



le travail du permanent

Vol. 4 — No 36

8 novembre 1968

Ce que nous devons savoir sur l'assurance-hospitalisation

Au cours des dernières semaines, plusieurs permanents ou employés du bureau ont demandé que le "Travail du permanent" publie de l'information, la plus complète possible, au sujet du régime d'assurance-hospitalisation québécois, afin qu'ils puissent mieux renseigner les syndiqués qui leur posent de fréquentes questions à ce sujet.

C'est dans ce but que nous publions les informations suivantes obtenues du Service de l'assurance-hospitalisation et de permanents de la Fédération nationale des services.

La première partie contient des renseignements généraux (conditions d'admissibilité, frais payés, frais non payés, services externes assurés).

La deuxième partie fournit des renseignements quant aux barèmes des réclamations établis par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Renseignements généraux

Les hôpitaux liés par contrat avec le ministre de la Santé fournissent gratuitement les soins hospitaliers aux personnes admises ou traitées en vertu de la loi d'assurance-hospitalisation. Tous les hôpitaux publics sont liés par contrat avec le ministre de la Santé. La plupart des hôpitaux privés le sont également. En cas de doute, il faut s'informer auprès du représentant de l'hôpital à l'admission.

Les sanatoria antituberculeux, les institutions pour malades mentaux, les foyers, hospices et institutions qui ne fournissent que des soins de garde sont exclus.

Ces soins gratuits se répartissent en deux catégories : soins aux hospitalisés et soins externes.

Soins aux malades hospitalisés

I. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

A) Conditions générales

Pour bénéficier de la loi de l'assurance-hospitalisation, une personne doit avoir établi sa résidence permanente dans le Québec depuis au moins trois mois consécutifs, être citoyen canadien ou posséder un visa permanent.

Un nouveau-né, dès sa naissance, a droit à l'assurance-hospitalisation si ses parents y ont droit.

Le malade (ou son répondant) doit fournir la preuve de résidence, et l'hôpital doit l'exiger.

Toute admission doit être demandée par un médecin. C'est aussi le médecin qui décide de la durée du séjour à l'hôpital, d'après l'état de son patient et l'importance des soins requis.

B) Conditions particulières

1) Etrangers

Le visiteur, le touriste, le voyageur ne peuvent bénéficier de l'assurance-hospitalisation du Québec; ils doivent défrayer eux-mêmes le coût des soins qu'ils reçoivent dans nos hôpitaux.

2) Convalescents ou cas de maladie chronique

Le patient transféré d'un hôpital général à un hôpital pour maladies de longue durée ou pour convalescents, continue de bénéficier de l'assurance-hospitalisation, pourvu qu'il y ait nécessité médicale d'hospitalisation et que l'hôpital où le malade est transféré soit lié par contrat avec le ministre de la Santé.

3) Etudiants

Les résidents du Québec qui vont étudier dans une autre province ou à l'étranger, pour des périodes plus ou moins longues, ainsi que leurs dépendants qui les accompagnent, sont considérés comme temporairement absents, et ils continuent de bénéficier des dispositions de la loi de l'assurance-hospitalisation d'après les barèmes décrits plus bas.

4) Voyages

A) Au Canada

Le résident du Québec, hospitalisé dans une institution reconnue d'une autre province canadienne, bénéficie de l'assurance-hospitalisation. Dans ce cas, le Service de l'assurance-hospitalisation solde les frais encourus selon le taux en vigueur à l'hôpital où le malade est hospitalisé.

B) A l'étranger

Le résident du Québec, s'il est hospitalisé hors du Canada, dans une institution reconnue, bénéficie de l'assurance-hospitalisation jusqu'à concurrence de vingt-cinq dollars (\$25.00) canadiens par jour. (Nouveau-nés : cinq dollars (\$5.00) canadiens.)

5) Perte de l'admissibilité

Quiconque quitte le Québec et établit sa résidence permanente hors du Canada CESSÉ, par le fait même, de bénéficier des dispositions de la loi de l'assurance-hospitalisation.

