

**MANUEL
DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SERVICES DE LABORATOIRE
EN ÉTABLISSEMENT
(n° 170)**

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

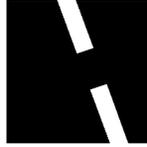
Publication

Service des relations avec la clientèle

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-51213-4

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



**MANUEL DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
SERVICES DE LABORATOIRE
EN ÉTABLISSEMENT**

**MISE À JOUR 48
OCTOBRE 2007**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

MODIFICATION 44 (2^e partie) en vigueur le 1^{er} juillet 2007, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

- FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- L'indemnité de 71 \$ l'heure pour le temps de déplacement est modifié pour 75 \$ l'heure (*Prend effet le 4 juillet 2007*).

Pages : 1, 2 et 5

- RÈGLES D'APPLICATION

- Des montants ont été modifiées aux PA 20 Visites à domicile, PA 23 Psychiatrie, PA 24 Examens in vitro, PA 25 Médecine interne, rhumatologie et gériatrie, PA 31 Chirurgie générale et PA 33 Radio-oncologie.

Pages : 15 à 17

- Ajout d'un code d'acte au PA 36 Gastro-entérologie.

Page : 17

- Les montants sont remplacés au tableau du sous-paragraphe 3.1.1. (*Prend effet le 1^{er} janvier 2007*)

Page : 18

- Le montant est remplacé au sous-paragraphe 3.2.1. Au sous-paragraphe 3.2.2, les montants sont remplacés, pour le montant du 3^e alinéa la *date de prise d'effet est le 1^{er} janvier 2007*.

Page : 18

- Des montants ont été modifiées aux PG 3 Cardiologie, PG 5 Radio-oncologie, PG 7 Physiatrie, PG 8 Chirurgie générale et PG 9 Médecine interne.

Pages : 19 et 20

- À la règle d'application no 28, au premier alinéa de l'article 1 les codes d'actes 02886 et 02887 sont remplacés par 18068 et 18069. Le 2^e alinéa de l'article 1 est supprimé.

Page : 11

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- TABLE DES MATIÈRES

- Le nom de l'onglet «Formulaires» est modifié pour «Manuels et formulaires»

Page : 4

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 059 / 2007-07-11

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-51213-4

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service des relations avec la clientèle

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but du manuel est de renseigner les médecins spécialistes sur les modalités administratives d'application des dispositions de l'Accord-cadre en ce qui a trait aux examens (actes) effectués en centre hospitalier. À cet égard il contient, notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement pour les médecins rémunérés à l'acte, des renseignements relatifs au paiement, ainsi que les dispositions tarifaires. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot **AVIS**.

Ce manuel étant un document publié pour des fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un décret, un règlement ou une entente.

La Régie remet à chaque nouveau médecin spécialiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de paiement qui est, par la suite renouvelable sur commande.

Lorsqu'un texte du manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (*voir la **signification des références au verso de la présente page***).

Les médecins spécialistes, leur personnel de secrétariat et les administrateurs d'hôpitaux sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel, et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

- # Enfin, la régie offre un service d'information au **Centre de contacts des professionnels et admissibilité** où des préposés et des agents de liaison les informent sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives liées au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir la **page suivante**.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**Par le site Internet :**

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique Internet :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- à Québec : 418 528-7763
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251
- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Centre de contacts des professionnels et admissibilité
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX /MMMM 20AA / ZZ

- MAJ** = mise à jour.
XX = numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier.
MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);
 - **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel.
 - **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la Modification relative à l'Accord-cadre.
 - Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
ENTENTE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À LA MÉDECINE DE LABORATOIRE.....	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	2
1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR.....	1
Annexe 23	1
Article 1 : Dispositions générales	1
Article 2 : Territoires désignés.....	2
Article 3 : Frais maximaux.....	3
1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement.....	4
# 1.2 Demande de remboursement des frais de déplacement (<i>Formulaire n° 1988</i>).....	6
1.2.1 Description du formulaire	7
RÉMUNÉRATION À L'ACTE	
2. DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE.....	1
2.0 AVANT-PROPOS	1
2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - ASSURANCE HOSPITALISATION DESCRIPTION DU FORMULAIRE (<i>Formulaire n° 1606</i>).....	3
2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
2.2.1 Section 1 - Période de dispensation des services.....	5
2.2.2 Section 2 - Identité du médecin ayant fourni les services assurés	5
2.2.3 Section 3 - Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis.....	5
2.2.4 Section 4 - Facturation des actes et considération spéciale.....	7
2.2.4.1 Section 4 - Forfait minimum pour déplacements d'urgence.....	11
2.2.5 Section 5 - Signature du médecin et attestation de l'établissement.....	13
2.3 EXPÉDITION	13
2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (<i>Formulaire n° 1944</i>).....	14
2.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	16
ANNEXE I : LISTE DES MODIFICATEURS.....	17
ANNEXE II : LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION	23

	<i>Page</i>
PAIEMENT	
5. PAIEMENT	1
5.1 MODE DE PAIEMENT	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
5.3 ÉTAT DE COMPTE	
5.3.1 Description	3
5.3.1.1 Renseignements généraux	3
5.3.1.2 Sommaire	3
5.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.....	5
5.3.2 Vérification des paiements.....	5
5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT.....	5
5.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
5.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement.....	5
5.4.3 Paiement refusé en partie.....	6
5.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT.....	7
5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	8
5.6.1 Codes de transactions.....	8
5.6.2 Calendrier de paiement (2006).....	9
5.6.2 Calendrier de paiement (2007).....	10
5.6.3 Codes de messages explicatifs	11
RÈGLES D'APPLICATION	
6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS.....	1
1. RÈGLES D'APPLICATION	1
2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS	14
# 6.3 PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE	18
# PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX.....	18
# PLAFONNEMENTS PARTICULIERS	19
DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
ADDENDUM 2 - ANATOMO-PATHOLOGIE.....	A-1
Tableau des honoraires	A-3
Autopsie	A-3
Cytologie (examen microscopique)	A-6
Cytogénétique	A-6
Biologie moléculaire	A-6
Honoraires forfaitaires annuels	A-7
Liste des examens complexes	A-8
ADDENDUM 3 - B - BIOCHIMIE MÉDICALE.....	B-1
Annexe.....	B-4
ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES	C-1
Tableau des honoraires	C-1

	<i>Page</i>
ADDENDUM 10 - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE	D-1
Tableau des honoraires.....	D-2
ADDENDUM 6 - HÉMATOLOGIE	E-1
Tableau des honoraires.....	E-4
Actes médicaux.....	E-4
Coagulation	E-4
Banque de sang.....	E-5
Hématologie spéciale	E-5
Hématologie radioisotopique	E-5
Immunologie.....	E-6
Biologie moléculaire	E-10
ADDENDUM 7 - MÉDECINE NUCLÉAIRE	F-1
Tableau des honoraires.....	F-3
Épreuves «In vivo»	F-3
Diagnostic.....	F-3
Système endocrinien	F-3
Système hémapoïétique	F-3
Système urinaire	F-4
Système digestif	F-4
Système cardiovasculaire.....	F-4
Système respiratoire	F-5
Système nerveux central	F-5
Système musculo-squelettique	F-5
Divers	F-5
Traitement	F-6
Épreuves « In vitro »	F-6
ADDENDUM 5 - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE	G-1
Annexe	G-4
ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	H-1
Protocole	H-6
Tableau des honoraires.....	H-8
Tête et cou.....	H-8
Colonne et bassin.....	H-9
Membres supérieurs	H-10
Membres inférieurs.....	H-10
Études du squelette	H-10
Thorax.....	H-11
Abdomen.....	H-11
Voies gastro-intestinales et biliaires	H-12
Voies génito-urinaires, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	H-13
Obstétrique et gynécologie.....	H-14
Fluoroscopie diagnostique.....	H-14
Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	H-14
Divers.....	H-15
Mammographie	H-16
Angioradiologie (technique).....	H-21
Angioradiologie (interprétation)	H-22
Tomographie par ordinateur.....	H-23
Protocole I- Examens de résonance magnétique	H-25
Cardiaque.....	H-26

	<i>Page</i>
ADDENDUM 8 - ULTRASONOGRAPHIE.....	K-1
Échoencéphalographie.....	K-5
Ultrasonographie cardiaque	K-5
Protocole II.....	K-6
Échographie pelvienne ou obstétrique.....	K-6
Ultrasonographie ophtalmologique	K-8
Échographie abdominale.....	K-8
Échographie articulaire.....	K-9
Échographie de surface.....	K-9
Échoscopie.....	K-10
Examens Doppler pour fins de diagnostic	K-10
ADDENDUM 11- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE.....	L-1
Épreuves de routine	L-2
Volumes	L-2
Échanges gazeux.....	L-2
Épreuves d'effort respiratoire	L-2
Autres épreuves	L-3
ADDENDUM 12 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	M-1
Tableau des honoraires.....	M-2
Cytogénétique	M-2
Génétique biochimique.....	M-2
Métabolites	M-3
Génétique moléculaire	M-4
#8. MANUELS ET FORMULAIRES.....	1

**ENTENTE
RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**

ENTRE

LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

*VOIR LA BROCHURE NO 1 DU MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
- RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE*

Remarque : Le préambule général régissant la pratique de la MÉDECINE DE LABORATOIRE est inclus sous le présent onglet.

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Ce tarif régit la pratique de la médecine de laboratoire.

On entend par le terme « médecine de laboratoire » les disciplines de la biologie médicale, la médecine nucléaire et la radiologie diagnostique.

Sont de même considérés comme de la médecine de laboratoire certains autres procédés d'examen qu'indique ce tarif.

Sauf disposition contraire, ce tarif ne s'applique pas aux soins donnés lors de la visite du malade. À cet égard, les médecins de laboratoire sont régis par le tarif de la médecine et de la chirurgie.

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

1.1 Seul celui qui a qualification de spécialiste dans une discipline de la médecine de laboratoire, a droit d'être payé pour un examen tarifé dans la nomenclature des examens de cette discipline.

1.2 Certains médecins ont qualification de spécialistes dans plus d'une discipline de la médecine de laboratoire. Ce sont les bi-appartenants.

Ces médecins sont payés au plein tarif pour les examens de laboratoire qu'ils pratiquent dans la discipline dans laquelle ils sont classés; ils sont payés au quart du tarif pour les examens de laboratoire, dans leurs autres disciplines.

Celui qui est bi-appartenant est classé en regard de son certificat le plus récent sauf s'il indique un classement différent.

DÉROGATIONS

1.3 À titre exceptionnel, un médecin qui a qualification de spécialiste en médecine ou en chirurgie peut être payé suivant la tarification de la médecine de laboratoire.

Cette dérogation a trait aux seuls examens pour lesquels il justifie d'une formation de pointe.

Sont reconnues les dérogations que recommande le Collège des médecins du Québec ainsi que celles effectuées par les parties négociantes aux fins de rémunération.

RÈGLE 2.**TARIFICATION NOUVELLE**

2.1 Un médecin spécialiste peut demander la tarification d'un nouvel examen de laboratoire relié au champ d'activités de sa discipline

Il présente alors une demande de tarification nouvelle, en donnant une description sommaire du procédé.

AVIS : - *Inscrire le code 09990;*
- *Inscrire les autres renseignements : modificateur, unités;*
- *Ne pas inscrire d'honoraires;*
- *Fournir une description détaillée du service médical fourni;*
- *Facturer cet acte seul sur la demande de paiement.*

2.2 Sur réception d'une demande de tarification nouvelle, le Régie en notifie les parties négociantes.

2.3 Les parties négociantes fixent la tarification d'un nouvel examen.

Elles déterminent, par protocole, les arrangements particuliers touchant les examens pratiqués au moyen d'une technologie nouvelle.

2.4 Une tarification nouvelle a effet rétroactif. Sont alors payés les relevés d'honoraires qui ont été présentés dans les délais.

2.5 Sauf en radiologie diagnostique, on ne peut se prévaloir de la procédure de tarification nouvelle pour un examen de laboratoire pratiqué en cabinet privé.

RÈGLE 3.**REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

3.1 On s'en reporte aux dispositions de l'Annexe 23 pour ce qui est des frais de déplacement et de séjour.

RÈGLE 4.**URGENCES**

4.1 En centre hospitalier de courte durée, celui qui est appelé pour un examen d'urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés ou, si cela est plus avantageux, au forfait de l'urgence.

L'horaire de garde s'entend : en semaine, de la période comprise entre 19 heures et 7 heures; du week-end; et des jours fériés.

AVIS : *En rémunération mixte, se reporter à la Brochure n° 5.*

4.2 Les honoraires majorés sont établis comme suit :

La majoration est de la moitié pour un examen pratiqué entre minuit et 7 heures; elle est du tiers pendant le reste de l'horaire de garde. Toutefois, pour le médecin classé en médecine nucléaire, la majoration d'honoraires est 100 % pour les examens pratiqués pendant l'horaire de garde.

Seuls sont majorés les examens urgents pour lesquels le médecin de laboratoire a été appelé pendant l'horaire de garde.

AVIS : *Voir la section 2.2.4 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE (sauf en médecine nucléaire)

MOD=018 :

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration du 1/3)

MOD=017

NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de la 1/2)

MOD=019

WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés de 7 heures à minuit (majoration du 1/3)

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE - MÉDECINE NUCLÉAIRE

MOD=147 :

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de 100 %)

MOD=148

NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 100 %)

MOD=149

WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés de 7 heures à minuit (majoration de 100 %)

- + **4.2.1** Malgré la Règle 4.2, pour le médecin classé dans une discipline visée par une majoration d'honoraires spécifique à l'article 14 du Préambule général de l'Annexe 4, la majoration d'honoraires applicable est alors celle qui y est prévue.

- + **4.3** Le forfait de l'urgence est de 158 \$ entre minuit et 7 heures et de 105 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

Ce forfait est un honoraire global : sont compris les examens urgents pour lesquels le médecin de laboratoire a été appelé de même que ceux qu'il a pratiqués pendant le temps qu'il a passé au centre hospitalier.

AVIS : *Pour réclamer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*

code d'acte 92030 de minuit à 7 heures ;

code d'acte 92040 de 7 heures à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés, de 19 heures à minuit, les autres jours.

- 4.4** Les honoraires majorés (ou le forfait de l'urgence) sont facturés en utilisant le formulaire habituel de demande de paiement.

On doit y annexer une note indiquant le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite et le motif de l'urgence.

AVIS : *Dans les cas d'urgence, pendant l'horaire de garde, utiliser le « Document complémentaire » pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite ainsi que le motif de l'urgence.*

Si la demande de paiement couvre plus d'un acte, mentionner le numéro de la (des) ligne (s) visée (s) sur la demande de paiement.

Toutefois, s'il s'agit d'une demande de paiement facturée sur un formulaire de visite, on doit, malgré le paragraphe précédent, annexer une note indiquant l'heure de l'appel, celle de la visite et le motif de l'urgence.

AVIS : *Dans les cas d'urgence, pendant l'horaire de garde, inscrire l'heure de l'appel et celle de la visite ainsi que le motif de l'urgence, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

S'il s'agit d'une autopsie qui a dû être pratiquée pendant l'horaire de garde, le médecin pathologiste indique l'heure du début de l'autopsie.

AVIS : *Voir l'AVIS sous l'onglet A - Anatomopathologie - code d'acte 10022.*

- 4.5** Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier du centre hospitalier qui coïncide avec la date d'une fête légale ou, si elle tombe le week-end, le jour de sa célébration.

Les fêtes légales sont les 1er et 2 janvier, le lundi de Pâques, le 24 juin, le Jour du Canada, la Fête du Travail, l'Action de Grâce, la Noël et le 26 décembre.

