (ex. visite).</li> <li>• Facturer le code 8802 SEULEMENT pour le temps supplémentaire consacré aux patients <u>en plus du temps</u> qu'il aurait normalement fallu pour assurer le service.</li> <li>• Le temps supplémentaire consacré doit être au moins 15 minutes et être facturé en tranches de 15 minutes.</li> </ul> <p>Deux options pour facturer le code 8802 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le code 8802 peut être facturé à chaque patient individuel si l'enseignement suit le service clinique ou se produit pendant le service et prend plus de 15 minutes au-delà du service clinique au patient. (ex : Patient X – code 1 + Code 8802 x 2; Patient Y – Code 1 + Code 8802 x 1).</li> </ul> <p>OU</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>Le temps supplémentaire consacré à l'enseignement tout au long de la journée peut être ajouté et facturé une fois comme Code 8802 en utilisant le « faux patient » 11111126, même si l'enseignement n'a pas duré 15 minutes par patient. (ex : Patient X – Code 1; Patient Y – Code 1; patient fictif – Code 8802 x 3).</p>
<b>8893</b>	<b>SOINS INDIRECTS AUX PATIENTS</b>	<p>Ce code est utilisé pour des activités en solo liées aux patients lorsque les patients ne sont pas présents.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code. Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126. Le temps total est requis pour être identifié dans le compte.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner les dossiers médicaux, les résultats de laboratoire ou les antécédents du patient.</li> <li>• Communication téléphonique avec un patient.</li> <li>• Mise à jour des dossiers des patients, dictée, ou revue de la littérature portant sur le traitement ou le diagnostic d'un patient.</li> <li>• Communiquer avec une pharmacie pour le renouvellement d'une ordonnance.</li> </ul>
<b>8805</b>	<b>COMMUNICATION AVEC UN PROFESSIONNEL CONNEXE EN SANTÉ AU SUJET DU PATIENT</b>	<p>Ce code peut être facturé quand une infirmière praticienne initie ou reçoit une communication écrite, verbale ou électronique (c.-à-d. fax, courriel) avec un professionnel de la santé associé au sujet d'un patient en particulier. Cette communication doit porter sur le traitement d'un patient en particulier et représenter une période de temps raisonnable passée à discuter d'un patient en particulier. Ceci exclut les communications régulières avec les autres membres de l'équipe responsable d'offrir les soins usuels au patient (car, des communications font partie de l'offre de soins habituels).</p> <p>Ce code doit être accompagné de renseignements sur le patient, y compris un numéro <b>d'Assurance-maladie valide</b>, temps de début et de fin, tranche de 15 minutes, et un diagnostic.</p> <p>Exemples :</p> <p>Contact avec les Services de protection des adultes, une autre IP, médecin ou spécialiste, le ministère du Développement social, un professionnel de la santé associé travaillant à l'extérieur de l'établissement, le personnel soignant d'un foyer de soins ou le personnel d'un foyer de soins spécial (cette liste n'est pas complète).</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