Par ailleurs, le résident du Québec qui établit définitivement sa résidence permanente dans une autre province canadienne bénéficie pendant trois mois, à compter de son départ, des avantages de la loi sur l'assurance-hospitalisation. L'admissibilité cesse après cette période de trois mois.

II. FRAIS PAYÉS PAR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION

Tous les résidents admissibles ont droit de recevoir gratuitement les services suivants durant leur hospitalisation :

- A) Le logement en salle ordinaire et les repas;
- B) Les soins infirmiers nécessaires;
- C) Les épreuves de laboratoire, de radiologie et autres procédés de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- D) Les médicaments, vaccins, sérums, et autres préparations prescrites par le médecin et administrés à l'hôpital, sauf les médicaments brevetés, dits aussi remèdes "patentés";
- E) L'usage des salles d'opération, des salles de recouvrement, des salles d'accouchement, des unités de soins intensifs, des appareils d'anesthésie, et du matériel nécessaire à la chirurgie;
- F) Les traitements par les rayons-X, l'électricité, et les autres

agents tels que la chaleur, les massages, les exercices musculaires, là où de tels services existent;

- G) Les services rendus par des personnes rémunérées par l'hôpital comme le personnel infirmier les physiothérapeutes, les psychologues, les médecins résidents et internes.

III. FRAIS NON PAYÉS PAR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION

- * A) Les honoraires des médecins, chirurgiens et anesthésistes;
- ** B) Le supplément d'une chambre privée ou semi-privée, lorsque le malade ou son répondant a demandé une telle chambre;
Le malade qui décide d'occuper une chambre privée ou semi-privée, devrait, dès le moment de son admission, s'enquérir du prix qu'il devra payer.
- ** C) Le transport par ambulance ou autre véhicule;
- ** D) Les médicaments que le malade emporte à sa sortie de l'hôpital;
- E) Le téléphone, les appels interurbains, les télégrammes, les dégâts matériels, etc.;
- F) L'hospitalisation sans nécessité médicale (exemple : les examens préventifs dits "check-up")
- ** G) La rémunération d'une infirmière dont le malade requiert lui-même les services.

* Ces services peuvent cependant être couverts par des régimes privés d'assurance-groupe ou, dans le cas des assistés sociaux, sont défrayés par le ministère de la Santé.

** Ces services peuvent cependant être couverts par des régimes privés d'assurance-groupe.

Assurances personnelles ou collectives

Les résidents du Québec sont libres de contracter des assurances-maladie personnelles ou collectives comportant des indemnités ou le remboursement des frais NON-PAYÉS par l'assurance-hospitalisation.

Cependant, aucun résident ne doit toucher, en vertu d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, une somme totale excédant les frais réels exigés par l'hôpital pour un service que ne couvre pas la loi de l'assurance-hospitalisation.

SOINS GRATUITS AUX MALADES EXTERNES

I) Conditions d'admissibilité

Mêmes conditions générales et particulières que pour les malades hospitalisés.

II) Services assurés

Toute personne qui a établi sa résidence permanente dans le Québec depuis au moins trois mois bénéficie sans frais des services externes suivants, pourvu que ces services soient donnés dans un hôpital du Québec lié par contrat avec le **ministre de la Santé** :

A) Soins psychiatriques

Diurnes et nocturnes, l'électro-choc, l'insulinothérapie, la narcothérapie et la narcoanalyse, lorsque ces services sont fournis dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux.

B) Soins d'urgence

Dans les 24 heures qui suivent un **accident**, qu'il s'agisse d'une fracture, brûlure, coupure, etc.

C) Chirurgie mineure

Toute intervention chirurgicale entre autres : l'enlèvement de points de suture, des amygdales, de petites tumeurs comme les verrues et les kystes, l'extraction de corps étrangers, le traitement des fractures, l'application et l'enlèvement d'un plâtre, etc.

D) Radiographie

Y compris la cobalthérapie, la radiumthérapie, la césiumthérapie ou autres.