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Voir à la fin de l'onglet « A - Préambule général » du Manuel des médecins spécialistes.*

Le médecin spécialiste doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

RÈGLE 5.**HONORAIRE ADDITIONNEL**

5.1 Un examen dont la complexité est inhabituelle, donne droit au paiement d'un honoraire additionnel.

5.2 Une demande d'honoraire additionnel est rédigée sur un formulaire de la Régie; elle est jointe au relevé d'honoraires.

AVIS : *Fournir les renseignements décrivant l'acte posé et, dans la case HONORAIRES, le montant total incluant les honoraires additionnels demandés. Inscrire un « N », dans la case C.S. Voir la section 2.2.4 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

5.3 La Régie apprécie l'exigibilité d'une demande d'honoraire additionnel.

En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

RÈGLE 6.**RAPPORTS MÉDICAUX**

6.1 N'est pas considéré comme frais accessoires, l'honoraire de rédaction d'un rapport médical.

+ RÈGLE 7.**SÉDATION-ANALGÉSIE**

7.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en cardiologie ou en radiologie diagnostique qui procède à une sédation-analgésie (narcose) pour effectuer un examen identifié par la mention PG-7, a droit à un supplément d'honoraires de 40 \$.

AVIS : *Utiliser le code d'acte 70003*

- inscrire le rôle 1;
- les honoraires de 40,00 \$

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

En vertu de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, les dispositions relatives au déplacement sont regroupées à l'Annexe n° 23 de l'Entente.

La présente section du Manuel des médecins spécialistes (Services de laboratoire en établissement) comporte deux parties :

1. le texte intégral de l'Annexe n° 23;
2. les instructions de facturation qui s'y rapportent.

ANNEXE 23.**FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR****ARTICLE 1.
DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

1.1 Celui auquel un centre hospitalier fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

L'indemnité est de 0,82 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

1.2 Les frais de séjour d'un consultant sont remboursés par le centre hospitalier.

+ **1.3** S'ajoute une indemnité de 75 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

- a) d'un médecin psychiatre qui est consultant dans un établissement mentionné en annexe;

AVIS : *Pour consulter la liste des établissements, voir sous l'onglet « Frais de déplacement et de séjour » dans le Manuel des médecins spécialistes (Régime d'assurance maladie).*

- b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

- c) d'un médecin spécialiste qui se déplace pour dispenser des soins dans une discipline et un établissement visés aux lettres d'entente n^{os} 102 ou 112, à moins que cet établissement ne soit déjà visé par l'article 2.

AVIS : *Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce dans le cadre de la Lettre d'entente 157 auprès d'un établissement visé par le mécanisme de remplacement et de support a également droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement **peu importe le territoire où est situé cet établissement.***

**ARTICLE 2.
TERRITOIRES DÉSIGNÉS**

- 2.1** Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné par le ministre, est remboursé comme suit :
- La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,82 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.
Il présente les pièces justificatives.
L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.
 - Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.
- + **2.2** S'ajoute une indemnité de 75 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.
- 2.3** On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin spécialiste :
- Transport aérien ou ferroviaire**
La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, une allocation d'une heure est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).
 - Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus**
Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{80\text{km/hre}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies suivant la publication « Distances routières » du ministère des Transports du Gouvernement du Québec.
- 2.4** Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné, est compensé pour un temps d'attente imprévu (Exemples : une intempérie ou un retard de son envolée).
- + On lui accorde alors une indemnité de 75 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

**ARTICLE 3.
FRAIS MAXIMAUX**

3.1 Sauf dans les cas autorisés par le ministre, un médecin spécialiste ne peut demander paiement de frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine.

1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement

Services de laboratoire en établissement Rémunération à l'acte et à l'unité	
Dispositions générales	Directives
<p>Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant en territoire non désigné :</p> <ul style="list-style-type: none"> # • Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,82 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de sortie de la municipalité jusqu'au centre hospitalier. • Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport. • Sauf dans les cas autorisés par le Ministre, un médecin spécialiste ne peut demander paiement des frais de déplacement, y compris l'indemnité horaire que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine. 	<p>Si vous utilisez le formulaire « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte » (n° 1606) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remplir le formulaire de la façon habituelle. <p>Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une « Demande de paiement » correspondant à des soins dans un centre hospitalier visé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire sur une ligne différente chaque déplacement effectué (maximum 1 déplacement par semaine, par centre hospitalier). • Toujours préciser votre point de départ sur le formulaire. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ. N. B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel. • Utiliser plusieurs demandes de paiement pour la même période, si l'espace s'avère insuffisant. • Ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles. • Utiliser le code 99900 lequel remplace tous les codes antérieurement utilisés. <p>IMPORTANT : Ne pas utiliser le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988).</p> <p>Si vous utilisez le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200), vous pouvez vous référer aux instructions figurant dans la section 1.2 de l'onglet « Frais de déplacement et de séjour » du manuel de facturation à l'acte.</p>

Dispositions particulières	a) Aux territoires désignés (territoires sujets à la rémunération majorée) b) et à certaines catégories de professionnels
A) DÉPLACEMENT (Frais de transport) <ul style="list-style-type: none"> • Voiture personnelle : 0,82 \$ par kilomètre • Autres moyens de transport • Le professionnel qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné est remboursé de ses frais réels de déplacement. 	<p>Suivre la procédure décrite précédemment.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliser le formulaire n° 1606 : <ul style="list-style-type: none"> • Remplir le formulaire de la façon habituelle. Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une « Demande de paiement » correspondant à des soins données dans le centre hospitalier visité. • Inscrire sur une ligne différente chaque déplacement effectué. • Inscrire le code 99910 et inscrire pour chaque déplacement, le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988). 2. Remplir le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » en y précisant le détail des dépenses faites. Utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement. 3. Attacher à chaque formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et joindre le tout à la « Demande de paiement » (n° 1606).
# B) TEMPS DE DÉPLACEMENT <ul style="list-style-type: none"> • Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'Annexe 23, une indemnité de 75 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement. • Il est accordé une indemnité de 75 \$ l'heure pour un temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné. 	<p>Utiliser le formulaire « Demande de paiement » sur lequel a été facturé le déplacement correspondant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire le code 99920 dans la section CODE D'ACTE. • Préciser la date et le montant demandé pour le temps consacré au déplacement. • Taux horaire : 75 \$.

Le formulaire « **Demande de remboursement des frais de déplacement** » (n° 1988) est disponible à la Régie et dans certains établissements.

1.2 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
(Formulaire n° 1988)

1.2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

- 1. PROFESSIONNEL** : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie.
- 2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : Indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération.
- 3. DÉPLACEMENT** : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro . **Ces renseignements sont obligatoires**. Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

- 4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.
- 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT** : le temps consacré au déplacement, si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente et le montant **calculé à 100%**; reporter ce montant sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte 99920.
- 6. MOYEN DE TRANSPORT** : la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) **X** par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Reporter le montant associé au moyen de transport sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte 99910 pour les moyens de transport autres que la voiture personnelle (99900 pour la voiture).
- 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des montants demandés.
- 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement.
- 9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

Remarque : PRÉSENCE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES : toutes les pièces justificatives telles que preuve de location de voiture et reçus d'essence afférents, reçus de taxi, etc. doivent être jointes à la demande de remboursement, et doivent être des pièces **originales** (pas de photocopie).

Le nombre de kilomètres facturé doit correspondre à la distance unidirectionnelle. Celle-ci se calcule du point de sortie de la municipalité jusqu'à l'établissement visité.

Ces documents doivent être transmis, **avec la demande de paiement correspondante**, à l'adresse suivante:

Régie de l'assurance maladie
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

RÉMUNÉRATION À L'ACTE**2. DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE****2.0 AVANT-PROPOS**

La Régie met à la disposition des médecins spécialistes qui sont habilités à rendre des services en laboratoire un approvisionnement de **demandes de paiement**.

Le professionnel peut demander, au besoin, un nouvel approvisionnement à la Régie en utilisant le formulaire COMMANDE DE FORMULAIRES.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux qui sont exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et qui sont nécessaires à un traitement adéquat en vue d'en effectuer le paiement.

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la **machine à écrire** ou en **lettres moulées**.

Toute erreur ou omission (date, code d'acte, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de paiement.

Inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire, **l'année, le mois, le jour**, en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 2002 comme suit : 02-06-15.

Inscrire les montants demandés **sans le signe de dollar** (\$).

Seuls les actes relevant des spécialités suivantes doivent être inscrits sur cette demande de paiement :

anatomo-pathologie
électrocardiographie
électroencéphalographie
hématologie
médecine nucléaire - épreuves in vitro
radiologie diagnostique - en centre hospitalier

Le texte de l'Annexe 23 et les instructions de facturation qui s'y rapportent, se trouvent sous l'onglet « Frais de déplacement et de séjour », dans le présent manuel.

Les médecins titulaires de plus d'un certificat de spécialité ou bénéficiant de privilèges reconnus aux fins de paiement doivent inscrire les actes se rapportant à chaque addendum sur des demandes de paiement distinctes.

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

- # Toutes les dispositions relatives à la rémunération majorée s'appliquent aux services de laboratoire en établissement. Se reporter au Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » à la page 1 de la partie « Rémunération majorée -Liste des localités ».

2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - ASSURANCE HOSPITALISATION
DESCRIPTION DU FORMULAIRE (*Formulaire n° 1606*)

La demande de paiement comporte 5 sections :

1. Période de dispensation des services;
2. Identité du médecin ayant fourni les services assurés;
3. Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis;
4. Facturation des actes et considération spéciale;
5. Signature du médecin et du signataire autorisé pour l'établissement.

Remarque : Le numéro de référence figurant à gauche de la partie supérieure de la demande de paiement doit être inscrit dans toute correspondance pertinente.

2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

2.2.1 Section 1

Période de dispensation des services.

Les dates inscrites dans cette section délimitent la période durant laquelle les services assurés ont été rendus. La période de dispensation des services ne doit pas excéder 4 semaines.

Lorsque l'entrée en fonction intervient au cours d'une de ces périodes, inscrire la date d'entrée en fonction comme date de début de la période.

Pour l'identification des périodes exactes, voir les calendriers à la section 5.6.2, sous l'onglet « Paiement - Messages explicatifs ».

Remarque : Pour les montants forfaitaires mensuels en anatomo-pathologie, voir le tableau sous l'onglet « Anatomo-pathologie » et la Lettre d'entente 10.

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait préférable pour le professionnel de facturer une demande de paiement dont la période se termine le 30 juin et le 30 décembre de chaque année, faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés si la période chevauche la date de fin d'un semestre.*

2.2.2 Section 2

Identité du médecin ayant fourni les services assurés.

Cette identité comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel au complet;
- le nom de famille au complet;
- le numéro d'inscription à la Régie;
- le numéro de groupe est un numéro de compte administratif attribué par la Régie si le médecin désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels;
- le code de la spécialité correspondant aux actes facturés.

2.2.3 Section 3

Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis.

Inscrire dans cette section :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres);
- le nom du département ou du service (ex. : radiologie diagnostique, anatomo-pathologie, etc.).

#

2.2.4 Section 4 (suite)**Exemple 1**

Facturation des actes et considération spéciale.

- Facturation des actes

Tous les actes pour lesquels le médecin demande des honoraires doivent être inscrits dans cette section.

Il ne faut pas inscrire plus de 20 codes d'acte par demande de paiement. Pour chaque acte, il faut donner les renseignements suivants :

- le code de l'acte (4 ou 5 chiffres) correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- le modificateur (3 chiffres) ; la liste des modificateurs figure à l'annexe I de cet onglet;

Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre « Modificateurs multiples » de l'annexe I.

- le nombre de fois que le même code d'acte est facturé;
- le tarif correspondant au code d'acte (à 100 % du tarif);
- le montant demandé compte tenu des renseignements fournis dans les colonnes précédentes. Ce montant doit correspondre soit au tarif de base prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération majorée, selon le cas.

TOTAL : donner, à cet endroit, le total du nombre d'actes et le montant total des honoraires.

- Considération spéciale

Mettre un « N » dans la case C.S. dans toute situation nécessitant une appréciation particulière.

- Facturation d'un service médical non tarifé :

- Inscrire le code 09990;
- inscrire les autres renseignements : date, modificateur, unités;
- ne pas inscrire d'honoraires;
- inscrire la lettre « N » dans la case C.S.;
- fournir une description détaillée du service fourni;
- facturer cet acte seul sur la demande de paiement.

Remarque : Dans tous ces cas, il faut joindre un document complémentaire à la demande de paiement (voir la section 2.4).

Exemple 2

- Facturation d'un acte de radiologie ou d'électrocardiographie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :
 - inscrire la lettre « A » dans la case CS;
 - les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire où **l'interprétation a été faite**;⁽¹⁾
 - le numéro d'établissement ou de la localité **où l'interprétation a été faite**⁽²⁾;
 - indiquer le lieu **où la technique a été faite** dans un document complémentaire joint ou sur une ligne du formulaire n° 1606.

Remarques : (1) Si le médecin n'a pas le même mode de rémunération dans les deux établissements, il doit facturer son service selon le mode prévalant dans celui où l'interprétation a été faite.

(2) Voir exceptions pour la facturation des codes d'acte des services rendus dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein ou du protocole d'accord relié à ce programme.

Pour les cas de refacturation (lettre « B »), se référer à la section 5.4 sous l'onglet « Paiement - Messages explicatifs ».

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

2.2.4.1 Section 4

Forfait minimum pour les déplacements d'urgence

CODE D'ACTE	PÉRIODE VISÉE	TARIF \$
92030	De minuit à 7 h en tout temps	150
92040	De 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés; De 19 h à minuit les autres jours ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte).	100

- Dans la case CODE D'ACTE, inscrire le code d'acte correspondant au forfait désiré;
- inscrire la lettre A dans la case CS ;
- joindre un document complémentaire (formulaire n° 1944) et y inscrire :
 - le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence;
 - l'heure de l'appel et celle de l'examen;
 - le motif de l'urgence.

S'il s'agit d'une autopsie, indiquer l'heure de début.

Remarque : Si plus d'un forfait est demandé sur la même demande de paiement, indiquer sur quelles lignes sont inscrits les forfaits.

IMPORTANT : Aucun modificateur d'urgence n'est applicable aux codes d'acte 92030 et 92040.

Le médecin a le choix entre le forfait d'urgence ou la facturation de ses actes avec les modificateurs appropriés, **mais jamais les deux pour la même période de garde.**

2.2.5 Section 5

Signature du médecin et attestation de l'établissement.

- Signature du médecin et date

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom figure à la partie supérieure ou par une personne dûment mandatée conformément au Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. Le médecin peut obtenir de la Régie les formules prévues à cette fin.

- Attestation de l'établissement et date

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le signataire autorisé pour l'établissement dont le nom figure à la partie supérieure.

2.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier des demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du médecin et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer dans les enveloppes préadressées, spécialement fournies à cette fin, **les copies** de demandes de paiement et autres documents pertinents (sommaire, document complémentaire) **destinés à la Régie**.

L'envoi de courrier dans des enveloppes non pertinentes peut occasionner des délais de paiement. L'expédition de ces documents doit se faire après chaque période de facturation en n'excédant pas 28 jours.

Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire les nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Tous les envois doivent être adressés à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (Formulaire n° 1944)

- 1- NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin qui a dispensé les services;
- 2- NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : numéro d'inscription du médecin à la Régie (7 chiffres);
- 3- NUMÉRO DU GROUPE : numéro du groupe assigné par la Régie;
- 4- NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant dans le coin supérieur droit de la demande de paiement correspondante. Si le document complémentaire est relatif à plusieurs demandes de paiement, inscrire chaque numéro et joindre une copie de chaque demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
- 5- NOM DU BÉNÉFICIAIRE : ne rien inscrire;
- 6- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : ne rien inscrire;
- 7- DATE DU SERVICE : inscrire le premier et le dernier jour de la période correspondante de dispensation des services;
- 8- DANS CETTE PARTIE DU FORMULAIRE: indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Ce document **doit être signé** par le médecin lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme une demande de paiement ou de révision, mais uniquement comme complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint.