8886	ENSEIGNEMENT INDIVIDUEL OU DE GROUPE	<p>Ce code se réfère au temps passé à enseigner à tout genre d'apprenant sur une base individuelle ou de groupe. Ce code se distingue du code 8802 (enseignement clinique), car il ne peut être utilisé pour l'enseignement en présence du patient.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code. Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126, et est facturé par tranche de 15 minutes, une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p> <p>Exemples :</p> <p><b>Présentation</b> durant une séance scientifique, à un club de lecture ou lors de séances de révision de cas. D'autres IP, médecins, étudiantes dans le programme IP ou en médecine ou d'autres professionnels connexes en santé peuvent assister à ces séances.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances de formation offertes par les IP pour les membres de la communauté ou à un groupe de patients (par exemple, concernant le traitement de maladies chroniques, la maladie de Crohn, le cancer).</li> <li>• Présentations à des étudiants d'une discipline reliée à la santé ou résidents en médecine sur des sujets divers.</li> <li>• Formation dans une salle de classe pour des cours du programme de formation pour infirmières praticiennes.</li> <li>• Ce code peut aussi servir à la facturation pro forma du temps de préparation pour les séances d'éducation.</li> </ul>
8887	TÂCHES ADMINISTRATIVES	<p>Ce code est utilisé pour des tâches administratives telles que la planification, l'élaboration de programme et les activités de tous les jours liées à la gestion d'un cabinet.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code. Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126, et est facturé par tranche de 15 minutes, une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes (afin d'indiquer le temps total).</p> <p>Exemples : Pour le travail administratif non-clinique De l'IP, tel que la révision du courrier et la paperasserie (par exemple, remplir des formulaires), le contact avec des services informatiques, la planification des horaires de quarts, les vacances et les rotations avec des collègues.</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<b>8888</b>	<b>RECHERCHE</b>	<p>Selon le Règlement 84-20) annexe 2, paragraphes f.1 et f.2) établi en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux, l'Assurance-maladie ne couvre pas les services qui sont fournis à titre de recherche appliquée ni les services qui sont fournis conjointement avec ceux-ci ou relativement à ceux-ci; cependant, ce code peut être utilisé lorsque l'infirmière praticienne est requise de consacrer du temps à la conception d'un projet de recherche ou y participer <b>tel que dirigé par l'employeur</b>.</p> <p>Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126, et facturé par tranche de 15 minutes, une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes. La nature de la recherche doit être indiquée dans le champ réservé au diagnostic.</p>
<b>8890</b>	<b>DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL</b>	<p>Ce code est utilisé pour des activités liées au développement de compétences professionnelles et de connaissances des IP dans le domaine médical.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code. Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126, et est facturé par tranche de 15 minutes, une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes.</p> <p>Cela peut comprendre la présence lors de séances scientifiques, présentations de cas, clubs de lecture, ou lors d'évènements organisés dans l'établissement d'emploi de l'infirmière praticienne, organisés par l'employeur ou départements avec l'intention de développer et de maintenir les connaissances ou compétences dans un domaine professionnel. Exemples d'activités, mais non limité par ceux-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de perfectionnement professionnel continu.</li> <li>• Activités conçues pour maintenir la certification exigée par l'employeur, comme la réanimation cardiorespiratoire (RCR), Cours avancé de réanimation cardiorespiratoire (ACLS), etc.</li> <li>• l'infirmière praticienne en congé lorsqu'elles voyagent à une conférence appuyée par l'employeur et comprennent le temps de déplacement et l'heure de la conférence.</li> <li>• Toutes activités associées à la surveillance de la qualité des soins et de la prestation de services pour un département ou une facilité.</li> </ul>
<b>8891</b>	<b>RÉUNIONS ET COMITÉS</b>	<p>Ce code est utilisé pour se préparer ou assister à une réunion ou un comité, <u>tel que dirigé par l'employeur</u>, mais ne</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		<p>comprend pas le temps de déplacement pour assister à ces réunions ou comités.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code.</p> <p>Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126, et facturé par tranche de 15 minutes, une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes.</p> <p>Exemples : Réunions d'un département, un programme ou des employés d'un établissement ou réunions de comités connexes auxquelles l'IP assiste dans le cadre de son emploi régulier.</p>
<b>8892</b>	<b>DÉPLACEMENTS</b>	<p>Ce code est utilisé pour les déplacements pendant les heures pour fournir des services aux patients ou assister à une réunion nécessaire <u>tel que dirigé par l'employeur</u>.</p> <p>Aucun numéro d'Assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code.</p> <p>Utilisé le numéro d'Assurance-maladie 11111126, et est facturé par tranche de 15 minutes, une heure de début et de fin ainsi que le nombre de services par tranches de 15 minutes.</p> <p>Exemples :</p> <p>Déplacement pour diriger une clinique ou y participer, ou pour assister à une réunion nécessaire.</p> <p>Ce code ne s'applique pas au temps de déplacement entre la maison et le travail.</p>
<b>8804</b>	<b>TEMPS D'ARRÊT NON PRÉVU</b>	<p>Ce code est utilisé lorsque l'IP est incapable d'exercer les activités prévues parce qu'un patient ne s'est pas présenté à un rendez-vous ou en raison d'autres circonstances imprévues (par exemple, équipement qui ne fonctionne pas, tempête, etc.), et l'IP est incapable de remplir le temps d'arrêt avec une autre activité ou service (p. ex. paperasse).</p> <p>Ce code exige des renseignements sur ce patient en particulier, y compris un numéro d'Assurance-maladie valide, un diagnostic, et le temps de début et de fin; il est facturé en tranches de 15 minutes. S'il n'est pas possible de saisir un diagnostic, indiquer « Patient manquant au rendez-vous ».</p> <p>Le numéro d'Assurance-maladie 11111126 peut être utilisé si un patient en particulier n'est pas la cause du temps d'arrêt.</p>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