E) Physiothérapie

F) L'ergothérapie

G) L'audiologie et l'orthophonie

H) L'orthoptique médicale

I) Service diagnostiques et service social

Comprend tous les services diagnostiques E.G. examens de laboratoire; radiographies, y compris les épreuves diagnostiques utilisant les isotopes :

Les électroencéphalogrammes, les électrocardiogrammes, les vectocardiogrammes, les jhnocardiogrammes, les échocardiogrammes et les électromyogrammes; toute autre épreuve ou procédé de diagnostic pouvant être fait en clinique externe; toute aide apportée par le service social d'un hôpital aux personnes non hospitalisées lorsque le traitement médical requiert cette aide; tous ces services doivent être fournis sur prescription médicale dans les hôpitaux de la Province de Québec sous contrat avec l'assu-

rance-hospitalisation et dont tels services sont reconnus par le ministère de la Santé.

Tous ces examens ainsi que l'interprétation professionnelle nécessaire sont des services assurés pour les malades admissibles.

III) Autorité du médecin

Qu'il s'agisse de soins d'urgence, de chirurgie mineure, de services psychiatriques, de services diagnostiques, c'est toujours le médecin qui décide des examens ou traitements que requiert l'état du malade et une prescription est nécessaire.

IV) Honoraires des médecins

Tout comme les malades hospitalisés, les malades externes doivent payer eux-mêmes les honoraires des anesthésistes, chirurgiens, médecins et psychiatres, sauf les malades détenteurs d'une carte d'assistance médicale aux assistés sociaux.

Le tarif des honoraires de chirurgie et d'anesthésie

Les tarifs reproduits dans les tableaux qui suivent sont extraits de la police-maitresse du plan d'assurance-groupe des employés d'hôpitaux. Pour les rendre conformes aux tarifs actuels de la Fédération des médecins spécialistes du Québec il faut les hausser de 25%.

Le tarif de la Fédération des médecins spécialistes est d'ailleurs en révision présentement.

Mais pour bien comprendre ces tableaux de tarifs, il faut cependant prendre connaissance des renseignements suivants concernant 1 : la définition de l'acte chirurgical et concernant aussi les tarifs qui peuvent être chargés par les assistants chirurgiens aussi bien que ceux qui peuvent être chargés à l'occasion d'actes chirurgicaux multiples et 2 : des renseignements semblables concernant l'anesthésie.

Ces informations permettent de mieux évaluer ce qu'un spécialiste peut charger suivant les taux suggérés par la Fédération des spécialistes.

CHIRURGIE

Définition — Acte chirurgical :

L'acte chirurgical comprend la consultation et l'examen pré-opératoire habituels, l'étude diagnostique et la préparation du malade, l'acte opératoire, l'ensemble des soins post-opératoires administrés par le chirurgien au cours de l'hospitalisation et deux visites de contrôle au cabinet du chirurgien, si nécessaire.

Dans les cas exceptionnels nécessitant des soins pré ou post-opératoires anormalement prolongés, des honoraires supplémentaires pourront être demandés à la discrétion du chirurgien.

Services du médecin traitant :

1. Pour les services rendus antérieurement à une intervention chirurgicale, le médecin traitant devrait établir ses honoraires sur la base de la rémunération à l'acte. Par exemple :

- a) visite à domicile, au cabinet du médecin ou à l'hôpital, selon le cas;
- b) en plus de (a) ci-dessus dans les cas aigus si de tels services sont requis, il peut demander un tarif de vacation tel que défini à cet article.

2. a) comme assistant au cours d'une intervention, le médecin traitant peut demander des honoraires équivalents à 20% des honoraires du chirurgien;

- b) le médecin traitant qui n'assiste pas le chirurgien mais dont la présence est requise par le malade, a droit aux honoraires d'une visite.

Anesthésie obstétricale :

Les valeurs de base pour l'anesthésie de la mère, quelle que soit la technique utilisée, apparaissent vis-à-vis la mention des divers actes obstétricaux.

Les tarifs concernant la réanimation chez les nouveau-nés asphyxiés apparaissent dans la section consacrée à la réanimation dans ce préambule.