URGENCES : (Règle 4 du préambule général de la médecine de laboratoire, sous l'onglet Entente).

Dans les cas d'urgence, utiliser le « Document complémentaire » pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de l'examen, ainsi que le motif de l'urgence (pour une autopsie, indiquer l'heure de début de l'autopsie).

Si la demande de paiement couvre plus d'un acte, mentionner le numéro de la (des) ligne(s) visée(s) sur la demande de paiement.

2.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MEDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.

1. Identité de la personne assurée.
2. Médecin ayant dispensé les services assurés.
3. Professionnel ayant requis des services d'un médecin.
4. Diagnostic et renseignements complémentaires.
5. Code de l'établissement ou de la localité où les services assurés sont dispensés.
6. Actes (et les visites facturées avec un modificateur).
7. C.S., distance, date de l'événement, de l'accident.
8. Visites : (consultations et examens).
9. Total des honoraires demandés.
10. Signature du médecin ayant dispensé les services assurés ou de son mandataire.

Remarque : La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il doit figurer dans toute correspondance relative à cette dernière.

2.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

Pour remplir la demande de paiement n° 1200, voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du *Manuel des médecins spécialistes* - Régime d'assurance maladie.

ANNEXE I
LISTE DES MODIFICATEURS

RÈGLE D'APPLICATION NO 19

Lorsqu'une échographie cardiaque est demandée le même jour qu'une consultation en clinique externe. **MOD=072**

Nouvelle visite principale d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque . . . **MOD=048**

Lorsque le code d'acte 00176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service
ou
lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 08303, 08311 ou 08341 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services. . . **MOD=041**

RÈGLE D'APPLICATION NO 21

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer, pour une tumeur intra-crânienne ou pour une transplantation d'organe. **MOD=003**

RÈGLE D'APPLICATION NO 22

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer **MOD=003**

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer **MOD=178**

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins d'urgence rendus le soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration du 1/3) **MOD=018**
en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) **MOD=147**

Pour les soins d'urgence rendus la nuit, de minuit à 7 h (majoration de 50 %) **MOD=017**
en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) **MOD=148**

Pour les soins d'urgence rendus le week-end, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à minuit (majoration du 1/3) **MOD=019**
en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) **MOD=149**

MÉDECINE NUCLÉAIRE

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 7
Lorsque les examens sont pratiqués chez un enfant de 8 ans ou moins, le taux est majoré de 25 % **MOD=078**

RÈGLE 1.5 DE L'ADDENDUM 7
Lorsque le médecin nucléiste est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, le taux est établi au 2/3 du tarif. . . **MOD=079**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Utilisation pour étude non comparative d'un membre (aucune modification du taux) **MOD=074**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en établissement (aucune modification du taux) **MOD=021**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en cabinet privé. **MOD=008**

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Présence d'informations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée **MOD=009**

ANGIORADIOLOGIE (technique)
Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans **MOD=066**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax. **MOD=071**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (section cardiaque)
Honoraires des services médicaux majorés de 50% lorsque effectués chez un enfant de moins de 10 ans **MOD=044**

ULTRASONOGRAPHIE

RÈGLE 3 DE L'ADDENDUM 8 - ANNEXE 5 ET TARIF
Présence d'information dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée **MOD=009**

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8
L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure **MOD=051**

Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent, utiliser. **MOD=038**

ANNEXE 15

Rémunération à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités **MOD=042**

ANNEXE 38

Pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. **MOD=118**

Pour les services dispensés entre 17 h et 7 h, du lundi au vendredi; également le week-end et les jours fériés **MOD=119**

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et minuit, du lundi au vendredi **MOD=109**

Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 h, tous les jours **MOD=110**

Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et minuit, le week-end et les jours fériés **MOD=111**

Service rendu en radiologie dans certains établissements, à un patient de moins de 16 ans, entre 7 h et 17 h en semaine, à l'exception d'un jour férié **MOD=124**

En hématologie, services SLE rendus le week-end et les jours fériés et entre 17 h et 7 h en semaine **MOD=146**

AUTRES SITUATIONS

Sites anatomiques différents **MOD=093**

Séances différentes **MOD=094**

Sites anatomiques différents et séances différentes. **MOD=095**

Remarque : Le modificateur 093, 094 ou 095 s'inscrit seulement sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Si plus d'un modificateur s'appliquent pour le même acte, sauf si l'un des modificateurs multiples s'applique (voir page suivante) **MOD=099**
(inscrire les modificateurs visés dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES)

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019-094)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 085) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 1,3333)
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Pour tous les services de laboratoire en établissement facturés en urgence, vous devez utiliser les modificateurs de la Règle 4 du préambule général - Services de laboratoire en établissement, peu importe votre spécialité, sauf pour les professionnels en rémunération mixte.

Ces derniers doivent toujours utiliser les modificateurs inscrits à la Règle 4.2 de la Brochure no 5 pour la facturation des services prévus dans les tableaux de suppléments d'honoraires et qui sont rendus en urgence.

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	009 - 051	038	0,5000
	009 - 093	080	1,0000
	009 - 094	081	1,0000
	017 - 051	576	0,7500
	017 - 051 - 144	332	1,1250
	017 - 093 - 144	335	2,2500
	017 - 094	089	1,5000
	017 - 144	610	2,2500
#	017 - 178	640	1,5000
	018 - 051	599	0,6666
	018 - 051 - 144	333	1,0000
	018 - 093 - 144	336	2,0000
	018 - 094	083	1,3333
	018 - 144	611	2,0000
#	018 - 178	641	1,3333
	019 - 051	208	0,6666
	019 - 051 - 144	334	1,0000
	019 - 093 - 144	337	2,0000
	019 - 094	085	1,3333
	019 - 144	612	2,0000

SLE - Spécialistes**RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication
#	019 - 178	642	1,3333
	021 - 118	263	à calculer
	021 - 119	264	1,0000
	021 - 124	265	à calculer
	042 - 094	206	0,2000
	051 - 109	623	à calculer
	051 - 109 - 144	329	à calculer
	051 - 110	624	à calculer
	051 - 110 - 144	330	à calculer
	051 - 111	625	à calculer
	051 - 144	616	0,7500
	051 - 111 - 144	331	à calculer
	074 - 118	257	à calculer
	074 - 119	258	1,0000
	074 - 109	259	1,3333
	074 - 110	260	1,5000
	074 - 111	261	1,3333
	074 - 124	262	à calculer
	078 - 094	603	1,2500
	078 - 147	607	2,5000
	078 - 148	608	2,5000
	078 - 149	609	2,5000
	093 - 094	095	1,0000
	093 - 109	620	à calculer
	093 - 109 - 144	338	à calculer
	093 - 110	621	à calculer
	093 - 110 - 144	339	à calculer
	093 - 111	622	à calculer
	093 - 111 - 144	340	à calculer
	093 - 144	629	1,5000
#	093 - 178	638	1,0000

RÉMUNÉRATION À L'ACTE**SLE - Spécialistes**

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication
	094 - 109	242	à calculer
	094 - 110	243	à calculer
	094 - 111	244	à calculer
	094 - 144	630	1,5000
	094 - 147	604	2,0000
	094 - 148	605	2,0000
	094 - 149	606	2,0000
#	094 - 178	639	1,0000
	109 - 144	613	à calculer
#	109 - 178	643	à calculer
	110 - 144	614	à calculer
#	110 - 178	644	à calculer
	111 - 144	615	à calculer
#	111 - 178	645	à calculer
	Autres combinaisons	099	à calculer

**ANNEXE II
LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION****A :**

Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.

B :

Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C :

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD),
- ou âgée de plus de 14 ans mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.

D :

Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

J :

Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (LAM) mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la Régie par le MSSS

K :

Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») composé de 6 chiffres qui doit être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

N :

Demande d'honoraire additionnel (Voir la Règle 5 du Préambule général).
Demande d'un service médical non négocié (Voir la Règle 2 du Préambule général).

S :

Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST.

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « A » ainsi que les autres lettres dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

PAIEMENT

5. PAIEMENT

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le médecin doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est fourni.**

5.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du médecin traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.

- # Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00\$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment complétées.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les trois mois de la date des services.

5.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

Remarque : Cet exemple illustre le nouvel état de compte. Il est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se reporter aux autres manuels ou brochures de la Régie.

5.3.1 DESCRIPTION

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transaction.

5.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM. Les nom et prénom du médecin.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL. Le numéro du médecin ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. NUMÉRO DU GROUPE. Compte administratif.
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU DÉPÔT DIRECT. Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre « V ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE. Cette date correspond à celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « P » - Papier, ou « T » par Internet, par télécommunication ou par disquettes.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT. Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION. La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE. Nom et adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

5.3.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

**Messages généraux
Paiements et retenues**

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net payé.

Déductions cumulatives**Description des codes de transactions**

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

#

5.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
Les demandes de paiement pour les services de laboratoire en établissement sont identifiées par la lettre « H » précédant le numéro de la demande.
- # **2a.** DATE. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour ex : AA0329 i.e. AA pour 20AA, 03 pour mars et 29 pour le quantième.
- 3a.** ACTE. Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne. Cette colonne ne s'applique que pour les médecins rémunérés à l'acte.
- 4a.** BÉNÉFICIAIRE (Personne assurée). S.L.E. : rien ne figure dans cette colonne.
- 5a.** CODE. Numéros référant à la nature de la transaction « TRA » et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir 5.6).
- 6a.** MONTANT PAYÉ. Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

5.3.2 VÉRIFICATION DES PAIEMENTS

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis (Voir 5). Le médecin doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

5.4.1 PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin.

5.4.2 DEMANDES DE PAIEMENT EN COURS DE TRAITEMENT

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

5.4.3 PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 5.6).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec les motifs à l'appui ou demander des explications additionnelles doit présenter une **demande de révision**.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 « Demande de révision ou d'explication » et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

5.4.4 PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 5.6). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne Acte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale. Si cette correction ou cette modification correspond à la description d'un des modificateurs de l'Annexe II sous l'onglet « Rémunération à l'acte - rédaction de la demande de paiement », inscrire le modificateur dans la case appropriée de la demande de paiement refacturée.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

Ces deux derniers renseignements doivent être inscrits dans l'espace situé sous la colonne À L'USAGE DE LA RÉGIE pour le formulaire n° 1606. Joindre ces nouvelles demandes de paiement à l'envoi régulier.

- b) **RÉVISION :** **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir 4.7.1) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 « Demande de révision ou d'explication » et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (voir 5.6).

Pour obtenir paiement, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

Ces deux derniers renseignements doivent être inscrits dans l'espace situé sous la colonne À L'USAGE DE LA RÉGIE pour le formulaire n° 1606. Joindre ces nouvelles demandes de paiement à l'envoi régulier.

5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 5.6.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir 5.6.3).

Aucun code :

Demande de paiement payée au montant demandé.

5.6.1 CODES DE TRANSACTIONS

- 00** Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02** Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03** Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12 (ne pas faire de demande de révision).
- 04** Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05** Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10** Rectification après appréciation (déjà paru avec code 03).
- 11** Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà paru avec code 03).
- 12** Paiement maintenu après appréciation (déjà paru avec code 03).
- 20** Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21** Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22** Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23** Demande de révision payée à zéro.
- 30** Intérêt sur demande de paiement.
- 40** Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41** Paiement d'avantages sociaux.
- 50** Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- # 88** Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90** Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95** Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96** D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- 97 et 98** Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99** Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

5.6.2 CALENDRIER DE PAIEMENT 2006

CALENDRIER DE PAIEMENT 2007

MESSAGES EXPLICATIFS**5.6.3 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS**

- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- # **163** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 24.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif (groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 214** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro de groupe qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions (ref. : Lettre d'entente #49). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés par la Lettre d'entente #49. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en anesthésie (réf. : Addendum 8 - Ultrasonographie et Protocole II, annexe 5, tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem selon les conditions établies aux articles 1.2 et 1.3 de l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1), peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 224** La rémunération relative à votre participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire ne peut être versée que sur une base forfaitaire (voir la Lettre d'entente #110, Brochure n° 1).
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.

- 245** Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des professionnels.
- 250** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié sur la demande de paiement.
Voir la section 3 : ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers.
Voir la section 3 : Médecin ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.
- 252** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte (quote-part) si vous n'êtes pas classé en microbiologie-infectiologie ou en biochimie médicale et si vous n'êtes pas désigné par les parties négociantes.
- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible, à la date de l'acte.
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 281** Le modificateur utilisé est réservé au programme de compensation adopté pour l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et le Pavillon Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska (Lettre d'entente no 151, Brochure n° 1).
- 282** Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 313** Le délai de facturation ou le délai de prescription prévus à la Loi sur l'assurance maladie est expiré.
- 314** L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou,
 - date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.

- 322** Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.
- 323** Les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent vous être payés car la période de facturation chevauche la période de désignation dans cet établissement (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 324** À la date de facturation pour cet établissement, nous n'avons pas reçu l'avis d'autorisation de paiement des parties négociantes (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 328** La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération. Les honoraires sont payés selon le taux applicable à la date de début de la période de facturation. Veuillez vérifier et présenter une demande de révision en séparant la période en deux demandes de paiement distinctes, s'il y a lieu.
- 329** Votre période de facturation couvre deux périodes d'assignation distinctes pour lesquelles la charge professionnelle est différente. Veuillez utiliser deux demandes de paiement pour votre facturation.
- 330** La période de facturation chevauche un changement du taux de rémunération. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 331** La période de facturation chevauche un changement d'entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 339** En raison de la Règle d'application n° 6, ces services ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence.
- 340** La période de facturation inscrite sur la demande de paiement est absente ou non acceptable.
- 341** La période de facturation ne doit pas excéder quatre semaines.
Voir la section 2.2.1 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».
- 342** La période de facturation ne doit pas excéder vingt-huit (28) jours.
Voir la section 3.2.1 sous l'onglet « Rémunération à l'unité - Rédaction de la demande de paiement ».
- 343** La période de facturation chevauche deux années. Refacturer selon les indications fournies à l'avis administratif figurant à la suite du calendrier des périodes de facturation, à la fin de l'onglet « Rémunération à l'unité - Sommaire des examens effectués ».
- 344** Le maximum admissible ne peut être calculé lorsque la période de facturation chevauche deux années. Refacturer en séparant les périodes de facturation pour l'année en cours et pour l'année précédente.
- 345** La période de facturation chevauche un nouvel amendement ou une nouvelle entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation avant et après la date de l'amendement ou de l'entente.
- 346** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 347** Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (ref. : règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 348** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 15.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 351** Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez.

- 352** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en hématologie dans l'établissement, à la date où les services ont été rendus.
- 353** Les données inscrites sur la ligne ou sur la demande de paiement ne sont pas conformes au guide de facturation.
- 360** Le code d'acte est absent ou inexistant.
- 362** L'acte effectué doit être réclamé par l'entremise du code indiqué en référence.
- 364** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la période de facturation.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des soins.
- 367** Vous ne pouvez réclamer ce code d'acte dans le cadre de cette discipline.
- 368** Cet acte n'est payable que sous les codes d'acte existant en assurance maladie (entente F.M.S.Q.).
- 370** Ce code d'acte n'est payable qu'au médecin pathologiste désigné dans un établissement par les parties négociantes.
- 378** Conformément aux dispositions relatives à la rémunération progressive.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 392** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395** Les services ont été fournis avant l'entrée en vigueur de l'entente ou de l'amendement pertinent.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 399** Le service pour lequel vous demandez paiement est non tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour ce service conformément aux directives figurant dans votre manuel à la section 2.2.4 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».
- 401** L'acte pour lequel vous demandez paiement est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 405** Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- # **406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- # **410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- # **411** Le temps d'attente pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.