		Si le temps d'arrêt non prévu est dû au fait qu'un patient ne s'est pas présenté à un rendez-vous, ce code sera utilisé en plus du code 8803 (Patient manquant au rendez-vous).
--	--	---

### LÉGENDE

Une lettre a été attribuée à tous les actes énumérés (A, B, C ou D) sous le titre « Liste » afin d'indiquer comment ils sont traités par le système de l'Assurance-maladie. Voici la signification de ces lettres :

« A & B » – Les procédures de la liste A et B peuvent être facturées en plus d'une visite, de consultation, ou d'une autre procédure de la liste A ou B (service avec des frais inférieurs facturés à 75%) le même jour. Liste des procédures B peuvent être également facturées en plus des procédures de la liste D (à 75%).

**NOTE : Règle 13** - Lorsque l'exécution d'une procédure de la liste A ou B est le seul but de la participation dans un service d'urgence, seulement la procédure devrait être facturée. Aussi, si toute visite ou consultation a été soumise pendant les 30 jours précédents, aucune autre visite ne peut être réclamée le jour de la procédure de la liste A ou B.

« C » – Les procédures de la liste C **ne peuvent pas** être facturées pro forma en plus des visites, consultations, ou procédures qui ont eu lieu le même jour. Ces procédures sont considérées « stand alone ».

« D » – La liste D indique les procédures chirurgicales qui ont des restrictions pour 30 jours pré et post-opératoire. On peut facturer une consultation et une procédure de la liste B qui ont lieu le même jour. Cependant, aucunes visites ne peuvent être facturées 30 jours avant une procédure de la liste D ou 30 jours après.

SYSTÈME REPRODUCTEUR DE LA FEMME		LISTE	
<b>1723</b>	POSE D'UN DIAPHRAGME	<b>A</b>	<b>8705</b> INSERTION DE PESSAIRE
<b>2852</b>	Dispositif contraceptif intra-utérin (STÉRILET), ENLEVEMENT	<b>B</b>	<b>1472</b> Dispositif contraceptif intra-utérin (STÉRILET), INSERTION
<b>1999</b>	FRAIS DE FOURNITURES MÉDICALES POUR LES TESTS PAPANICOLAOU *Exception : On ne peut pas utiliser ce code seul. Il faut l'employer avec un autre code.	<b>C</b>	<b>9148</b> IMPLANTATION CONTRACEPTIF
			<b>9149</b> RETRAIT CONTRACEPTIF
SYSTÈME TÉGUMENTAIRE		LISTE	
<b>2227</b>	REPARATION DE LACERATION, PREMIERS 5cm - VISAGE	<b>D</b>	<b>2487</b> REPARATION DE LACERATION >5cm – VISAGE ne doit pas dépasser 10 cm.
<b>99</b>	REPARATION DE LACERATION, PREMIERS 5 cm (partout sur le corps, sauf au visage)	<b>D</b>	<b>2488</b> REPARATION DE LACERATION > 5 cm (partout sur le corps, sauf au visage), ne doit pas dépasser 10 cm.

## Manuel des Infirmières Praticiennes

Fait référence à des parties autres que le visage. Aux fins des présentes, le visage consiste en la région située au-dessus de l'angle mandibulaire, en avant des oreilles et jusqu'au cuir chevelu (non compris).

Ceci comprend un suivi pour le retrait de points de suture.