Assistants :

Lorsque les services d'un chirurgien assistant sont requis, chacun des chirurgiens a droit à la moitié des honoraires ordinaires majorés de 30%.

Lorsque les services d'un deuxième assistant sont requis, celui-ci a droit à 75% des honoraires attribués au premier assistant.

Actes chirurgicaux multiples :

A moins qu'il n'en soit fait mention contraire :

a) lorsqu'au cours d'une même hospitalisation ou d'une convalescence normale, une ou de nouvelles interventions chirurgicales deviennent nécessaires, les honoraires du chi-

urgien pour ces interventions seront évalués à 50% du tarif habituel.

Si cette ou ces interventions subséquentes sont pratiquées par un opérateur autre que celui qui a pratiqué la première intervention, le chirurgien sera rémunéré au tarif régulier.

b) lorsqu'un acte mentionné à la nomenclature fait partie de l'acte principal (v.g. libération d'adhérences au cours d'une appendicectomie) seul le tarif de l'acte principal sera honoré.

Tout médecin qui voit un malade avant qu'un acte opératoire ne soit posé par un chirurgien sera rémunéré selon le tarif prévu au chapitre des actes médicaux.

ANESTHÉSIE

Ce chapitre permet d'établir les honoraires professionnels dans les différents actes d'anesthésie et de réanimation.

Le tarif accordé aux actes d'anesthésie et de réanimation est le même, quelle que soit la méthode utilisée, qu'il s'agisse d'anesthésie générale ou d'anesthésie régionale.

Considérations générales :

La Valeur Totale (V.T.) comprend la Valeur de Base (V.B.) et la Valeur de la Durée (V.D.).

La valeur de base représente la valeur de tous les services rendus par l'anesthésiste à l'exception de la durée de l'acte anesthésique.

La valeur de la durée se calcule à raison de \$4. par quart d'heure ou fraction de quart d'heure.

Il faut donc appliquer la formule suivante: le tarif anesthésique = V.B. + V.D. = V.T.

La durée de l'acte anesthésique s'étend du moment où les services de l'anesthésiste sont requis jusqu'au moment où la responsabilité immédiate des soins post-anesthésiques peut être confiée à d'autres.

Dans certaines circonstances exceptionnelles, il faudra tenir compte de "considérations spéciales" (C.S.) pour établir la valeur des services professionnels rendus; dans ces circonstances, l'anesthésiste devra présenter un rapport.

Les tarifs pour les cas d'urgence (le soir, de 20 à 7 heures; les dimanches et les congés statutaires) peuvent être augmentés de 50% de la valeur de base mentionnée.

Lorsque la nature de l'acte anesthésique et/ou l'état du malade requiert les services de deux anesthésistes, le tarif peut être augmenté de 50%. Les états de compte doivent mentionner les noms des anesthésistes en cause et, de toute façon, rencontrer les exigences de l'éthique sur ce point.

Pour un acte anesthésique qui n'a pas de valeur déterminée, ou qui n'est pas mentionné à la nomenclature, la valeur sera celle d'un acte anesthésique semblable de valeur déterminée.

Anesthésie chirurgicale :

Les valeurs de base pour l'anesthésie chirurgicale apparaissent dans la nomenclature vis-à-vis la mention des divers actes chirurgicaux.

Les tarifs pour l'anesthésie chirurgicale incluent l'examen et/ou la consultation pré-anesthésique, l'administration de l'anesthésie et les soins ordinaires dans la salle de réveil.

Si au cours d'une anesthésie le ou les chirurgiens pratiquent plusieurs opérations, on pourra calculer le tarif anesthésique en ajoutant à la valeur de base de l'acte anesthésique pour l'opération principale, la moitié de la valeur de base de l'acte ou des actes anesthésiques pour la ou les opérations additionnelles, et la valeur de la durée.