- 415** Les services pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe (NCE) en référence.
- 417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature originale.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 426** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- # **429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est dépassé.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 435** Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description) l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 441** Le nombre d'heures de déplacement est absent ou illisible.
- 444** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 448** Conformément au maximum quotidien ou au maximum annuel des quotes-parts prévus à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la microbiologie-infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour cette quote-part dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 479** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire no 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 491** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 567** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte ne s'applique pas.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte facturé a été accompli (règle 4 du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes, Services de laboratoire en établissement*).
- 575** Selon les renseignements fournis, honoraires modifiés suite à l'application de plus d'un modificateur.
- 576** Seuls les médecins autorisés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 577** Conformément à la règle 14 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes* ou de la règle 4.1 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- 580** Conformément à la Lettre d'entente 109 (Brochure n° 1), le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 581** Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à l'Annexe 38 (Brochure n° 5).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 584** Le modificateur 008 (révision d'un document radiologique) s'applique en cabinet privé seulement.
- 590** Honoraires équivalant aux unités professionnelles excédentaires accumulées à votre crédit au cours de l'année ou au cours de la période de facturation. (Demande de paiement initiée par la Régie).
- 591** Seul le modificateur le plus élevé a été payé (ref. : Article 3 de l'Addendum 7 - Médecine nucléaire).
- 592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé n'est pas indiqué sur la demande de paiement.
- 593** Aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire (ref. : Article 3 de l'Addendum 7 - Médecine nucléaire).
- 599** Veuillez vous conformer à l'**AVIS** relatif à l'acte facturé.
- 600** Conformément au maximum d'unités professionnelles fixé à l'entente. Le code des unités effectuées est versé à votre crédit.
- 601** Les unités facturées sur votre demande de paiement sont accumulées à votre crédit. Conformément à l'entente, les unités permises pour cette période ont été payées sur une demande de paiement antérieure.

- 602** La Régie a déjà procédé à trois (3) paiements sans que vous lui ayez soumis une demande à cette fin. Aucun nouvel honoraire ne vous sera versé tant que vous ne lui aurez pas présenté la demande de paiement requise.
Veuillez aviser si vous avez quitté le centre hospitalier concerné.
- 605** Les unités excédentaires sont payées pour la période.
- 606** La Régie a procédé à un deuxième versement consécutif sans que vous lui ayez soumis une demande de paiement à cette fin. Vous devez facturer les deux périodes payées. Si un troisième versement était effectué, celui-ci serait le dernier sans qu'il y ait eu facturation.
- 607** La Régie vous a versé des honoraires sans que vous lui ayez soumis une demande de paiement à cette fin. Vous devez facturer la période payée.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Faute de renseignements requis, les honoraires demandés à la ligne indiquée par le numéro de séquence ne peuvent être appréciés.
- 613** En fonction des renseignements fournis, les honoraires ont été ajustés compte tenu que le forfait de l'urgence est un honoraire global (ref. : règle 4.3 du Préambule général).
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** Vous n'avez droit qu'au quart des honoraires prévus pour les examens dont le plafond d'activités est dépassé (ref. : Plafonnement PA 7 - Médecine nucléaire).
- 617** Vous ne pouvez recevoir paiement, étant lié à cet établissement par un contrat particulier (ref. : Article 2 de l'Addendum 6 - Hématologie).
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est dépassé (ref. : Lettre d'entente 9 - Brochure n° 1).
- 620** Vous avez droit au quart des honoraires prévus pour les examens de laboratoire effectués dans une discipline autre que celle de votre classement (ref. : règle 1 du préambule général - Tarif de la médecine en laboratoire).
- 623** Le forfait de la biochimie vous est payé en fonction de la durée de la période de facturation.
- 624** Honoraires modifiés en fonction de la modulation de disponibilité relative (ref. : Article 2.4 de l'Addendum 5 - Microbiologie).
- 625** Conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626** Seuls les examens pour lesquels vous justifiez d'une formation de pointe peuvent vous être payés (ref. : règle 1.3 du préambule général - Tarif de médecine en laboratoire).
- 627** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est atteint (ref. : Lettre d'entente 14 - Brochure n° 1). (Épreuves in-vivo, Médecine nucléaire).

- 630** L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.
OU
En fonction du maximum permis (ref. : Règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 631** En fonction du maximum permis et déjà payé à un autre professionnel (ref. : Règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 636** Vous n'avez droit qu'aux trois quarts des honoraires prévus pour la pratique de médecine en laboratoire (ref. : Lettre d'entente #45 - Brochure n° 1).
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Ref. : article 3.1 de l'Addendum 6 -Hématologie).
- # **646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5).
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante, et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686** Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687** Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690** Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n°1988) n'a pas été rempli.

- 704** Les honoraires ont été modifiés selon les pièces justificatives fournies.
- 705** Le montant réclamé ne correspond pas au nombre de kilomètres inscrit.
- 706** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'Annexe 23 la distance parcourue doit être de plus de 40 km.
- 707** Les frais d'un seul déplacement par semaine vers un même établissement sont payables en vertu de l'Annexe 23 (article 2 : « Territoires désignés »).
- 708** Les frais de déplacement doivent être payés en tenant compte de la distance unidirectionnelle seulement (ref. : Les dispositions générales de l'Annexe 23).
- 710** Déplacement non acceptable.
- 712** L'indemnité relative au temps de déplacement (code 99920) n'est payable qu'au médecin spécialiste établi dans un territoire désigné ou à son remplaçant (ref. : Annexe 23).
- 713** L'indemnité relative au temps de déplacement doit être facturée sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » (ref. : Lettre d'entente A-50).
- 714** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 715** En fonction du nombre de kilomètres inscrit.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 718** Les frais d'un seul déplacement par semaine auprès d'un même centre hospitalier sont payables. (ref. : article 3 de l'Annexe 23, onglet Frais de déplacement et de séjour).
- 722** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'Annexe 23.
- 723** Le kilométrage réclamé a été réduit en fonction du guide des distances routières du Ministère des transports du Québec.
- 726** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 729** Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 731** La réclamation des frais de déplacement n'est pas acceptée étant donné que les services qui les justifient ont été refusés ou sont absents. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 735** Cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038 (ref. : Règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie).
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

- 800** Le code d'établissement est absent, illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date des services.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte réclamé et le code d'établissement.
- 805** Code d'établissement inexistant durant la période indiquée sur la demande de paiement.
- 811** Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.
- 812** Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 813** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 814** Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.
- 815** Pour les médecins autres que physiatre, les traitements de réadaptation physique sont payables seulement lorsqu'ils sont effectués en clinique médicale agréée.
- 820** Les services, rendus dans le type d'établissement indiqué, ne peuvent être payés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier (Addendum 4 - Radiologie) et en centre local de services communautaires (Lettre d'entente A-33 - Brochure n° 1).
- 825** Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 841** Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'Annexe 15, et aux Lettres d'entente A-35, 75, 96, 98, 106 ou 123 (Brochure n° 1).
- # **847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur ne peuvent être payés (ref. : Annexe 38 ou 40, Brochure no 5).
- 900** Demande de paiement annulée à votre demande.
- # **902** Demande de paiement non dûment signée, veuillez refacturer.
- 903** Demande de paiement mutilée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** La copie du médecin ou celle de l'établissement a été envoyée à la Régie à la place de l'exemplaire destiné à la Régie.
- 906** Données incomplètes ou illisibles.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Une demande de révision ou d'explication doit être rédigée sur le formulaire approprié n°1549.

- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 931** Demande de paiement révisée.
- 932** Demande de paiement révisée à votre demande.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 945** Pour correspondre à la nature de votre activité professionnelle dans ce centre hospitalier (principal ou secondaire).
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

RÈGLES D'APPLICATION

6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION NO. 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

1. Le médecin spécialiste qui revoit un malade pour contrôler son état allergique en cours de cure d'hyposensibilisation, n'a pas droit au paiement d'honoraires de visite, sauf une visite de contrôle au terme de chaque série de 5 séances de traitement.

Des honoraires de visite peuvent toutefois être demandés lorsque le malade consulte pour une autre pathologie.

2. En établissement, seul a droit au paiement de l'honoraire correspondant au code « cure d'hyposensibilisation », le médecin spécialiste qui donne l'injection.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

On ne peut ajouter au tarif d'une visite, celui d'une thérapie de communication, sauf si le temps consacré au malade a dépassé 60 minutes.

Celui qui demande paiement d'une thérapie de communication, doit joindre au relevé d'honoraires des notes explicatives.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

Certaines chirurgies pratiquées au cours d'une même séance sont comprises dans le tarif de la chirurgie principale, si elles touchent le même oeil.

Ces chirurgies sont:

07801 - Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation par Laser YAG

07802 - Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG

07051 - Sphinctérotomie

07052 - Synéctomie irienne (corélyse)

07055 - Cataracte membraneuse : discission

07137 - Iridectomie périphérique ou complète

07295 - Section de bande du vitré

07811 - Cyclodialyse

07814 - Corectopie

07461 - Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07325 - Ponction du vitré par pars plana

07335 - Réintervention (ponction du vitré par pars plana)

RÈGLE D'APPLICATION NO. 4**CHIRURGIES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MULTIPLES AU COURS D'UNE SÉANCE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**

En obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques apparaissant sous la rubrique Obstétrique-gynécologie et des chirurgies pratiquées au cours de la même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie », les chirurgies digestives et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin ».

De plus, nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie, lorsqu'un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par ce médecin est également payée à plein tarif.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 6

Les prestations de soins suivantes ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence :

- Soins d'un nouveau-né.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgie oncologique complexe (sauf pour les honoraires d'anesthésie).
- + - Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque ou cardiaque-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire.
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 7**CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE**

Pour le médecin classé en chirurgie thoracique ou en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, les visites pré-opératoires sont comprises dans le tarif de la chirurgie sauf celles qui sont faites plus de 90 jours avant la chirurgie.

Pour les fins d'application de cette règle, les chirurgies visées sont celles apparaissant au chapitre « SYSTEME CARDIAQUE », sous les rubriques « Actes généraux », « Coeur et péricarde », « Chirurgie coronarienne », « Stimulateur cardiaque », « Chirurgie de l'arythmie » et « Appareil vasculaire, thoracique ». Sont également visées les chirurgies codées 04662, 04677 et 04688.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 8

URGENCES

Le médecin spécialiste qui voit un malade aux urgences, est payé suivant la tarification des visites en externe.

Toutefois, on lui accorde le tarif de l'hospitalisation s'il s'agit d'un malade qui séjourne aux urgences en attendant d'être dirigé aux étages.

La visite principale aux urgences donne droit au supplément de la consultation, aux conditions établies au préambule général.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du fœtus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier.

Aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement pratiqué en cabinet privé; il en est de même pour les soins qui y sont reliés, donnés par le médecin avorteur.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 10

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

Lorsqu'une échographie pelvienne et une échographie obstétricale sont pratiquées le même jour, un seul examen est payé: on applique alors l'honoraire plus élevé.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 11

TOMODENSITOMÉTRIE

En tomodensitométrie, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas de tomodensitomètre ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

En résonance magnétique, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas d'appareil de résonance magnétique ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

- # Les services médicaux « Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique DXA »(codes 08243, 08245 et 08246) et « Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA » (code 08247) ne peuvent être pratiqués que sur indications médicales précises.

AVIS : *Consigner les indications médicales précises dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Un seul honoraire de consultation et, le cas échéant, de laboratoire pour ces examens est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de ces examens n'est exigible qu'une fois par période de 12 mois, par patient. Toutefois, sur indication médicale particulière (tels stéroïdes à haute dose, biphosphonates, greffés rénaux, hémodialyse, polytraumatisés neurologiques), il peut être exigible à tous les six mois au cours des 18 premiers mois.

AVIS : *Consigner les indications médicales particulières dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Pour donner ouverture au paiement de l'honoraire de consultation, le médecin radiologiste doit ajouter un rapport écrit au rapport informatisé produit par le logiciel de l'appareil.

- # Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale, (code 08042), bassin, 1 incidence, (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée, (code 08059), et hanches, unilatérale, 2 incidences et plus (code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

AVIS : *Consigner les indications cliniques spécifiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE D'APPLICATION NO. 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

L'ostéodensitométrie isotopique ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises.

En médecine nucléaire, un seul honoraire de l'examen de l'ostéodensitométrie isotopique est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de l'ostéodensitométrie isotopique n'est exigible qu'une fois par année par patient, sauf pour contrôler un traitement pour ostéoporose où la limite est de 2 par année.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

- # Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiques (08660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du coeur (08702) sont pratiquées le même jour, seul le paiement d'une ou des tomographies peut être exigé.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Limite des visites par patient, par jour, en cabinet et en clinique externe :

Un seul honoraire de visite est exigible, en cabinet, le même jour pour le même patient par un ou plusieurs médecins oto-rhino-laryngologistes.

Il en est de même en clinique externe où un seul honoraire de visite est exigible le même jour, pour le même patient, par un ou plusieurs oto-rhino-laryngologistes.

Cette règle ne s'applique pas à la consultation intra-disciplinaire.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 19

CARDIOLOGIE

1. En cardiologie, aucun honoraire de visite n'est exigible en cabinet privé ou en clinique externe pour un patient lorsqu'une échographie cardiaque a été payée au même médecin, pour le même patient, le même jour.

Toutefois s'il fait, le même jour, une consultation en clinique externe et une échographie cardiaque et s'il rédige un rapport de consultation en plus du rapport spécifique sur l'échographie, le médecin a droit au paiement de la consultation et à 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.

AVIS : *Utiliser le modificateur 072 pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque (rôles 1 et 7).*

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques foetaux, l'échocardiographie foetale de même qu'à l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne.

2. En cardiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Cette règle ne s'applique toutefois pas au suivi d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.

AVIS : *Inscrire le modificateur 048 dans la case MOD au regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.*

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires... avec coronarographie » (code 00224) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

+ Également, la présente règle ne s'applique pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé, suite à un transfert du patient d'un établissement effectuant déjà de l'angioplastie, dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie et qui est désigné par les parties négociantes.

4. En cardiologie, l'honoraire du service médical « Évaluation - greffe cardiaque et arythmie : Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne » (code 09208) ne peut être réclamé lorsque ce service médical est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176).

5. Les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux », sont rémunérés aux trois quarts du tarif lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient, par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services médicaux à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % des tarifs de l'un ou l'autre des codes d'acte 08303, 08311 et 08341 (rôles 1 et 7). Voir sous l'onglet K - Ultrasonographie.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5.

6. Le service médical « Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 00176.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

- # 7. Le service médical « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé, ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort) » (code 08341) est rémunéré au trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.
- # **AVIS** : *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 08341.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 20

NEUROCHIRURGIE

En neurochirurgie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques et les chirurgies pratiquées au cours d'une même séance, au même site.

L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en neurochirurgie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 21

CHIRURGIE

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En neurochirurgie et en urologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de cinq mois par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer ou d'une tumeur intracrânienne, ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage-femme et la visite à la demande d'un optométriste sont considérées comme une visite principale.

AVIS : *Pour le médecin classé en chirurgie générale, inscrire le modificateur 143 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur 003 pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

Pour le médecin classé en une spécialité autre, inscrire le modificateur 003 dans la case MOD au regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer ou pour une tumeur intra-crânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.

Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 22

DERMATOLOGIE

1. En dermatologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un malade suivi pour un cancer, peut être vu pour une nouvelle visite principale aux trois mois.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

AVIS : *Inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer. Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.*

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée le même jour.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

En microbiologie-infectiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle applicable.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 24

NEUROLOGIE

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de deux (2) mois pour un même patient. Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire pour un supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de six (6) mois pour un même patient.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 25

UROLOGIE

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre « **Procédés diagnostiques et thérapeutiques** » sous la rubrique « BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES » ainsi que la rémunération pour le service médical « implantation sous-cutanée de substances hormonales » sont comprises dans la tarification du service médical principal.