<b>355</b>	INCISION ABCES SOUS-CUTANE ANESTH LOCALE	<b>C</b>	<b>362</b>	INCISION HEMATOME, ANESTH LOCALE
------------	---	----------	------------	----------------------------------

Lésions de la peau - Papillomes, nævi, taches, kystes sébacés et autres lésions ou tumeurs bénignes de la peau ou du tissu sous-cutané.

<b>369</b>	BIOPSIE PAR EXCISION / EXCISION TOTALE D'UNE LÉSION MINEURE DE LA PEAU (seulement si l'on soupçonne une tumeur cancéreuse – max. 3 par jour)	<b>C</b>	<b>2089</b>	ABLATION D'UNE LÉSION MINEURE DE LA PEAU PAR DES MÉTHODES NON CHIRURGICALES – électrocautérisation, curetage, cryothérapie
------------	--	----------	-------------	--

**Depuis le 15 septembre 1994, l'exérèse de lésions cutanées n'est plus un service assuré, sauf lorsque l'on soupçonne un cancer ou notamment dans les cas spécifiques suivants :**

**a) Services admissibles à l'Assurance-maladie**

1. L'exérèse de lésions reconnues comme comportant un risque important susceptible d'entraîner des lésions malignes. Par exemple, des neurofibromatoses (maladie de Recklinghausen) et des kératoses chez les patients soumis à des dialyses d'entretien, de même que des kératoses séniles.
2. L'exérèse de lésions cutanées bénignes, qui, en raison de leur emplacement ou de leur taille, résultent en des problèmes fonctionnels importants, provoquent des saignements fréquents répétitifs ou des infections répétitives ne pouvant faire l'objet d'un traitement non chirurgical.

**b) Services non admissibles à l'Assurance-maladie**

1. L'exérèse de lésions cutanées bénignes ne comportant aucun risque de se transformer en lésions malignes ou de causer des problèmes fonctionnels (p. ex. verrues communes, acrochordons, papillomes, kystes sébacés, kératose séborrhéique).
2. L'irritation chronique en elle-même ne constitue pas un exemple de nécessité médicale aux fins de l'Assurance-maladie. On peut présenter des demandes d'approbation préalable à l'Assurance-maladie dans les cas particuliers ou inhabituels.

<b>367</b>	EXERERE DE CORPS ETRANGER, ANESTH LOCALE	<b>B</b>		
------------	---	----------	--	--

<b>837</b>	BIOPSIE DIAGNOSTIQUE À L'EMPORTE-PIÈCE	<b>A</b>		
------------	--	----------	--	--

**OEIL** LISTE

<b>1620</b>	EXT. MAGNETIQUE CORPS ETRANGER CORNEE	<b>C</b>		
-------------	---------------------------------------	----------	--	--

**OREILLE** LISTE

<b>1669</b>	OTOSCOPIE EN VUE DU RETRAIT D'UN CORPS ÉTRANGER – OREILLE EXTERNE	<b>C</b>	Note : Enlèvement de cérumen est inclus dans la visite de bureau	
-------------	---	----------	--	--

**TESTS DE DIAGNOSTIC ET ESSAIS THÉRAPEUTIQUES**

<b>2477</b>	INS. DE CATH. VOIE PERIPHERIQUE	<b>A</b>	<b>1901</b>	ASPIRATION BOURSE SEREUSE
-------------	---------------------------------	----------	-------------	---------------------------

<b>1914</b>	VACCINATION AU B.C.G.	<b>B</b>	<b>1948</b>	INJECTION DE MÉDICAMENTS (bourse, ganglion ou articulation, y compris aspiration préliminaire, si nécessaire, mais pas d'injection intramusculaire)
-------------	-----------------------	----------	-------------	---

<b>2050</b>	PONCTION VEINEUSE (ne peuvent pas être facturés pro forma au bureau ou en plus d'une visite)	<b>C</b>		
-------------	--	----------	--	--