Description de l'opération	Chir.	Anes. V. B.
10 ACTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES		
Bronchoscopie diagnostique	\$ 48.00	\$.00
Bronchoscopie: extraction de corps étranger	80.00	.00
Hystéro-salpingographie (frais et honoraires de radiologie non inclus)	20.00	12.80
Oesophagoscopie première	56.00	19.20
Oesophagoscopie subséquente	28.00	19.20
Oesophagoscopie: extraction de corps étranger	80.00	19.20
Rectosigmoidoscopie incluant anoscopie	12.00	9.60
20 PEAU, PHANERES, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE		
Excisions: kyste sébacé, simple excision, anesthésie locale	12.00	.00
Excisions: lipome: simple excision, anesthésie locale	12.00	.00
Excisions: sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien) simple excision	100.00	14.40
30 APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE		
Amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt	56.00	9.60
Amputation d'une ou plusieurs phalanges de plus d'un doigt, chacun	20.00	9.60
Amputation: désarticulation du poignet	108.00	12.80
Amputation à l'avant-bras	144.00	12.80
Amputation: désarticulation du coude	144.00	12.80
Amputation au bras	144.00	14.40
Amputation: désarticulation de l'épaule	188.00	16.00
Amputation: désarticulation interscapulo-thoracique	272.00	22.40
Amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un orteil	28.00	9.60