2. En urologie, le médecin qui voit un patient pour une injection médicamenteuse (papavérine ou autre) pour traiter l'impuissance n'a pas droit au paiement d'honoraires de visites.

3. En urologie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 26

PSYCHIATRIE

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

2. En psychiatrie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient, en ce qui a trait aux visites de contrôle et aux tournées de malades.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable deux fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En rhumatologie et en gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

2. En médecine interne, rhumatologie et gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par semaine, par patient, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil.

3. Un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par patient, par hospitalisation, par l'ensemble des médecins classés en médecine interne.

Les autres visites, qui ne peuvent être considérées comme une visite de transfert, selon la règle 5.2 du Préambule général, sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas la visite principale du patient qui est effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général par un médecin classé en médecine interne qui voit ce patient pour la première fois durant l'hospitalisation. On ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée à la salle d'urgence ou aux soins intensifs.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 28

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

- + **1.** En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, trimaléolaire, réduction fermée », (code 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes de facturation 02727, 18068, 18069 ou 09542.
- 2.** En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour l'un des services médicaux de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par les codes de facturation 02690 et 02638, lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture du fémur identifié par les codes de facturation 02673, 02714, 02716, 02739, 02742 ou 09589.
- 3.** En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 29

ALLERGIE

- 1.** En allergie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 31

NÉPHROLOGIE

En néphrologie, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, incluant la tournée des malades.

Cette règle ne s'applique toutefois pas aux visites effectuées à la salle d'urgence ou aux soins intensifs, aux visites de dialyse prévues à l'onglet « consultation et examen » et aux visites accomplies en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 32

EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

L'honoraire des services médicaux « tumeur bénigne ou précancéreuse, Face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, Autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) ne peut être réclaté plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 33

ENDOCRINOLOGIE

En endocrinologie, la rémunération des services médicaux suivants est comprise dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

- Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient
 - Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire
 - Perfusion continue d'insuline
-

RÈGLE D'APPLICATION NO. 34

RADIO-ONCOLOGIE

En radio-oncologie, les honoraires du service médical « Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement » (code 08554) ne sont exigibles qu'une fois par mois, par patient, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois pour l'ensemble des traitements dispensés à un patient.

Les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (code 08521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodesitométrie » (code 08522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 08547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

- # En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (codes 09152 et 15010), des tournées des malades le week-end (codes 09161 et 15011) et des visites de suivi oncologique (codes 09012 et 15009) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, au total pour l'ensemble.
-

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

Le procédé « Blocage d'un nerf somatique », code 00255, est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

En cabinet privé, les services médicaux « Électroencéphalogramme de base » (code 00347) et « Électroencéphalogramme de sommeil » (code 00752) sont sujets à un plafonnement d'activités total de 375 par semestre, pour les deux.

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le nombre de visites prénatales faites par un médecin, est sujet au plafonnement d'activités de 12 par grossesse pour une grossesse normale.

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

Le procédé « blocage paravertébral de nerf somatique » (code 00267) est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.5 PA 13. Microbiologie

En clinique externe ou en cabinet privé, on applique au médecin classé en microbiologie un plafonnement de 900 visites principales par semestre. Les visites principales effectuées en excédent de ce plafond sont payées à demi-tarif.

Ce plafonnement ne s'applique toutefois pas, au cours d'un semestre donné, au médecin qui ne touche aucuns honoraires de laboratoire au cours de ce semestre.

2.6 PA 17. Ophtalmologie

Certains examens d'ophtalmologie effectués par un médecin spécialiste sont visés par un plafonnement d'activités. Ces examens sont :

Code d'acte	Examens	Plafonnement (par semestre)
# 00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.)	500
# 00543	Gonioscopie	300
# 00579	Bilan orthoptique : Enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétéroptropie, d'amblyopie et du suivi postopératoire du strabisme	1750

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Les services médicaux « rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique avec ou sans biopsie », (code 00746) et « rhinopharyngoscopie directe (rigide), avec ou sans biopsie, sous anesthésie générale », (code 00710), sont sujets à un plafonnement d'activités total de 200 par semestre, pour les deux.

2. Le service médical « Excision, corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) » (code 07197), est sujet à un plafonnement de 25 par semestre.

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

3. Le service médical « audiométrie tonale, interprétation et technique de procédé », (code 00180), est sujet à un plafonnement de 500 par semestre.

4. Le service médical « audiométrie tonale et vocale, interprétation et technique de procédé », (code 00747), est sujet à un plafonnement de 750 par semestre.

5. Le service médical « impédancétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non-automatique), unilatéral ou bilatéral », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

- + Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 43 050 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

- + Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 25 200 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

- + Les examens in vitro de la section « Médecine nucléaire » du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 42 000 \$ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

1. Pour le médecin classé en médecine interne, en rhumatologie ou en gériatrie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total pour les deux, par semestre, à l'égard des patients hospitalisés en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée, exception faite des tournées des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

- + 2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 625 \$ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.12 PA 27. Urologie

Le service médical d'urétéro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant la recherche de trajet fistuleux) est sujet pour le médecin spécialiste à un plafonnement de 450 par semestre.

Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence, au sens de la Règle 14 du Préambule général, ne sont pas sujets à ce plafonnement global, une fois le maximum atteint.

2.13 PA 29. Neurologie

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 séances par semestre comprenant un ou plusieurs des actes suivants :

- Code 00356** Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles
- Code 09412** Électromyographie extensive, 7 muscles et plus
- Code 00357** Étude de la conduction nerveuse

AVIS : *Tout supplément d'activités sera payé au quart du tarif.*

2. Pour le médecin classé en neurologie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades est plafonné à 1650 au total pour les deux par semestre, à l'égard des patients hospitalisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée.

AVIS : *Tout supplément d'activités sera payé au quart du tarif.*

2.14 PA 30 Dermatologie

Pour le médecin classé en dermatologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Un plafonnement de 9 000 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture », (code 01101), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins », (code 01102).

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

2. Un plafonnement de 5 000 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins », (code 01108), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins », (code 01121).

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

+ 2.15 PA 31 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Un plafonnement de 141 750 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) les forfaits patient et forfaits unité payable aux soins intensifs en vertu de l'Annexe 29;
- ii) l'ensemble des services médicaux accomplis sur les lieux d'une unité de soins intensifs.

Les honoraires pour les services médicaux accomplis en urgence au sens du paragraphe 4.2 de l'Annexe 29 ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement d'activités, une fois le maximum atteint.

2. Un plafonnement de 26 250 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre « Cardio-vasculaire », sous la rubrique « Varices et ulcères variqueux ».

+ 2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 23 625 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de vingt (20) par jour, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5.

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un plafonnement d'activités de 25 par semestre.

+ 2.19 PA 36 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code 08348), « Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du colon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code 08365) et « Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient » (code 08370) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les trois. Les services en surplus sont payés au quart du tarif, incluant les suppléments applicables à ces services, le cas échéant.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer.

AVIS : *Inscrire le modificateur 178 dans la case MOD pour signifier qu'il s'agit de services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.*

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Pour le médecin classé en anatomo-pathologie, le service médical « consultation demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre dans des cas de néoplasie maligne ou fortement suspecte de malignité » est sujet à un plafonnement d'activités de 15 par semestre.

Autres plafonnements d'activités

D'autres plafonnements d'activités sont introduits à l'Accord-cadre. Sont notamment considérés comme plafonnements d'activités les plafonnements apparaissant aux addendums 5 et 6 de l'Annexe 5.

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE**PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX**

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait souhaitable pour le professionnel de facturer une demande de paiement dont la période se termine le 30 juin et le 31 décembre de chaque année, faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés si la période chevauche la date de fin d'un semestre (pour les professionnels qui utilisent la demande de paiement n° 1606).*

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

3.1.1 On applique aux médecins spécialistes classés en santé communautaire, en biochimie, en psychiatrie et en neurologie le plafonnement global de gains de pratique suivant pour chacun des semestres d'une année civile.

Spécialité	Montant
Santé communautaire	140 425 \$
Biochimie	152 725 \$
Psychiatrie	192 700 \$
Neurologie	227 550 \$

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.1.2 Les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4(i) de l'Annexe 19.

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

- + **3.2.1** Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 159 600 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.
- + **3.2.2** Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés, en santé communautaire ou en biochimie.

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 131 250 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 261 375 \$ par année civile.

3.2.3 Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65% de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30% de ces gains.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie et sauf à l'égard du plafonnement applicable au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient compte, pour les gains de pratique en établissement, que de la moitié de ces gains.

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.2.4 Sous réserve de l'article 3.2.5, les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4(i) de l'Annexe 19.

3.2.5 Pour le médecin classé en microbiologie ou en médecine nucléaire, seuls les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ne sont pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

3.3 Divers

3.3.1 Le médecin spécialiste classé en psychiatrie ou en neurologie ne peut être touché que par l'un ou l'autre des plafonnements mentionnés ci-dessus, selon le premier qui trouve application.

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

+ 3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 154 350 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

+ 3.5 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 93 450 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 6 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 98 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

+ 3.7 PG 7 Physiatry

Pour le médecin classé en physiatry, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 128 100 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

+ 3.8 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 93 450 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre « Tarification des visites », sous les rubriques « Hors discipline », « Divers » et « Chirurgie générale », exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;
- ii) les services médicaux apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », sous la rubrique « Pléthysmographie »; et
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre « Ultrasonographie » sous la rubrique « Examens Doppler pour fins de diagnostic ».

+ 3.9 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 93 450 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et en clinique externe, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » ainsi que des services apparaissant au chapitre « Tarification des visites », à la rubrique « Néphrologie » sous la section « Dialyse ».

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

DISPOSITIONS TARIFAIRES

1. Cette partie du manuel est un document administratif pour fins de facturation des actes médicaux.

Elle contient le texte des addenda, de la nomenclature des actes des annexes 5 et 7 de l'entente, ainsi que des renseignements d'ordre administratif.

2. Lorsqu'il y a lieu d'interpréter, d'analyser et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente, il faut se rapporter aux lois mêmes, aux décrets, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles.

A - ANATOMO-PATHOLOGIE**ADDENDUM 2.****RÈGLE 1.
HONORAIRE D'EXAMEN**

1.1 L'honoraire d'examen comporte, outre l'étude des spécimens, la rédaction d'un rapport.

Aucun honoraire n'est accordé pour l'examen macroscopique, sauf dans les cas prévus par ce tarif.

**RÈGLE 2.
EXAMEN MICROSCOPIQUE**

2.1 Un examen microscopique comporte l'interprétation des préparations, prélevées sur une pièce chirurgicale, biopsique ou autopsique.

**RÈGLE 3.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE**

3.1 Un seul honoraire d'examen est payé pour l'interprétation des spécimens prélevés lors d'une même séance chirurgicale, sauf l'étude de spécimens qui sont sans rapport avec la chirurgie principale.

3.2 Dans le cas de lésions cutanées multiples, un seul honoraire d'examen est payé s'il s'agit de lésions de même nature (v.g. naevus pigmentaires multiples, kératoses séborrhéiques multiples).

+ **3.3** Le tableau d'honoraires prévoit un honoraire particulier pour la détermination de marges de résection multiples, au moyen de techniques spéciales, dans le cas de lésions malignes de la peau.

Dans les autres cas, la rémunération de l'étude des marges est incluse dans le tarif de l'acte principal.

**RÈGLE 4.
CONSULTATION PER-OPÉRATOIRE**

4.1 L'honoraire de consultation per-opératoire inclut le contrôle paraffiné du fragment tissulaire congelé. Pour le tissu résiduel et tout tissu additionnel, le tarif prévu au tableau d'honoraires s'applique.

**RÈGLE 5.
CYTOLOGIE**

5.1 Un honoraire d'examen est accordé pour la cytologie gynécologique.

Cet honoraire d'examen est payé pour le concours que l'anatomo-pathologiste apporte au contrôle des techniques exécutées par le personnel du laboratoire, y compris sa participation au programme de révision des examens.

**RÈGLE 6.
RAPPORTS AU CORONER**

6.1 Les évaluations médicales demandées suivant la Loi des coroners sont payées par la Régie.

Ces évaluations médicales sont traitées suivant la règle 6 du préambule général.

ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

AUTOPSIE

+ 10020	Autopsie : examen macroscopique et microscopique	283,90
+ 10021	Autopsie faite sur un fœtus complet suite à un avortement thérapeutique incluant l'étude du placenta, le cas échéant, dans les cas de malformations, maladies génétiques, infectieuses ou métaboliques	286,00
+ 10022	Autopsie faite à la demande du coroner	283,90

AVIS : *Pour la facturation des services relatifs à l'autopsie en urgence, pendant l'horaire de garde, utiliser une ligne distincte pour chacun des services rendus, inscrire l'heure du début dans la case NOMBRE D'ACTES du formulaire n° 1606 «Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte».*

Consultation per-opératoire

+ 10030	avec ou sans congélation	63,10
+ 10033	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément	31,55

Consultation

+ 10042	examen effectué par un anatomo-pathologiste sur requête écrite d'un médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité; l'anatomo-pathologiste consultant revoit en outre les résultats de laboratoire et les autres données pertinentes et soumet par écrit ses constatations, ses opinions ainsi que ses recommandations au médecin	57,80
+ 10050	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic	115,70
+ 10052	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité	236,60
+ 00004	demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre dans des cas de néoplasie maligne ou fortement suspecte de malignité	37,90

NOTE : Les honoraires de ce service sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour la facturation du code d'acte 00004, utiliser le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». L'identification de la personne assurée est obligatoire.*

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

SLE - Spécialistes

+ 10054	demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre qui justifie d'une formation particulière en neuropathologie et est reconnu à ce niveau par les parties négociantes, eu égard à l'étude du système nerveux sur des pathologies primaires dominantes avec corrélations cliniques et/ou incidence génétique et sur des pathologies systémiques avec composantes du système nerveux ayant entraîné une symptomatologie neurologique.	210,30
---------	--	--------

AVIS : *Seuls les médecins spécialistes désignés par les parties négociantes peuvent facturer cet acte. Inscrire ce code d'acte sur la même demande de paiement que les autres actes se rapportant à cet addendum.*

Immunopathologie

(tarif établi par cas quel que soit le nombre d'anticorps utilisés, excluant la recherche de chlamydia)

+ 10090	Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation.	2,10
+ 10101	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques.	47,30
+ 10111	Immunoperoxydase.	26,30

NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP

Pathologie chirurgicale

+ 10121	examen macroscopique ou microscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires)	2,10
+ 10131	examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires non complexes.	14,70
+ 10132	examen macroscopique et microscopique de spécimens tissulaires complexes (voir liste)	36,80

AVIS : *Voir la liste à la page A-8.*

examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive :

+ 10144	tumeur osseuse maligne, primaire.	77,80
+ 10145	mélanome.	68,40
+ 10147	lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle.	68,40
+ 10148	colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung	68,40
+ 10149	globe oculaire.	68,40
+ 10190	segmentectomie mammaire localisée au harpon	73,60
+ 10191	spécimen de chirurgie radicale pour lésion maligne (excluant les lésions cutanées mais incluant l'étude des marges de résection du spécimen)	75,70
+ 10192	étude des ganglions accompagnant ou suite à une chirurgie radicale pour lésion maligne	36,80
+ 10193	étude protocolaire d'un ganglion sentinelle.	36,80
+ 10194	cartographie tumorale osseuse pour détermination de la réponse à la chimiothérapie ou la radiothérapie	178,80