**APPAREIL LOCOMOTEUR**

Membres supérieurs

## Manuel des Infirmières Praticiennes

507	DISLOCATION D'UN DOIGT OU DU POUCE, RÉDUCTION FERMÉE	D		
2139	ATTELLES, COUDE	A	2140	ATTELLES, ÉPAULE
0516	PLATRES, MEMBRES SUPERIEURS	A	2138	ATTELLES-MEMBRE SUP. MAIN ET POIGNET
MEMBRES INFÉRIEURS			LISTE	
2142	ATTELLES SOUS-GENOU	A	2141	ATTELLES, TOUTE LA JAMBE
517	PLATRES, MEMBRES INFÉRIEURS	A		

## PROGRAMMES D'IMMUNISATION

Seules les vaccinations couvertes par l'Assurance-maladie nécessitent une facturation pro forma. Pour celles qui **ne sont pas** couvertes par l'Assurance-maladie, il n'est pas nécessaire d'effectuer des factures pro forma.

La liste de vaccins ci-jointe a été fournie par les Services de santé publique. Le numéro de lot du vaccin est nécessaire pour toutes les vaccinations facturées. Seuls les lots actifs peuvent être soumis.

Présentez une réclamation pour chaque vaccin administré.

En ce qui concerne les réclamations pour les vaccins financés par le gouvernement provincial, la facture doit :

1. Respecter les critères relatifs aux vaccins, fournis par les Services de santé publique;
2. Inclure le numéro de lot du vaccin et le nom du produit dans les champs pertinents désignés à cet effet sur le formulaire de demande de paiement électronique. Le numéro de lot doit être actif à la date du service et non périmé.

**Remarque :** Lorsque l'établissement est incorrect pour le code de service utilisé, les factures soumises sont retirées pour être examinées à la main par l'Assurance-maladie et peuvent être annulées.

Les immunisations effectuées **dans le cadre d'une visite** sont possibles dans les établissements 1, 4 et 9.

Les immunisations **sans visite** sont possibles dans les établissements 0, 1, 2, 3, 4 et 7.

Cette section contient également des renseignements sur les critères d'admissibilité pour les produits biologiques/vaccins financés par le secteur public et sur les lignes directrices concernant les hépatites.

Suivez les liens ci-dessous pour obtenir de plus amples renseignements :

[http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/for\\_healthprofessionals/cdc.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/for_healthprofessionals/cdc.html)

<http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/ocmoh/cdc.html>

<http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/CDC/Immunization/RoutineImmunizationSchedule.pdf>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

<http://www.phac-aspc.gc.ca/im/is-vc-eng.php>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

Code de service payable avec la visite (8 unités)	Codes de service non payable avec la visite (13 unités) Acte de la liste C	Description	Nom du produit
8630	8660	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• QUADRACEL</li> </ul>
8631	8661	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO, <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEDIACEL</li> </ul>
8632	8662	HÉPATITE A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HAVRIX 720 JUNIOR</li> <li>• HAVRIX 1440</li> <li>• VAQTA PÉDIATRIQUE/ADOLESCENT</li> <li>• VAQTA ADULT</li> </ul>
8633	8663	HÉPATITE A & B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TWINRIX JUNIOR</li> <li>• TWINRIX</li> </ul>
8634	8664	HÉPATITE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECOMBIVAX HB PEDIATRIC</li> <li>• RECOMBIVAX HB ADULTE</li> <li>• RECOMBIVAX HB DIALYE</li> <li>• ENGERIX-B PEDIATRIC</li> <li>• ENGERIX-B ADULT</li> </ul>
8635	8665	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACT-HIB</li> <li>• HIBERIX</li> </ul>
8636	8666	VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GARDASIL</li> <li>• GARDASIL 9</li> </ul>
8637	8667	INFLUENZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AGRIFLU</li> <li>• FLUVIRAL</li> <li>• VAXIGRIP</li> <li>• FLUZONE QUADRIVALENT</li> <li>• FLULAVAL TETRA</li> </ul>
8638	8668	POLIO INACTIVÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMOVAX POLIO</li> </ul>
8639	8669	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M-M-R II</li> <li>• PRIORIX</li> </ul>
8640	8670	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS, VARICELLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRIORIX-TETRA</li> <li>• PROQUAD</li> </ul>
8641	8671	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ MONOVALENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEIS VAC-C</li> <li>• MENJUGATE</li> </ul>