Description de l'opération	Chir.	Anes. V. B.
Amputation d'une ou plusieurs phalanges de plus d'un orteil, chacun	12.00	9.60
Amputation à la jambe	144.00	12.80
Amputation à la cuisse	144.00	17.60
Amputation: désarticulation de la hanche	216.00	19.20
Articulations: arthrodèse: poignet, coude	200.00	16.00
Articulations: arthrodèse: épaule, genou, sacro-iliaque	200.00	16.00
Articulations: arthrodèse: hanche	360.00	19.20
Articulations: arthrodèse: articulation métatarso-phalangienne	120.00	12.80
Excisions: ménisectomie du genou	128.00	16.00
40 FRACTURES ET LUXATIONS		
A) FRACTURES		
Crâne: traitement opératoire, fracture simple avec enfoncement: dure-mère intacte	140.00	32.00
Crâne: traitement opératoire, fracture simple avec enfoncement: avec déchirure de la dure-mère	220.00	32.00
Nez: réduction de fracture simple	40.00	14.40
Maxillaire supérieur: réduction fermée avec embochement interdentaire	100.00	22.40
Maxillaire supérieur: réduction ouverte	140.00	22.40
Maxillaire inférieur: réduction fermée avec embochement interdentaire	100.00	22.40
Colonne vertébrale: fracture ou fracture luxation du corps vertébral: sans lésion neurologique:		
- réduction fermée, avec ou sans anesthésie, plâtre, appareil, attelage	120.00	16.00
- réduction ouverte	240.00	20.80
- réduction ouverte et greffe	280.00	22.40
Coccyx: excision	100.00	22.40
Clavicule: immobilisation simple:		
- enfant (moins de 16 ans)	28.00	9.60
- adulte (16 ans et plus)	36.00	11.20
Humérus: diaphyse: réduction fermée	100.00	12.80
Radius ou cubitus: diaphyse:		
- réduction fermée	\$ 72.00	\$ 12.80
- réduction ouverte	152.00	16.00
Bassin: réduction fermée, manipulation et contrôle	152.00	16.00
Bassin: réduction ouverte	252.00	19.20
Rotule: réduction fermée	72.00	12.80
Rotule: réduction ouverte: exérèse et/ou réparation simple	152.00	12.80
Péroné seul: réduction fermée	52.00	12.80
Calcaneum ou astragale: réduction fermée	72.00	12.80
Calcaneum ou astragale: réduction ouverte	152.00	12.80
B) LUXATIONS		
Sacro-coccygienne: réduction ouverte, coccygectomie	100.00	16.00
Epaule: réduction fermée, avec anesthésie	40.00	11.20
Epaule: réduction ouverte	160.00	16.00
50 SYSTEME RESPIRATOIRE		
Nez: septum: résection sous-muqueuse complète	100.00	16.00
Nez: sinusotomie frontale radicale	200.00	16.00
Médiastin: excision: exérèse d'un kyste ou tumeur du médiastin	240.00	40.00
Médiastin: réparation de hernie diaphragmatique: voie thoracique ou thoraco-abdominale	240.00	32.00
Lobectomie totale, segmentectomie	320.00	40.00
60 SYSTEME CARDIOVASCULAIRE		
Coeur et péricarde, excision: péricardectomie pour péricardite contractive	400.00	48.00
Réparation: chirurgie de la valvule pulmonaire: valvulotomie, commissurotomie, etc	240.00	48.00
Réparation: chirurgie de la valvule mitrale ou tricuspéidienne: commissurotomie	260.00	48.00
Réparation: chirurgie des oreillettes: réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum	240.00	48.00
Réparation: chirurgie des oreillettes: réparation d'une communication interauriculaire, type ostium primum	400.00	48.00
Réparation: chirurgie des ventricules: réparation d'une communication inter-ventriculaire	320.00	48.00
Varice et ulcère variqueux: ligature, section et exérèse (stripping) au complet des veines saphènes interne et externe, unilatérale, avec ou sans ligatures étagées	140.00	19.20
70 TISSU LYMPHATIQUE ET HEMATOPOIETIQUE		
Ganglions lymphatiques, cou: lésion bénigne, résection locale	40.00	9.60
80 SYSTEME DIGESTIF		
Amygdalectomie (avec ou sans adénoïdectomie): adulte	64.00	12.80
Amygdalectomie (avec ou sans adénoïdectomie): enfant	48.00	12.80
Réparation de hernie diaphragmatique: voie abdominale	200.00	24.00
Estomac: excision: gastrectomie partielle ou subtotal, avec ou sans vagotomie	240.00	28.80
Estomac: excision: gastrectomie totale (voie abdominale)	320.00	32.00
Estomac: réparation: gastroduodénostomie ou gastrojuno-nostomie	140.00	28.80
Intestin: excision: résection intestinale avec anastomose: iléon terminal, caecum, côlon ascendant (hémicolectomie droite)	200.00	22.40
Intestin: excision: résection intestinale avec anastomose: colectomie totale avec iléo-rectostomie	260.00	25.60
Intestin: excision: résection intestinale avec iléostomie ou colostomie: colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum	\$400.00	\$ 25.60
Diverticule de Meckel: exérèse	100.00	19.20
Appendice: appendicectomie simple ou compliquée	100.00	16.00
Appendice: drainage d'abcès appendiculaire, soins complets	100.00	19.20
Hémorroïdectomie avec ou sans rectosigmoidoscopie, avec ou sans réparation de fissure, incluant 3 visites post-opératoires	80.00	14.40
Fistule anale simple ou compliquée	92.00	14.40
Cholécystectomie	180.00	25.60
Cholécystectomie et correction de hernie hiatale	260.00	25.60
Cholécystostomie	120.00	25.60
La parotomie avec ou sans biopsie	100.00	19.20
Herniotomie: inguinale ou fémorale: simple, unilatérale	100.00	14.40
Herniotomie: inguinale ou fémorale: bilatérale, un temps	152.00	14.40
Herniotomie: étranglée ou incarcerated: avec résection	200.00	19.20
Herniotomie: ombilicale: adulte (16 ans et plus)	120.00	16.00
Herniotomie: ombilicale: enfant (1 an à moins de 16 ans)	100.00	14.40
Réparation: hernie diaphragmatique, voie abdominale	200.00	25.60
Réparation: hernie incisionnelle	140.00	19.20
Réparation: hernie récidivante	140.00	19.20
Réparation: hernie épigastrique	100.00	19.20