Marges de résection		
+ 10156	Détermination de marges de résections multiples au moyen de techniques spéciales dans le cas de lésion maligne de la peau.	25,20
	Technique de Mohs (avec ou sans congélation)	
+ 10195	première couche excluant le curetage initial	73,60
+ 10196	chaque couche additionnelle	34,70
Biopsies		
+ 10200	artère temporale	21,00
+ 10201	au trocart autre que le sein	36,80
+ 10152	cérébrale	42,10
+ 10202	cutanée au poinçon	18,90
+ 10203	cutanée par curetage ou rasage de néoplasie épidermique ou annexielle	16,80
+ 10171	endométriale (à l'exception des produits de conception et de la datation de l'endomètre)	21,00
+ 10157	hépatique	47,30
+ 10204	intestin pour maladies inflammatoires, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	63,10
+ 10205	moelle osseuse	44,20
+ 10154	myocardique	42,10
+ 10206	nerf périphérique	73,60
+ 10207	ORL excluant les polypes du nez, les lésions de l'oreille, les lésions de parodontite marginale et les sacs folliculaires	31,55
+ 10170	par colposcopie, un ou plusieurs fragments, incluant le curetage endocervical, le cas échéant	20,00
+ 10153	par endoscopie excluant la colposcopie	31,55
+ 10151	pleurale ou péricardique	42,10
+ 10208	prostate, à l'aiguille, 3 ou moins	31,55
+ 10209	prostate, à l'aiguille, 4 ou plus (spécimens identifiés individuellement)	63,10
+ 10210	pulmonaire par thoracotomie et thoracoscopie	63,10
+ 10155	rénale	73,60
+ 10133	sarcome des tissus mous	52,60
+ 10211	sein au trocart	42,10
+ 10159	tissus lymphomateux	63,10
Microscopie électronique		
+ 10160	technique et interprétation	92,50
Histoenzymologie		
+ 10180	étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non	
	biopsie musculaire	
	dissection de fibres nerveuses	
	histogramme de nerfs ou muscles	52,60

A - ANATOMO-PATHOLOGIE**SLE - Spécialistes****CYTOLOGIE (examen microscopique) :**

+ 11020	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	23,10
+ 11140	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus) . . .	13,10
11030	Capture d'hybride	2,00
+ 11085	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	1,80
+ 11040	Immunocyte	2,10
+ 11095	Spécimens non gynécologiques	11,00
+ 11025	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	15,80
+ 13010	Spermogramme complet	12,30

CYTOGÉNÉTIQUE

+ 12010	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	58,90
---------	--	-------

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

+ 13051	Hybridation moléculaire (méthode de Southern, méthode de Northern)	52,60
+ 13052	Hybridation in situ sur coupe(s) tissulaire(s) avec sondes radioactives ou non radioactives, avec rapport écrit du pathologiste	21,00
	NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP	
	Technique d'amplification élective des acides nucléiques (PCR) avec évaluation du produit d'amplification	
+ 13054	par électrophorèse seulement	10,50
13055	avec digestion enzymatique	20,00
13056	avec séquençage	50,00
+ 13061	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie en flux avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	21,00
13062	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie statique avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	20,00

HONORAIRES FORFAITAIRES ANNUELS

AVIS : *Au regard de la Lettre d'entente 10, concernant les laboratoires de biochimie, de microbiologie et d'hématologie dirigés par un pathologiste, le professionnel est tenu d'envoyer à la Régie sa note d'honoraires forfaitaires une fois par mois en utilisant les données du tableau suivant. La période de facturation s'applique du premier au dernier jour du mois.*

A) HÔPITAL DE MOINS DE 200 LITS

	ANNUEL	CODE D'ACTE	MENSUEL
1 ^{er} laboratoire	7 235,00	14010	600,00
2 ^e laboratoire	3 600,00	14030	300,00
3 ^e laboratoire	3 600,00	14050	300,00

B) HÔPITAL DE PLUS DE 200 LITS

	ANNUEL	CODE D'ACTE	MENSUEL
1 ^{er} laboratoire	9 650,00	14020	800,00
2 ^e laboratoire	3 600,00	14040	300,00
3 ^e laboratoire	3 600,00	14060	300,00

LISTE DES EXAMENS COMPLEXES**+ APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE**

- + Membre inférieur amputé pour maladie vasculaire (A.K ou B.K.)
- + Tumeurs osseuses bénignes (à l'exclusion des hallux et des exostoses)

ORL

- + Tumeur salivaire

SEIN

- + Lésion(s) du sein, par sein

SYSTÈME DIGESTIF

- Hépatectomie ou pancréatectomie totale ou partielle
- Résection d'un ou plusieurs segment(s) du tube digestif (sauf l'appendice)

SYSTÈME ENDOCRINIEN

- Hypophysectomie
- + Parathyroïdectomie
- Surrénalectomie
- Thyroïdectomie totale ou partielle

+ SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE

- Cystectomie totale ou partielle
- Hystérectomie
- Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale
- Néphrectomie totale ou partielle
- Orchiectomie (sauf castration thérapeutique)
- + Ovariectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale
- Prostatectomie sus ou rétropubienne
- + Résection transurétrale de la prostate
- + Spécimen de conisation utérine au bistouri, avec étude de marge, excluant les spécimens obtenus avec l'anse diathermique et le laser
- Vulvectomie

SYSTÈME LYMPHOÏDE

- + Ganglion(s) lymphatique(s) (un ou plusieurs)
- Splénectomie

+ SYSTÈME RESPIRATOIRE

- + Lésion médiastinale
- Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie

B - BIOCHIMIE MÉDICALE**ADDENDUM 3.**

Cet addendum détermine la rémunération du médecin biochimiste pour sa participation aux activités de laboratoire en biochimie et à certaines activités médico-administratives et d'enseignement.

**ARTICLE 1.
MODE DE RÉMUNÉRATION**

1.1 La rémunération du médecin biochimiste pour les activités professionnelles visées au présent addendum est établie sur la base d'un montant forfaitaire, lequel est fonction du nombre de lettres K auquel correspond la charge professionnelle du médecin au cours d'une année civile, ainsi que du nombre de jours ouvrables au cours duquel il accomplit cette charge.

**ARTICLE 2.
LA CHARGE PROFESSIONNELLE**

2.1 Le médecin biochimiste reçoit un montant forfaitaire, basé sur le concept de pleine charge professionnelle annuelle, pour la rémunération des activités suivantes, selon le cas:

- i) Les activités médicales, lesquelles intègrent les étapes pré-analytiques, analytiques et post-analytiques et comprennent notamment le choix et la mise au point des méthodes analytiques, la sélection des équipements, l'assurance qualité, l'interprétation de résultats, la supervision professionnelle de l'activité des technologues, le suivi de l'évolution bio-technologique, l'utilisation et l'adaptation des systèmes d'information de laboratoire (SIL) et des systèmes experts. Ceci inclut également les discussions avec le médecin prescripteur, la prescription d'examen complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examen spéciaux, la rationalisation de l'utilisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue des analyses et par des études de pertinence.
- ii) Les activités médico-administratives, soit la participation aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* par le CMDP de l'établissement de même que la participation aux réunions du service ou du département de biochimie ou de biologie médicale. Elles s'étendent de plus à la participation aux comités mis sur pied par la Régie régionale, ou par des organismes nationaux, dans le domaine de la médecine de laboratoire.
- iii) Les activités d'enseignement excluant toutefois celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

2.2 La charge professionnelle annuelle est effectuée dans le centre hospitalier principal du médecin biochimiste, soit celui où il exerce la majeure partie de ses activités professionnelles.

Une pleine charge professionnelle donne droit à un montant forfaitaire de base équivalent à 80 lettres K.

Une charge partielle donne droit à un montant forfaitaire de base équivalent au nombre de lettres K auquel correspond la participation du médecin biochimiste. Le maximum est de 45.

Le nombre de lettres K est établi par le chef du département ou du service de biochimie médicale.

Un médecin biochimiste peut cumuler des charges partielles dans deux centres hospitaliers et ce, pour un maximum de 80 lettres K. Dans cette éventualité, le médecin biochimiste est considéré comme ayant une pleine charge professionnelle.

ARTICLE 3. SUPPLÉMENT DE CHARGE

3.1 Un supplément de charge est accordé au médecin biochimiste selon sa participation aux activités mentionnées ci-dessous.

La somme des lettres K pour les suppléments de charge ne peut dépasser 15 par médecin biochimiste.

Les suppléments de charge prévus aux articles 3.5 à 3.7 s'appliquent seulement lorsque les centres visés à ces articles ne bénéficient pas des services d'un médecin biochimiste à pleine charge ou à charge partielle ou dans le cas de remplacement de ce médecin biochimiste absent temporairement pour invalidité ou grossesse.

GESTION DES RESSOURCES DU LABORATOIRE:

3.2 Est alloué un certain nombre de lettres K au médecin biochimiste qui assume la fonction de responsable de la gestion des ressources du laboratoire et qui est reconnu comme tel par le centre hospitalier.

3.3 La gestion des ressources de laboratoire inclut l'organisation du laboratoire et son évolution, l'utilisation des systèmes d'information de gestion, la participation au maintien du contenu informationnel des bases de données, l'automatisation et la robotisation du laboratoire, pour celui qui en a la responsabilité. Elle s'étend également à la supervision professionnelle des analyses hors laboratoire.

3.4 On calcule le nombre de lettres K auquel donne droit le supplément de charge pour la gestion des ressources du laboratoire de biochimie d'un centre hospitalier en fonction du nombre de médecins utilisateurs qui sont attachés au centre hospitalier en qualité de membres actifs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Est accordé un minimum de 6 lettres K. S'y en ajoutent 2 K lorsque le nombre de médecins utilisateurs se situe entre 100 et 149 et 4 K lorsque ce nombre se situe entre 150 et 199. S'y en ajoute 1 K pour chaque groupe additionnel de 50 médecins utilisateurs. Le maximum est de 12 K.

+ MÉDECINS - CONSEILS EN LABORATOIRE DE BIOCHIMIE D'UN CENTRE HOSPITALIER :

+ **3.5** Sont allouées 16 lettres K pour les activités des médecins-conseils dans un laboratoire de biochimie d'un centre hospitalier.

+ Le nombre maximal de lettres K est de 8 par centre hospitalier pour chacun des médecins biochimistes participants.

PRATIQUE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE OU EN CLSC:

3.6 Sont allouées 6 lettres K pour les activités d'un ou de plusieurs médecins-conseils dans un laboratoire de biochimie d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un CLSC.

Sont allouées 6 lettres K supplémentaires si l'établissement est pourvu d'une salle d'urgence.

Le nombre maximal de lettres K est de 6 par centre d'hébergement et de longue durée ou par CLSC pour chacun des médecins biochimistes participants.

3.7 Sont allouées 2 lettres K pour les activités d'un ou plusieurs médecins-conseils dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un CLSC qui, bien que ne disposant pas d'un laboratoire de biochimie, opère un centre de prélèvements sanguins ou utilise des appareils d'analyse hors laboratoire.

ARTICLE 4. MODALITÉS DE PAIEMENT

4.1 Le médecin biochimiste reçoit une quote-part du montant forfaitaire annuel pour la période de la journée où il a exercé sa charge professionnelle, en référence aux jours ouvrables du calendrier. On entend par jours ouvrables, la période du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Toutefois, le médecin biochimiste ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

AVIS : *Référez à l'article 4.5 du Préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés. Le calendrier des jours fériés de l'établissement ou celui de la Régie, paraissent dans le site Internet de la Régie, www.ramq.gouv.qc.ca, aux rubriques suivantes: Établissements du réseau de la santé; Calendrier des jours fériés; puis, choisir le calendrier de l'établissement ou celui de la Régie.*

4.2 La quote-part représente un cent quatre-vingtième (1/180) du montant forfaitaire annuel correspondant à la charge professionnelle annuelle attribuée en vertu des articles 2 et 3.

AVIS : *Remplir le formulaire « Demande de paiement-médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:*
-XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
-l'identification du médecin (initiale du prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie de 7 chiffres);
- le code de l'établissement dans lequel le médecin accomplit sa charge dans la case ÉTABLISSEMENT ;

Dans la section ACTES, inscrire:
-la date de facturation d'une quote-part (année-mois-jour) ;
-09735 dans la case CODE ;
-la valeur 1 dans la case R (rôle) ;
- le montant de la quote-part demandé dans la case HONORAIRES et reporter le cumul des honoraires dans la case TOTAL.

Un maximum de trois quotes-parts peut être facturé sur une demande de paiement, mais aucun autre service ne doit être facturé sur cette même demande.

4.3 Un maximum de 180 quotes-parts est payable par année civile.

AVIS : *L'année civile s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une année.*

4.4 À chaque période de deux semaines, le médecin biochimiste indique à la Régie les jours pour lesquels il réclame une quote-part et le montant correspondant.

- # **AVIS :** *La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :*
Nombre de lettres K représentant la pleine charge professionnelle ou les charges partielles
plus
Nombre de lettres K représentant les suppléments de charge
multiplié par
 1 894 \$
multiplié par 1/180
Exemple: Si le médecin a une pleine charge dans un établissement ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, les honoraires pour une quote-part équivalent à :
 $(80 + 8) \times 1\,894 \$ \times 1/180 = 925,96 \$$

4.5 Le paiement de la rémunération forfaitaire pour la charge professionnelle annuelle n'exclut pas le paiement au médecin biochimiste, pour la période où cette rémunération forfaitaire a été réclamée, d'autres types de rémunération prévus à l'Accord-cadre pour les activités non visées ou non rémunérées par le présent addendum.

ARTICLE 5. AVIS D'ASSIGNATION

5.1 Dans les deux mois précédant l'application de ce nouveau préambule, chaque médecin biochimiste fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année.

Le médecin biochimiste qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

Par la suite, dans les deux mois précédant le début de chaque année, le médecin biochimiste fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié son affectation pour la prochaine année seulement s'il y a des changements. Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

AVIS : *Le médecin biochimiste doit faire parvenir un Avis d'assignation (n° 3795) à la Régie dûment rempli et contresigné par le chef de département ou le chef de service concerné. Cet avis d'assignation est transmis lors d'une première inscription ainsi que pour toute modification à sa charge professionnelle ou à ses suppléments de charge, s'il y a lieu.*

L'avis d'assignation est contresigné par le chef du département ou du service de biochimie, selon le cas, ou par la personne qui en assume la responsabilité.

5.2 Le médecin biochimiste qui interrompt sa pratique en informe la Régie dans les dix jours.

ANNEXE

- + Aux fins de l'application de l'addendum de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante : **1 894 \$**
- # **AVIS :** *Du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2007, la valeur d'un K était de 1 804 \$, et à compter du 1^{er} juillet 2007, cette valeur est de 1 894 \$.*

C - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES**ADDENDUM 9.
ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES**

AVIS : *Un octroi de privilèges de pratique spécifique de l'établissement est requis.*

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

1.1 Ce tarif prévoit la tarification de l'électrocardiogramme.

Il s'applique aux médecins cardiologue et interniste.

1.2 L'honoraire d'examen comporte, outre l'interprétation des résultats de l'épreuve, la rédaction du rapport de l'examen.

1.3 Sont compris dans les honoraires de visite, le vectocardiogramme, le phonocardiogramme et l'apexcardiogramme

ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

+ 30010	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,25
30140	Électrocardiogramme à haute amplitude moyennée (signal averaging electrocardiogram)	2,00
30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaordique	5,00
30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,60

D - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

ADDENDUM 10.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

1.1 La présente section s'applique au médecin spécialiste qui a effectué une formation complémentaire en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois et qui est désigné par les parties négociantes.

HONORAIRE D'EXAMEN

1.2 L'honoraire de l'électroencéphalogramme comporte, outre l'interprétation des résultats de l'épreuve, la rédaction du rapport de l'examen.

1.3 Sont compris dans la tarification d'un honoraire d'électroencéphalogramme, les actes diagnostiques et les chirurgies qui font partie de l'exécution de l'épreuve.