## Manuel des Infirmières Praticiennes

8642	8672	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ QUADRIVALENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MENVEO</li> <li>• NIMENRIX</li> </ul>
8643	8673	MÉNINGOCOQUE POLYSACCHARIDIQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MENOMUNE</li> </ul>
8644	8674	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 13-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PREVNAR 13</li> </ul>
8645	8675	PNEUMOCOQUE-POLYSACCHARIDIQUE 23-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNEUMOVAX 23</li> </ul>
8646	8676	RAGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMOVAX RAGES</li> </ul>
8647	8677	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD ADSORBED</li> </ul>
8648	8678	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADACEL</li> <li>• BOOSTRIX</li> </ul>
8649	8679	TÉTANOS, DIPHTÉRIE (DOSE RÉDUITE) COQUELUCHE ACELLULAIRE (DOSE RÉDUITE), POLIO INACTIVÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADACEL-POLIO</li> <li>• BOOSTRIX-POLIO</li> </ul>
8650	8680	VARICELLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VARILRIX</li> <li>• VARIVAX III</li> </ul>
8651	8681	VACCIN À CONSTITUANTS MULTIPLES MÉNINGOCOQUE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BEXSERO</li> </ul>
8652	8682	ROTAVIRUS HUMAIN VIVANT, ATTÉNUÉ, (SUSPENSION ORALE 1.5 ML)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ROTARIX (à partir du 1<sup>er</sup> juin 2017)</li> <li>• ROTA TEQ</li> </ul>

### RAPPEL:

En ce qui concerne les réclamations pour les vaccins financés par le gouvernement provincial, la facture doit :

- 1- respecter les critères relatifs aux vaccins, fournis par les Services de santé publique; et
- 2- inclure le numéro de lot du vaccin et le nom du produit dans les champs pertinents désignés à cet effet sur le formulaire de demande de paiement électronique. Le numéro de lot doit être actif à la date du service et non périmé.

## FOIRE AUX QUESTIONS

### Demande annulée

*Que dois-je faire lorsqu'une facture a été annulée par l'Assurance-maladie?*

Si une facture s'affiche à la section « Rapport de correction » du rapport de rapprochement de l'IP, elle a été annulée et ne paraîtra pas dans les statistiques de facturation pro forma.

Il suffit d'examiner le message indiqué sous la facture annulée pour savoir si elle doit être soumise à nouveau avec les renseignements rectifiés. Si une facture a été annulée parce qu'elle va à l'encontre d'une règle d'évaluation ou qu'il s'agit d'une facture en double, elle n'a pas à être soumise à nouveau. Autrement, la facture doit être soumise en format électronique avec les renseignements rectifiés, comme il est indiqué dans le message.

### Code du lieu

*Quel code de lieu convient-il d'utiliser?*

Le code de lieu désigne l'établissement où le service est fourni. À l'exception des IP qui travaillent en salle d'urgence (établissement 3), on utilisera « établissement 1 – cabinet » comme lieu principal de pratique des IP.

Établissement 1 – cabinet; établissement 2 – foyer de soins; établissement 3 – salle d'urgence; établissement 4 – domicile; établissement 9 – foyer de soins spéciaux; établissement 10 – cœur en santé; établissement 11 – clinique de santé sexuelle.

Si une IP travaille principalement dans un foyer de soins, mais qu'elle fournit aussi des services à un autre foyer de soins, on utilisera « établissement 2 » pour le foyer de soins secondaire ainsi que le code d'emplacement pertinent.

### Codes d'emplacement

*Quand dois-je utiliser les codes d'emplacement et les codes de service?*

Les codes d'emplacement ne sont pas requis pour la plupart des codes des IP, car les services sont fournis dans un cabinet. Cependant, ils doivent être inscrits pour les services fournis en salle d'urgence, dans les cliniques sans rendez-vous désignées et dans les foyers de soins (lorsque ces lieux ne constituent pas les lieux de pratique principaux des IP). Les codes d'emplacement ne sont pas requis pour les CSC.