Description de l'opération	Chir.	Anes. V. B.
90 SYSTÈME URINAIRE		
Néphrectomie avec résection partielle de l'uretère	240.00	25.60
Néphrectomie avec résection complète de l'uretère par la même incision ou une incision différente avec collicule vésicale	280.00	25.60
Néphrectomie radicale	280.00	28.80
Néphrectomie partielle	220.00	25.60
Néphrotomie avec extraction de calcul	200.00	25.60
Pyélotomie avec extraction de calcul; pyéloolithotomie ou pévilitotomie	180.00	25.60
Néphropexie	140.00	22.40
100 APPAREIL GENITAL MALE		
Circuncision: de la naissance à 15 jours	12.00	.00
Circuncision: de 15 jours à 15 ans	28.00	9.60
Circuncision: après 15 ans	40.00	12.80
Tunique vaginale: cure d'hydrocèle unilatérale	68.00	12.80
Tunique vaginale: cure d'hydrocèle unilatérale avec cure de hernie	120.00	14.40
Tunique vaginale: cure d'hydrocèle bilatérale avec cure de hernie	140.00	14.40
Prostatectomie (n'incluant pas les examens endoscopiques d'investigation mais incluant les vasectomies lorsqu'indiquées):		
- sus-pubienne en un ou deux temps	200.00	28.80
- rétro-pubienne simple	200.00	28.80
- rétro-pubienne radicale	280.00	28.80
110 GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE		
Accouchement normal, incluant les soins pré et post-nataux	\$ 120.00	\$ 14.40
Accouchement (seulement)	40.00	14.40
Accouchement et soins post partum	60.00	14.40
Avortement incomplet avec curetage	52.00	11.20
Césarienne, avec soins pré et post-nataux	180.00	22.40
Césarienne: consultation incluse	140.00	22.40
Vagin, exérèse: cure de cystocèle ou rectocèle	100.00	19.20
Vagin, exérèse: cure de rectocèle et réparation de sphincter anal	140.00	19.20
Utérus et col: exérèse: curetage diagnostique et biopsique	48.00	9.60
Utérus et col: exérèse: myomectomie	140.00	22.40
Hystérectomie abdominale	200.00	25.60
Hystérectomie vaginale, avec rectocèle ou cystocèle	200.00	25.60
Hystérectomie subtotal	120.00	25.60
Hystérectomie radicale (Wertheim)	280.00	28.80
Hystéropexie (suspension utérine)	100.00	19.20
Hystéropexie avec curetage	120.00	19.20
Electro-coagulation du col: initiale	8.00	.00
Glandes mammaires: excision: mastectomie simple	100.00	14.40
Glandes mammaires: excision: mastectomie radicale	220.00	22.40
Glandes mammaires: excision: mastectomie radicale de Urban (avec évidement mammaire interne)	240.00	25.60
120 SYSTÈME NERVEUX		
Crâne: craniectomie décompressive: sous temporale	140.00	32.00
Crâne: craniectomie décompressive: sous occipitale	240.00	32.00
Méninges: craniotomie et évacuation d'hématome: sous-dural, avec membranes (exérèse)	320.00	32.00
Cerveau: craniotomie et exérèse de corps étranger, kyste, néoplasme, abcès cérébral, tumeur hypophysaire, hémato-me intracérébral	400.00	40.00
130 APPAREIL VISUEL		
Globe oculaire: énucléation simple	100.00	16.00
Glaucome: iridectomie périphérique ou complète	120.00	16.00
Cornée: pterygion (exérèse simple)	56.00	16.00
Cristallin: cataracte: extraction simple	200.00	19.20
Cristallin: cataracte congénitale (toutes techniques)	200.00	16.00
Strabisme: opération initiale, correction de déviation horizontale seule, ou verticale seule	160.00	12.80
140 APPAREIL AUDITIF		
Oreille moyenne: paracentèse unilatérale	20.00	9.60
Oreille moyenne: mastoïdectomie: simple	120.00	16.00
Oreille moyenne: mastoïdectomie: radicale ou modifiée	260.00	16.00

- N.B. a) Les allocations indiquées au présent tarif sont sujettes à toutes spécifications pertinentes prévues au "Tarif des Honoraires 1967 de la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec".
- b) Pour tout service de chirurgie non tarifé dans cette liste, l'Assureur détermine le montant de l'allocation à payer, s'il y a lieu, conformément au "Tarif des Honoraires 1967 de la Fédération des Médecins Spécialistes de la Province de Québec" et compte tenu du pourcentage dont il est question ci-bas.
- c) Les allocations prévues au présent tarif ne doivent pas être considérées comme fixant ou tendant à fixer la valeur des services professionnels du médecin, du chirurgien ou de l'anesthésiste ou se rapportant à cette valeur.
- d) Les allocations mentionnées au présent tarif correspondent à quatre-vingt pour cent (80%) de celles qui figurent au "Tarif des Honoraires 1967 de la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec".
- M.F.S. (80%) 67