ÉPREUVES MULTIPLES

1.4 Un seul honoraire est payé pour l'ensemble des épreuves exécutées lors d'une même séance, y compris les techniques spéciales d'investigation.

On accorde alors l'honoraire le plus élevé.

ÉPREUVES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

Électroencéphalogramme de base

+ 40010	Interprétation effectuée à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou dans l'autre cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente	21,30
	Études complémentaires : à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :	
+ 40020	a) tracé de sommeil	16,00
+ 40030	b) activation chimique	11,70
+ 40040	c) enregistrement avec électrodes sphénoïdales	14,90
40050	d) audio-électro-encéphalographie avec étude des potentiels évoqués	14,00
+ 40060	e) étude avec électrodes pharyngées	3,70
	Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme :	
+ 40070	par fonction explorée	7,50
+ 40080	maximum par séance	22,50
	Analyse qualitative de l'électrogénèse :	
+ 40090	a) un hémisphère	30,90
+ 40100	b) deux hémisphères	52,20
	Surveillance et interprétation d'enregistrement prolongé spécial excédant une heure :	
40110	a) première heure d'enregistrement	34,00
40120	b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement	14,50
	<u>AVIS :</u> Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires qui, elles, doivent être inscrites sur une autre ligne.	
	1. Télémétrie :	
40130	a) tracé sans enregistrement de crise	19,50
40140	b) tracé avec enregistrement de crise	39,00
	2. Surveillance et interprétation d'enregistrement continu sur le scalp avec étude audio et vidéo :	
40150	a) première heure	49,00
40160	b) pour chaque heure supplémentaire	19,50
	<u>AVIS :</u> Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires qui, elles, doivent être inscrites sur une autre ligne.	

SLE - Spécialistes**D - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE**

	3. Surveillance et interprétation d'un enregistrement stéréo-électroencéphalographique avec étude audio et vidéo :	
40170	a) première heure	49,00
40180	b) pour chaque heure supplémentaire	19,50
	<u>AVIS :</u> Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires qui, elles, doivent être inscrites sur une autre ligne.	
40190	4. Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	170,00
40200	5. Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopenthal)	68,00
+ 40210	6. Test à l'amytal intracarotidien	65,00
40220	Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	81,00
	Monitoring per-opératoire à l'aide des potentiels évoqués sensitifs incluant le monitoring préopératoire et la disponibilité per-opératoire du neurologue dans l'hôpital	
+ 40230	par heure	20,80

E - HÉMATOLOGIE**ADDENDUM 6.****ARTICLE 1****DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

1.1 En hématologie, on distingue l'établissement principal de l'établissement secondaire. Les règles qui suivent s'appliquent pour la désignation d'un établissement, sous réserve des exceptions agréées par les parties négociantes.

1.2 L'établissement principal désigne l'établissement où le médecin hématologiste exerce la majeure partie de ses activités hospitalières et comprend tous les sites, pavillons ou installations de l'établissement. Tout autre établissement où il exerce est désigné comme établissement secondaire.

AVIS : *Lorsqu'un médecin exerce la majeure partie de ses activités dans un établissement comprenant plusieurs sites, pavillons ou installations, chacun d'eux est considéré comme un même établissement principal.*

1.3 Le médecin hématologiste qui a des activités de laboratoire fait parvenir à la Régie, dans les deux mois précédant le début de chaque année, ou dès le moment où il entreprend ses activités de laboratoire, un avis d'assignation indiquant l'établissement principal et, le cas échéant, l'établissement secondaire où il pratique. Dans le cas de changement en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

AVIS : *La Régie fera parvenir à chaque médecin hématologiste un état lui précisant l'établissement principal et, le cas échéant, le ou les établissements secondaires où il pratique. Le médecin devra confirmer le maintien de l'information, les modifications ou les ajouts, s'il y a lieu. Dans le cas d'un ajout, l'établissement devra faire parvenir un « Avis d'assignation » (n° 3880) dûment rempli et signé.*

Le médecin qui entreprend des activités de laboratoire ou qui en change en cours d'année doit faire parvenir le plus tôt possible à la Régie un avis d'assignation (n° 3880) indiquant l'établissement principal et, le cas échéant, le ou les établissements secondaires où il pratique.

1.4 Les avis d'assignation sont révisés par les parties négociantes à la lumière des règles prévues au présent addendum et, le cas échéant, corrigés en conséquence. La Régie donne suite aux avis émis par les parties négociantes.

ARTICLE 2.**TARIFICATION**

2.1 En établissement, le médecin hématologiste est payé pour les examens qu'il pratique suivant le présent tarif.

À titre d'exception, un mode particulier de paiement est établi pour l'hémogramme.

2.2 Un honoraire d'examen est accordé pour l'hémogramme.

Cet honoraire est payé pour le concours que le médecin hématologiste apporte au contrôle des techniques exécutées par le personnel du laboratoire, y compris sa participation au programme de révision des lames.

ARTICLE 3.
RÈGLES DE TARIFICATION POUR LES ACTIVITÉS DE LABORATOIRE DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Le médecin hématologiste est rémunéré selon les règles de tarification suivantes pour les activités de laboratoire de biologie moléculaire effectuées dans les centres hospitaliers suivants :

- L'Hôpital Sainte-Justine (CHU Mère-Enfant)
- CUSM (Hôpital Royal-Victoria)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- CH affilié universitaire de Québec (Pavillon Saint-Sacrement)
- CHUM (Hôpital Notre-Dame)
- Hôpital du Sacré-cœur de Montréal
- CHUS (Hôpital Fleurimont)
- L'Hôpital général Juif - Sir Mortimer B. Davis
- CHUQ - Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec

3.1 L'honoraire du test diagnostique comporte, outre l'interprétation du test, la rédaction d'un rapport.

3.2 Les services de laboratoire de biologie moléculaire reliés à un programme universel de dépistage d'une population ne sont pas inclus dans le présent tarif.

3.3 Les honoraires des services de laboratoire de biologie moléculaire sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour la facturation des services de laboratoire de biologie moléculaire, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.*

3.4 L'honoraire d'hybridation in situ sur chromosomes interphasiques ou métaphasiques couvre l'ensemble des hybridations utilisant une ou plusieurs sondes faites à partir d'un même échantillon biologique et nécessaires pour définir la présence ou l'absence d'une ou plusieurs anomalies chromosomiques chez un individu donné.

3.5 Les honoraires prévus sous la rubrique enzymologie couvrent l'ensemble des dosages enzymatiques dans un même sentier métabolique, sur des spécimens biologiques provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie métabolique chez un individu donné.

3.6 Les honoraires prévus sous la rubrique génétique moléculaire couvrent l'ensemble des analyses utilisant la même technique mais examinant des régions différentes d'un même gène à partir de l'ADN provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie d'un gène chez un individu donné.

ARTICLE 4.

PLAFONNEMENT D'ACTIVITÉS EN LABORATOIRE

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL

4.1 Les gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal sont plafonnés au montant de 54 000 \$ par semestre.

Pour le surplus, les examens de laboratoire sont payés à 1 %.

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL ET ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE

4.2 Les gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal et en établissement secondaire sont plafonnés au montant de 67 500 \$ par semestre.

Pour le surplus, les examens de laboratoire sont payés à 1 %.

- # **AVIS** : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait préférable pour le professionnel de facturer une demande de paiement dont la période se termine le 30 juin et le 30 décembre de chaque année, faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés si la période chevauche la date de fin d'un semestre.*

HÉMATOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

	Actes médicaux	
50030	Hémogramme complet incluant	0,98
	Numération Différentielle Morphologie Avec ou sans sédimentation Avec ou sans réticulocytes	
	NOTE : Le médecin hématologiste doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués sous sa responsabilité dans le centre hospitalier.	
	Moelle	
50040	Myélogramme	25,00
	Frottis spécial	
50050	Recherche de cellules LE	2,67
50060	Adénogramme	6,45
50070	Recherche de parasites	10,00
50080	Splénogramme	6,45
50090	Cytologie de liquides autres que le sang	10,00
50100	Analyse cytochimique	10,00
50110	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire	10,00
	COAGULATION	
51010	Dépistage	1,29
	Il comprend notamment : Un test de coagulabilité globale Temps de prothrombine (Quick) Appréciation des plaquettes	
51020	Coagulogramme complet.	4,73
	Il comprend notamment : Temps de saignement Un test de coagulabilité globale Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène Temps de prothrombine (Quick) Décompte plaquettaire	
51030	Étude des fonctions plaquettaires	9,46
51040	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation	6,45
51050	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant	6,45

SLE - Spécialistes**E - HÉMATOLOGIE**

51060	Recherche d'une coagulation intravasculaire disséminée et/ou d'une fibrinolyse	6,45
51070	Thromboélastographie	4,73

BANQUE DE SANG

52010	Requête pour transfusion sanguine par requête	1,29
52005	Dépistage d'anticorps irrégulier en dehors d'une requête pour transfusion	0,60
52020	Identification d'anticorps	9,46
52030	Recherche d'anticorps antiplaquettaires	1,55
52040	Recherche d'anticorps antileucocytaires	1,55
52050	Étude d'une réaction transfusionnelle	15,48
52060	Étude immunohématologique d'une réaction hémolytique immune	18,91
52065	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh	7,95
52075	Plasmaphérèse, par sac	9,46
52070	Plasmaphérèse massive (50% du volume plasmatique ou plus)	128,97
52085	Groupes salivaires	18,49

HÉMATOLOGIE SPÉCIALE

53010	Étude des enzymes érythrocytaires	9,46
53020	Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine	9,46
53030	Recherche d'une anomalie de la membrane du globule rouge	9,46
53040	Étude des facteurs de l'érythropoïèse	6,00
55120	Étude d'une protéine marquée in vivo ou in vitro	5,00

HÉMATOLOGIE RADIO-ISOTOPIQUE

Cinétique globulaire erythrocytaire		
55010	Masse globulaire	6,45
55020	Survie globulaire	6,45
55030	Courbe d'accumulation dans les organes cibles	12,90
Cinétique leucocytaire		
55050	Survie	7,39
55060	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	14,79
Cinétique plaquettaire		
55070	Survie	6,45
55080	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	14,79
Volumes sanguins		
55090	Volume globulaire	6,45
55100	Volume plasmatique	3,18

Ferrocinétique		
55130	Épuration du fer plasmatique (turnover)	6,45
55140	Taux d'incorporation du fer dans les globules rouges	6,45
55150	Courbe d'accumulation du fer dans les organes cibles	12,90
55180	Épreuves d'absorption du fer	6,45
55190	Calcul des pertes sanguines par globules rouges marqués	9,46
Divers		
55170	Test de Schilling	6,45
55200	Étude du fibrinogène et des plaquettes par la sélénométhionine	6,45
IMMUNOLOGIE		
+56010	Immuno-électrophorèse ou immuno-fixation sérique ou urinaire	6,45
Histocompatibilité HL-A :		
56020	Phénotype	3,18
56030	Génotype	6,45
56040	Identification d'antigène par cytotoxicité	1,29
56050	Recherche et identification d'anticorps anti HL-A	9,46
Immunofluorescence		
56075	Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus	9,46
56090	Anticorps, antitissus et antimicro-organisme	2,58
56100	Fluorescence de membrane cellulaire	15,48
56110	Fluorescence intracytoplasmique	15,48
Sérologie		
56120	Étude néphélométrique du complément	1,89
56125	Étude du complément par méthode hémolytique	15,48
56130	Recherche de cryoglobuline : quantification et identification	9,46
Hémopoïèse in vitro		
Évaluation de la granulopoïèse in vitro (colonie en agar)		
56140	Capacité de formation de colonies, cinétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	28,38
56150	Capacité de stimuler la formation des colonies	12,90
56160	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	9,46

Immunologie cellulaire :

Évaluation de la réponse immune :

	1) Sensibilisation à un ou plusieurs antigènes primaires thymo-dépendants et évaluation de la réponse secondaire à cet antigène.	
56170	2) Intradermo réactions à au moins 3 antigènes secondaires thymo-dépendants	6,45
	3) Décompte de l'ensemble de ces deux techniques, lymphocytes/mm ³ et des monocytes.	
56180	4) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase et, le cas échéant, après fixations et colorations spéciales. Pour quatre (4) techniques ou plus	11,18

Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un mitogène non spécifique (PHA, PWN, CON A, etc.)

	1) Population lymphocytaire purifiée	
56190	2) Triplicata minima 2 patients et 1 plasma ou sérum	6,45
56200	2 patients et 2 plasma ou sérum (contrôle et patient)	9,46

Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un antigène spécifique (P.P.D., médicaments, etc.)

	1) Population lymphocytaire purifiée	
56210	2) Données en triplicata (minimum) 2 individus et 1 plasma ou sérum	7,52
56220	2 individus et 2 plasma ou sérum	12,90

Évaluation de la fonction lymphocytaire en transformation à l'aide de la PHA (méthode isotopique) :Étude de la cinétique cellulaire
(minimum 3 points en 6 jours) :

	1) Lymphocytes purifiés	
56230	2) Données de chaque point en triplicata (minimum) 2 patients (contrôle et patient)	12,90

Cinétique sensibilité à la PHA :

	1) Minimum 3 points en 6 jours	
	2) Minimum 3 concentrations de PHA	
	3) Lymphocytes purifiés	
56240	4) Données de chaque point en triplicata (minimum) 2 patients (contrôle et patient)	44,71

	Culture mixte de lymphocytes (méthode isotopique) :	
	1) Lymphocytes purifiés	
	2) Données en triplicata (minimum)	
	3) Stimulation unidirectionnelle pour la capacité de stimulation et de transformation	
56250	Culture mixte et 1 plasma (sérum)	12,90
56260	Culture mixte et 2 plasma (sérum)	22,35
	Évaluation de l'activité métabolique du lymphocyte (méthode isotopique) :	
	1) Morphologie en contraste de phase	
	2) Lymphocytes purifiés	
56270	Données en triplicata (minimum)	3,18
	Évaluation des populations lymphocytaires et monocytaires par la technique des rosettes EA et EAC sur tissu congelé :	
	1) Histologie sur congélation (coloration spéciale)	
	2) Évaluation de la nature et de la distribution des cellules ayant récepteurs Fc et c3 par la technique des rosettes sur congélation	
56310	Pour l'ensemble	15,48
56320	Dosage du MIF sérique par la planimétrie ou par la méthode en agarose/ou par la méthode de migration unidirectionnelle	15,48
	Évaluation de l'arc afférent de la réponse immune par l'analyse des facteurs solubles capables d'inhiber la migration des leucocytes/ou des macrophages/ou des monocytes :	
	1) Méthode directe ou indirecte	
	2) Minimum 3 concentrations de l'antigène	
	3) Données en triplicata (minimum)	
	4) Évaluation du «phénomène de fuite»	
	5) Évaluation de l'agrégation cellulaire	
	6) Colorations spéciales (optionnel)	
56330	Pour l'ensemble	18,91

Immunosérologie

57010	Recherche de complexes immuns solubles circulants	9,46
57020	Recherche d'anticorps antitissulaires, antifrctions tissulaires ou cellulaires par autre méthode que l'immunofluorescence.	6,45
57030	Étude néphéométrique d'une protéine	1,89
57040	Contenu en ADN de spécimens tissulaires : moelle osseuse, liquide pleural, ascite, tumeurs	15,48
57050	Recherche et/ou dosage des récepteurs d'oestrogène ou progestérone	12,90
57060	Isolément et identification d'antigène ou d'anticorps par chromatographie.	22,35

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de biologie moléculaire, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.