### Séances de groupe

*Existe-t-il un code pour les séances de groupe ou de promotion de la santé?*

Oui, le Code 8886 – « Personne ou groupe d'enseignement » s'applique.

### Nouveaux patients

*Existe-t-il un code pour les nouveaux patients ou pour l'ouverture d'un nouveau dossier pour un patient?*

Non, car ces tâches sont incluses dans la visite, la consultation ou l'examen complet. L'Assurance-maladie peut faire le suivi des nouveaux patients en fonction de leur historique. L'évaluation complète d'un nouveau patient ou la collecte exhaustive de renseignements initiaux ne peuvent être facturées systématiquement en tant qu'examens complets, sauf si ces actes répondent aux critères décrits dans le code 7 – « Examen complet ». Si la visite dure plus de 30 minutes ou que l'examen complet dure plus d'une heure, le code 200 – « Surveillance exclusive » peut s'appliquer.

### Recommandations

*Est-ce qu'il y a un code à utiliser lorsqu'une IP formule des recommandations au nom d'un patient atteint d'une maladie mentale?*

Non, on considère que cette tâche fait partie de la visite ou de la consultation. Si le patient est présent et que les recommandations liées à son dossier prennent plus de 30 minutes, on peut utiliser le code 200 – « Surveillance exclusive ».

### Examens spéciaux, comme la mesure de l'indice tibio-brachial et le test de spirométrie

*Existe-t-il un code pour les examens spéciaux, comme la mesure de l'indice tibio-brachial et le test de spirométrie?*

Non, la mesure de l'indice tibio-brachial et le test de spirométrie font partie de la visite, de l'examen complet ou de la consultation. Sauf indication contraire, il n'y a pas de code distinct pour les examens.

### Vaccinations

*Est-ce que toutes les vaccinations sont visées par la facturation pro forma?*

Seules les vaccinations couvertes par l'Assurance-maladie nécessitent une facturation pro forma. Par exemple, le Zostavax n'est pas couvert par l'Assurance-maladie; il ne doit donc pas être facturé pro forma. Les vaccinations à des fins de voyages et celles effectuées en dehors du cadre des règlements sur la santé publique ne doivent pas être facturées pro forma.

*L'IP doit-elle facturer pro forma un vaccin, même si ce n'est pas elle qui l'administre?*

Oui. C'est une exigence de santé publique relative aux vaccins financés par le gouvernement. Les IP doivent savoir que le fait de commander des vaccins ne peut être facturé à lui seul. Toutefois, l'administration de vaccins ou la supervision sur place d'infirmières immatriculées qui administrent des vaccins sont considérées comme des services qui doivent être facturés pro forma. La date du service doit être la date de l'administration et non celle de la commande des vaccins.

### Frais de fournitures médicales pour les tests Papanicolaou

*Quand on réalise un examen pelvien, pourquoi facturer les fournitures médicales pour un test précis (test Pap) plutôt que pour un acte?*

C'est une exception à la règle et un moyen de faire état des interventions liées à la santé des femmes. **N. B.** : Le code 1999 (frais de fournitures médicales pour test Papanicolaou en cabinet) est un code qui s'ajoute à une visite en cabinet, à des frais de consultation ou à une intervention ou une chirurgie mineure (p. ex. l'insertion d'un dispositif intra-utérin [DIU], l'ablation d'un polype endocervical, etc.) **lorsque l'on effectue un test Papanicolaou.** Ce code ne vise pas les frais de fournitures médicales pour une autre procédure lorsqu'on n'effectue pas de test Papanicolaou (p. ex. l'insertion du DIU seulement).

### Communication de renseignements aux fournisseurs de soins

*Est-il possible de saisir les échanges de renseignements sur les patients? Exemple : Une IP s'occupe d'un patient dans un FSS. Ce patient a reçu son congé de l'hôpital, et l'employé du FSS demande à l'IP de téléphoner pour discuter des soins du patient.*

Oui, le Code 8805 -. La communication avec les professionnels paramédicaux démontre à l'Assurance-maladie que l'information est partagée avec d'autres professionnels de la santé au sujet d'un patient spécifique.

