

FORMULAIRE DE FACTURATION À L'ACTE

Date de révision : 1^{er} octobre 2008

Nom du MD/numéro			DATE :		<input type="checkbox"/> Nouvelle inscription GMF
					<input type="checkbox"/> Visite annuelle GMF 8875
DX :					<input type="checkbox"/> Modification code
			<input type="checkbox"/> 01 Santé mentale (DSM-IV) tr. psychotiques/bipolaires /paniques/ anxiété/autisme/anorexie/boulimie <input type="checkbox"/> 02 MPOC, asthme modéré à sévère (70% valeur prédite), pneumopathie professionnelle <input type="checkbox"/> 03 MCAS, insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> 04 Cancer passé, présent, projeté ou en phase palliative <input type="checkbox"/> 05 Diabète excluant le diabète de grossesse <input type="checkbox"/> 06 Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou avec cure de désintoxication (5 ans et -), méthadone <input type="checkbox"/> 07 VIH/SIDA <input type="checkbox"/> 08 Maladies dégénératives du système nerveux central <input type="checkbox"/> 09 Maladies inflammatoires chroniques : PAR, Psoriasis (non-cut), Lupus, Sclérodémie & autres Collagénoses, Colites ulcéreuses, Crohn <input type="checkbox"/> 10 Dépression majeure active (1er épisode) <input type="checkbox"/> 11 Dépression majeure récidivante <input type="checkbox"/> 12 Insuffisance rénale chronique (clairance < 50 ml/min.) <input type="checkbox"/> 13 Maladie thromboembolique récidivante avec anticoagulothérapie à vie et suivi RNI <input type="checkbox"/> 14 Fibrillation auriculaire avec anticoagulothérapie à vie et suivi RNI <input type="checkbox"/> 99 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états précédents		
CSST		CSST		AUTRES	
<input type="checkbox"/> Att. Méd. Initiale 9926	<input type="checkbox"/> Inf. compl. écrite 9929	<input type="checkbox"/> Supplément EMP 0-5 ans 08877		<input type="checkbox"/> Forfait de responsabilité (CLSC) 15169	
<input type="checkbox"/> Prise en charge 9927	<input type="checkbox"/> Bilan verbal 9907	<input type="checkbox"/> Prise en charge grossesse 1 ^{er} trimestre 15159		<input type="checkbox"/> Forfait de responsabilité (Domicile) 15170	
<input type="checkbox"/> Évolution 9928	<input type="checkbox"/> Rapport compl. 9909			<input type="checkbox"/> Garde en disponibilité semaine 19060 # _____ unités	
<input type="checkbox"/> Rapport final 9930	<input type="checkbox"/> Retrait préventif 9970			<input type="checkbox"/> Garde en disponibilité FDS et férié 09857 # _____ unités	
<input type="checkbox"/> Assig. temporaire 9971	<input type="checkbox"/> Avis motivé 9900	<input type="checkbox"/> Supplément de responsabilité de Suivi de grossesse 15145			
		<input type="checkbox"/> Prise en charge de lombalgie 9975			
Date d'accident :					



Nom du MD/numéro			DATE :		<input type="checkbox"/> Nouvelle inscription GMF
					<input type="checkbox"/> Visite annuelle GMF 8875
DX :					<input type="checkbox"/> Modification code
			<input type="checkbox"/> 01 Santé mentale (DSM-IV) tr. psychotiques/bipolaires /paniques/ anxiété/autisme/anorexie/boulimie <input type="checkbox"/> 02 MPOC, asthme modéré à sévère (70% valeur prédite), pneumopathie professionnelle <input type="checkbox"/> 03 MCAS, insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> 04 Cancer passé, présent, projeté ou en phase palliative <input type="checkbox"/> 05 Diabète excluant le diabète de grossesse <input type="checkbox"/> 06 Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou avec cure de désintoxication (5 ans et -), méthadone <input type="checkbox"/> 07 VIH/SIDA <input type="checkbox"/> 08 Maladies dégénératives du système nerveux central <input type="checkbox"/> 09 Maladies inflammatoires chroniques : PAR, Psoriasis (non-cut), Lupus, Sclérodémie & autres Collagénoses, Colites ulcéreuses, Crohn <input type="checkbox"/> 10 Dépression majeure active (1er épisode) <input type="checkbox"/> 11 Dépression majeure récidivante <input type="checkbox"/> 12 Insuffisance rénale chronique (clairance < 50 ml/min.) <input type="checkbox"/> 13 Maladie thromboembolique récidivante avec anticoagulothérapie à vie et suivi RNI <input type="checkbox"/> 14 Fibrillation auriculaire avec anticoagulothérapie à vie et suivi RNI <input type="checkbox"/> 99 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états précédents		
CSST		CSST		AUTRES	
<input type="checkbox"/> Att. Méd. Initiale 9926	<input type="checkbox"/> Inf. compl. écrite 9929	<input type="checkbox"/> Supplément EMP 0-5 ans 08877		<input type="checkbox"/> Forfait de responsabilité (CLSC) 15169	
<input type="checkbox"/> Prise en charge 9927	<input type="checkbox"/> Bilan verbal 9907	<input type="checkbox"/> Prise en charge grossesse 1 ^{er} trimestre 15159		<input type="checkbox"/> Forfait de responsabilité (Domicile) 15170	
<input type="checkbox"/> Évolution 9928	<input type="checkbox"/> Rapport compl. 9909			<input type="checkbox"/> Garde en disponibilité semaine 19060 # _____ unités	
<input type="checkbox"/> Rapport final 9930	<input type="checkbox"/> Retrait préventif 9970			<input type="checkbox"/> Garde en disponibilité FDS et férié 09857 # _____ unités	
<input type="checkbox"/> Assig. temporaire 9971	<input type="checkbox"/> Avis motivé 9900	<input type="checkbox"/> Supplément de responsabilité de Suivi de grossesse 15145			
		<input type="checkbox"/> Prise en charge de lombalgie 9975			
Date d'accident :					

FORMULAIRE DE FACTURATION À L'ACTE