DIAGNOSTIC

RADIOGRAPHIES

1.	Film simple périapical ou "Bite Wings"	\$ 3.20
2.	Chaque film supplémentaire	1.60
3.	Radiographies extra-buccales	8.00
	(a) côté droit	8.00
	(b) côté gauche	8.00
	(c) antéro-postérieure	8.00
4.	Radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire, 4 films (chaque côté, bouche fermée et ouverte)	24.00

TRAITEMENTS

A) TRAITEMENTS D'URGENCE

(a) nécessitant des sutures	6.00
(b) nécessitant un débridement et des sutures	8.00
(c) nécessitant un débridement, des sutures et autres interventions chirurgicales	12.00
Traitements post-opératoires	4.00

B) CHIRURGIE

Extraction (comprenant l'anesthésie locale ou régionale)	
(a) une dent	4.80
(b) chaque dent additionnelle dans la même hémicarcade	3.20
(c) extraction chirurgicale d'une dent avec lambeau et sutures	12.00
Extraction chirurgicale de racine	
(a) sous-muqueuse	6.40
(b) enclavée par alvéolotomie, lambeau et sutures	12.00
Ablation d'un corps étranger des tissus mous	40.00
Ablation d'un corps étranger de l'os (intervention distincte)	40.00

Traitements de:

Fracture simple du maxillaire	
(a) réduction ouverte	\$ 160.00
(b) réduction fermée	80.00
Fracture composée ou comminutive du maxillaire	
(a) réduction ouverte	200.00
(b) réduction fermée	120.00
Fracture simple de la mandibule	
(a) réduction ouverte	160.00
(b) réduction fermée	80.00
Fracture composée ou comminutive de la mandibule	
(a) réduction ouverte	200.00
(b) réduction fermée	120.00
Fracture de l'os malaire (zygomatique)	
réduction simple fermée	120.00
Fracture de l'os malaire (zygomatique) simple ou composée avec dépression, réduction ouverte	160.00
Fracture du condyle	
(a) réduction ouverte	160.00
(b) réduction fermée	80.00
Luxation de la mandibule (sans complication)	
	28.00
Fracture alvéolaire	
	12.00

C) TRAITEMENTS ENDODONTIQUES D'URGENCE

Traitement de lésions traumatiques d'une dent	
(a) n'intéressant pas la pulpe	4.00
(b) mise à nu de la pulpe	6.40
(c) avec fracture de la racine	12.00
(d) avec luxation partielle	12.00

D) SERVICES SUPPLEMENTAIRES

Anesthésie:	
1. locale	2.40
2. sédation par voie buccale comme adjuvant à l'anesthésie locale	1.20
3. sédation intraveineuse comme adjuvant à l'anesthésie locale	4.00

N.B. a) Aucune allocation n'est accordée pour tout service professionnel non expressément mentionné dans le présent tarif; toutefois, l'Assureur peut, à sa discrétion, déterminer, compte tenu du présent tarif, le montant de l'allocation à payer, s'il y a lieu, pour tout service professionnel analogue à l'un de ceux prévus au tarif.

b) Les allocations prévues au présent tarif ne doivent pas être considérées comme fixant ou tendant à fixer la valeur des services professionnels du médecin ou du chirurgien-dentiste ou se rapportant à cette valeur.

M.C.D. (80%) 65

le travail

du permanent

Un aperçu hebdomadaire des questions qui intéressent les permanents de la CSN.

Responsable: Service de l'information et des communications de la CSN.

Composition et impression: Les Editions du Richelieu Limitée
100, rue Bouthillier, Saint-Jean, P.Q.

Tél.: Saint-Jean 347-5326
Montréal 658-0613