### Formulaires imprimés

*Peut-on utiliser des formulaires imprimés pour soumettre à nouveau les codes non acceptés dans les dossiers Purkinje?*

Non, on ne peut pas utiliser de formulaires imprimés. Les utilisateurs doivent communiquer avec le représentant de FacilicorpNB de leur région s'ils ont des questions sur la répétition de la soumission des codes ou toute autre question ou préoccupation concernant les dossiers Purkinje.

### Dossiers Purkinje et bases de données sur la facturation pro forma de l'Assurance-maladie

*Est-ce que toute l'information sur la facturation pro forma provenant des dossiers Purkinje peut être transférée à la base de données de l'Assurance-maladie sur la facturation pro forma?*

Ces données ont été examinées avec les IP qui avaient des questions. On n'a détecté aucune erreur; il semble donc que l'information provenant des dossiers Purkinje soit saisie correctement.

## NUMÉRO DE FOURNISSEUR DE SERVICES

### Qu'est-ce qu'un numéro de fournisseur de services?

Une IP nouvellement employée doit remplir et déposer une « Demande d'inscription de l'infirmière » auprès de l'Assurance-maladie. Le registraire des fournisseurs de services de l'Assurance-maladie rédigera une lettre de confirmation comprenant un numéro de fournisseur de services de l'Assurance-maladie aux fins de présentation des factures pro forma. Cette procédure prend généralement de trois à cinq semaines. Le numéro de fournisseur de services est également le numéro de compte de l'Assurance-maladie de l'IP.

L'Assurance-maladie offre uniquement la formation aux IP sur la soumission des factures pro forma ainsi que sur l'utilisation du système de facturation de l'Assurance-maladie (MCE). L'Assurance-maladie n'offre pas de formation sur la soumission de factures par d'autres fournisseurs indépendants. Lorsqu'une IP a reçu la confirmation de son inscription par le registraire des fournisseurs de services et qu'elle a reçu un numéro de fournisseur de services de l'Assurance-maladie, elle doit communiquer avec un agent de liaison auprès des praticiens de l'Assurance-maladie au 506-457-6450 pour prévoir sa formation. Pour de plus amples renseignements, voir le point voyez la section « *Qu'est-ce qu'un numéro de prescripteur?* »

### Numéro de prescripteur

#### Qu'est-ce qu'un numéro de prescripteur?

Depuis le 3 mai 2016, le gouvernement du NB n'émet plus de numéro de prescripteur aux IP. Au lieu, les IP seront identifiées dans le système gouvernemental par leur numéro d'immatriculation de l'AIINB. Donc, lorsqu'une IP remplit une prescription, elle doit y inclure son numéro d'immatriculation de l'AIINB.

**Remarque :** Le numéro de prescripteur est différent du numéro de fournisseur de services.

# CONTACTS

## **Agente de liaison auprès des praticiens**

[Medicare.Training.Formation@gnb.ca](mailto:Medicare.Training.Formation@gnb.ca)

## **Demande de renseignements du praticien**

(506) 444-5876 (bilingue)

(506) 457-7572 (anglais)

(506) 444-5860 (anglais)

Courriel: [PELS.DRPL@gnb.ca](mailto:PELS.DRPL@gnb.ca)

Télécopieur : (506) 453-5332

## **Soutien aux utilisateurs des Services d'applications provinciales en santé**

(506) 453-8274

#1 pour les comptes

#4 pour le soutien aux utilisateurs

## **Système de communication des médecins (SCM) /**

### **Facturation à l'Assurance-maladie (FAM)**

<https://hps.gnb.ca>

### **Site Web de l'Assurance-maladie (Liens rapides):**

<http://www.gnb.ca>

- [Assurance-maladie - Professionnels de la santé](#)
- [Formulaire d'inscription Assurance-maladie pour les IP](#)

## Manuel des Infirmières Praticiennes

- [Paiements de l'Assurance-maladie, formulaire de demande de compte et d'autorisation du délégué](#)
- [Formulaire de demande de renseignements](#)