Cytogénétique

60000	Caryotype pour maladies constitutionnelles	50,00
60001	Caryotype pour maladies constitutionnelles après synchronisation cellulaire	75,00
60002	Caryotype pour maladies acquises	70,00
60003	Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire	95,00
60004	Chromatine sexuelle X ou Y	10,00
60005	Décompte des cassures chromosomiques	95,00
60006	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	40,00
60007	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	75,00
60008	Étude des échanges entre chromatides soeurs	95,00

Génétique biochimique**Enzymologie**

60010	Biotinidase	75,00
60011	Carnitine acétyltransférase	75,00
60012	Disaccharidases	75,00
60013	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate	250,00
60014	Enzymes du cycle de l'urée	150,00
60015	Enzymes lysosomaux	150,00
60016	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	150,00
60017	Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique	250,00

NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

AVIS : Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres, le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

R = 1

60018	Fumarylacétoacétate hydrolase	75,00
60019	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	75,00
60020	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	270,00
60021	Autres enzymes	75,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	
	Métabolites	
60030	7-Dehydrocholestérol	10,00
60031	Acide hippurique	10,00
60032	Acide homogentisique (quantitatif)	10,00
60033	Acide méthylmalonique (quantitatif)	10,00
60034	Acide orotique (quantitatif)	10,00
60035	Acide phytanique (quantitatif)	10,00
60036	Acide pipécolique (qualitatif)	10,00
60037	Acide sialique	10,00
60038	Acides aminés (quantitatif)	50,00
60039	Acides gras à très longues chaînes	25,00
60040	Acides gras libres	10,00
60041	Acides organiques (quantitatif)	50,00
60042	Acylcarnitines	25,00
60043	Carnitine libre et estérifiée	20,00
60044	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrates	20,00
60045	Galactose-1-PO4	10,00
60046	Homocystéine totale	10,00
60047	Mucopolysaccharides (qualitatif)	25,00
60048	Mucopolysaccharides (quantitatif)	30,00
60049	Oligosaccharides (qualitatif)	25,00
60050	Purines et pyrimidines	25,00
60051	Sphingolipides (qualitatif)	25,00
60052	Succinylacétone (quantitatif)	10,00
60053	Autres métabolites	10,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	

AVIS :

(*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres.

Génétique moléculaire :

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (*)

	Étude moléculaire par PCR pour détection directe de mutations à l'intérieur d'un même gène ou à l'intérieur de séquences voisines du gène lorsqu'il s'agit d'étude de liaison	
60060	recherche d'une ou deux mutation(s) différente(s)	30,00
60061	recherche de plus de deux mutations différentes	75,00
60062	Étude moléculaire par PCR quantitatif d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène	200,00
60063	Étude moléculaire par PCR et séquençage d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène	200,00
	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réaction(s) de digestion différente(s) (polymorphismes différents)	
60064	utilisation d'une réaction	37,50
60065	utilisation de deux réactions ou plus	100,00
60066	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	42,50
60067	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragment(s) différent(s) de la protéine codée par le gène étudié	200,00

AVIS :

(*) *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres et le nom du gène faisant l'objet du test.*

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE

ADDENDUM 7.

ARTICLE 1.

EXAMENS IN VIVO

AVIS : *Voir la Lettre d'entente n° 14 dans la Brochure N° 1 des médecins spécialistes, régime d'assurance maladie.*

1.1 L'honoraire de l'examen comporte, outre l'interprétation de l'épreuve, la rédaction d'un rapport.

1.2 Les procédures diagnostiques et thérapeutiques exécutées lors d'un examen, sont payées au demi-tarif sauf la procédure principale.

1.3 Les honoraires sont majorés du quart quant aux examens pratiqués chez l'enfant de 8 ans ou moins. (MOD=078)

AVIS : *Le modificateur 078 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

1.4 Le médecin nucléiste qui est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, est payé aux deux tiers du tarif de l'examen. (MOD=079)

AVIS : *Le modificateur 079 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

Il rédige alors un rapport de sa consultation.

ARTICLE 2.

EXAMENS IN VITRO

2.1 La tarification que l'on trouve en annexe de cet addendum, ne s'applique qu'aux examens in vitro pratiqués au moyen de radio-isotopes.

Cette tarification n'est pas sujette aux dispositions de la Règle 1 du préambule général de ce tarif : tout médecin spécialiste auquel un centre hospitalier a accordé les privilèges de pratique appropriés, peut s'en prévaloir.

ARTICLE 3.

ORGANES DOUBLES

3.1 S'il y a examen d'organes doubles, le tarif est celui d'un seul organe.

ARTICLE 4.**EXAMENS ASSOCIÉS**

4.1 Sont compris dans les honoraires payés pour un ou plusieurs examens pratiqués chez un patient, les procédés suivants :

CODE	LIBELLÉ
82445	Mesure de volume de chasse
82455	Mesure de volume télédiastolique
82304	Captations multiples
82306	Taux de relâche de la thyroxine marquée
82484	Angiographie cervicale (flot quantitatif)
82514	Mesure de l'activité tissulaire
82883	Espace de distribution et/ou calcul de masse

ARTICLE 5.**EXAMEN OSSEUX**

5.1 L'honoraire payé pour un examen articulaire comprend l'examen osseux pratiqué lors de la même séance.

ARTICLE 6.**SUPPLÉMENT**

- + **6.1** Une épreuve avec administration d'une substance pharmacologique ayant pour effet de stimuler ou d'inhiber l'action d'un organe donne droit à un supplément de 32,60 \$ (**code 08713**), incluant la surveillance immédiate.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

TABLEAU DES HONORAIRES

ÉPREUVES « IN VIVO »

AVIS : Voir la Lettre d'entente 44. Pour la facturation des examens de médecine nucléaire « in vivo », remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

DIAGNOSTIC**SYSTÈME ENDOCRINIEN****Thyroïde**

+ 08600	Captation simple ou multiple	3,00
+ 08601	Scintigraphie	17,90
+ 08602	Épreuve de stimulation	3,00
+ 08603	Épreuve de freinage	2,70
+ 08604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	9,00
08605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,00
+ 08606	Courbe d'épuration sanguine du radio iode	9,00
+ 08607	Mesure de l'excrétion urinaire de radio iode	3,60
08608	PBI - I 131	1,25
+ 08609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	59,70

Parathyroïdes

+ 08610	Scintigraphie	41,80
---------	-------------------------	-------

Surrénales

+ 08611	Scintigraphie	59,70
---------	-------------------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

+ 08612	Volume plasmatique	6,00
+ 08613	Masse globulaire	11,90
+ 08614	Survie globulaire	23,90
+ 08615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	35,80
+ 08616	Index de séquestration splénique	11,90
+ 08617	Survie de leucocytes	35,80
+ 08618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	32,60
08619	Survie des plaquettes	30,00
+ 08620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	35,80
+ 08621	Mesure de l'absorption du fer	21,70
08622	Épuration plasmatique du fer clearance	10,00

.F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**SLE - Spécialistes**

08623	Taux de renouvellement plasmatique turnover	11,00
08624	Incorporation globulaire du fer utilisation	11,00
+ 08625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	35,80
08626	Volume de la sidérophilline marquée	10,00
+ 08627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,40
08628	Fer globulaire total	1,25
+ 08629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	17,90
+ 08630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	59,70
+ 08631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autres agents	47,80
+ 08632	Lymphographie régionale	23,90
+ 08633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marqué	35,80

SYSTÈME URINAIRE

+ 08634	Scintigraphie rénale	15,00
+ 08635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	9,00
+ 08636	Rénogramme	17,90
+ 08637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	35,80
+ 08638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	17,90
+ 08639	Taux de filtration glomérulaire	17,90
+ 08640	Recherche du reflux vésico-urétéral	29,80
+ 08641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	29,80

SYSTÈME DIGESTIF

+ 08642	Scintigraphie hépatique et splénique	15,00
	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent	
+ 08643	Courbe et/ou taux d'épuration	11,90
+ 08644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	47,80
+ 08645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	9,00
+ 08646	Recherche de diverticule	41,80
+ 08647	Étude de protéine marquée	29,80
+ 08648	Vidange gastrique et/ou reflux	59,70
+ 08649	Absorption du calcium	17,90
+ 08650	Trioléine	11,90
08651	Acide oléique	10,00
+ 08652	Schilling	11,90
+ 08653	Schilling avec facteur intrinsèque	11,90
+ 08654	Pertes protéiques	35,80
+ 08655	Recherche de sang dans les selles	35,80
+ 08656	Élimination fécale de substances marquées	35,80
+ 08657	Métabolisme des sels biliaires	23,90
08658	Scintigraphie du pancréas	27,50

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

+ 08659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	15,20
+ 08660	Perfusions myocardiques dynamiques	29,80

AVIS : Voir la Règle d'application n° 17.

SLE - Spécialistes**.F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**

+ 08661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	25,40
+ 08662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	20,30
+ 08663	Mesure du débit cardiaque	10,20
+ 08664	Mesure du temps de circulation	9,10
08665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	4,70
+ 08666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	5,10
+ 08667	Scintigraphie du myocarde	25,40
+ 08668	Scinti-angiographie aorte/ses branches excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	15,20
+ 08669	Phlébographie isotopique	59,70
+ 08670	Ventriculographie isotopique	25,40

SYSTÈME RESPIRATOIRE

+ 08671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	29,80
+ 08672	Angiographie pulmonaire	15,00
+ 08673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	41,80
+ 08674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	41,80

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

+ 08675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	10,20
+ 08676	Scintigraphie cérébrale	23,90
+ 08677	Cisternographie (2-6-24 hres)	89,50

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

+ 08704	Ostéodensitométrie isotopique	16,30
---------	---	-------

AVIS : Voir la Règle d'application n° 16.

S'il s'agit d'un traitement de l'ostéoporose, inscrire le code 733.0 dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

	Scintigraphie osseuse (excluant ostéodensitométrie isotopique) :	
+ 08678	un site	17,90
+ 08679	sites multiples	42,30
	Scintigraphie articulaire :	
+ 08680	un site	17,90
+ 08681	sites multiples	42,30

DIVERS

+ 08682	Scintigraphie de l'abdomen	29,80
+ 08683	Scintigraphie des voies lacrymales	41,80
+ 08684	Scintigraphie des glandes salivaires	41,80
08685	Placentographie	15,00
+ 08686	Recherche de foyer d'abcès	47,80
+ 08687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre au P32	29,80
+ 08688	Recherche de néoplasie du sein	17,90
+ 08689	Scintigraphie des testicules	59,70
+ 08690	Étude du taux d'épuration	15,00
+ 08691	Scintigraphie des chaînes mammaires	29,80

.F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**SLE - Spécialistes**

	Autre scintigraphie :	
+ 08692	un site	17,90
+ 08693	sites multiples	47,80
+ 08694	Scintigraphie par fluorescence-X	29,80
+ 08695	Mesure des éléments tracés « in vivo » par activation neutronale	54,30
	Tomographie assistée	
08701	cerveau	60,00
08702	coeur	42,50

AVIS : Voir la Règle d'application n° 17.

08703	autre	50,00
08700	Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance	250,00

TRAITEMENT

+ 08705	Brachythérapie	108,50
+ 08696	Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne	108,50
+ 08697	Traitement par radio isotope métabolisé	59,70
+ 08698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire.	89,50
+ 08699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire, par visite.	13,10

ÉPREUVES « IN VITRO »

82744	Acide folique	0,10
82604	Adrénocorticotropine (ACTH)	0,10
82605	Aldostérone	0,10
82625	AMP cyclique	0,10
82606	Angiotensine I	0,10
82614	Angiotensine II.	0,10
82664	Antigène australien (HAA).	0,10
82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	0,10
82676	Anti-human IgE	0,10
82624	Cortisol.	0,10
82644	Digitoxine.	0,10
82626	Digoxine.	0,10
82645	Estradiol.	0,10
82646	Folliculo-stimuline (FSH)	0,10
82654	Gastrine	0,10
82655	Glucagon.	0,10
82656	GMP cyclique	0,10
82665	Gonadotropine chorionique	0,10
82666	Hormone de croissance (HGH)	0,10
82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	0,10
82686	Hormone lutéinisante (LH)	0,10
82726	Hormone thyroestimulante (TSH)	0,10
82675	IgE	0,10
82684	Insuline	0,10
82694	LSD	0,10
82685	Lupus érythémateux (LE)	0,10
82695	Morphine	0,10

SLE - Spécialistes**.F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**

82696	Oubaine	0,10
82704	Progestérone	0,10
82705	Prostaglandine	0,10
82715	Prostaglandine E	0,10
82706	Prostaglandine F1	0,10
82714	Prostaglandine F2	0,10
82615	Rénine	0,10
82724	T3 résine	0,10
82716	T3 RIA	0,10
82736	T4 plasmatique libre	0,10
82735	T4 plasmatique total	0,10
82725	Testostérone	0,10
82734	Vitamine B12	0,10
82745	Dosage des éléments tracés par activation X, neutronale ou source radioactive scellée	0,10
82746	Autres	0,10

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**ADDENDUM 5.**

Cet addendum détermine la rémunération du médecin microbiologiste infectiologue pour sa participation aux activités de laboratoire en microbiologie et à certaines activités d'infectiologie collective.

Article 1**Mode de rémunération**

1.1 La rémunération du médecin microbiologiste infectiologue pour les activités professionnelles visées au présent addendum est établie sur la base d'un montant forfaitaire, lequel est fonction de la charge professionnelle du médecin au cours d'une année civile ainsi que du nombre de jours ouvrables au cours desquels il accomplit cette charge.

Article 2**La charge professionnelle**

2.1 Le médecin microbiologiste infectiologue reçoit un montant forfaitaire, basé sur le concept de pleine charge professionnelle annuelle, pour la rémunération des activités suivantes :

- i) l'ensemble des activités de laboratoire en microbiologie en établissement principal, pouvant inclure les aspects scientifiques et techniques, l'assurance de qualité, la revue et la gestion de la pertinence et de l'utilisation des analyses ainsi que la gestion hospitalière des services de laboratoire en microbiologie pour la clientèle en établissement et ambulatoire ;
- ii) certaines activités d'infectiologie collective en établissement principal, pouvant inclure l'épidémiologie en établissement, la prévention des infections, la pharmaco-économie et la gestion de ces activités d'infectiologie collective, mais excluant toutefois les activités d'infectiologie collective rémunérées dans le cadre de la partie 2 de l'Annexe 14.

2.2 La charge professionnelle annuelle est effectuée dans l'établissement principal du médecin microbiologiste infectiologue, soit celui où il exerce la majeure partie de ses activités professionnelles. À titre exceptionnel, deux établissements auxquels un médecin microbiologiste infectiologue est attaché en temps partagé, sont considérés comme un même établissement principal.

Une pleine charge professionnelle donne droit au montant forfaitaire de base ; une charge partielle, à un montant forfaitaire fractionné.

2.3 Un forfait majoré est accordé au médecin microbiologiste infectiologue participant à un service de desserte régionale ou supra-régionale pour les activités de laboratoire en microbiologie décrites à l'alinéa 2.1 (i). Le montant forfaitaire accordé à ce titre est fonction de critères objectifs notamment le nombre d'établissements desservis, leur éloignement et l'activité propre à chaque établissement.

La majoration accordée à un médecin microbiologiste infectiologue participant à un service de desserte régionale ou supra-régionale ne peut excéder un équivalent de 0,24 du montant attribué au montant forfaitaire de base désigné à l'article 2.2.

2.4 L'attribution d'un montant forfaitaire de base fractionné pour une charge partielle se fait par tranche ou multiple de 0,05 forfait.

2.5 Les parties négociantes déterminent la distribution de la rémunération forfaitaire pour l'ensemble des centres hospitaliers. À cette fin, elles tiennent compte notamment des critères suivants et ce, à l'échelle régionale et provinciale :

- a) des besoins de la population en services en microbiologie - infectiologie ;
- b) des besoins en médecins microbiologistes infectiologues ;
- c) de l'organisation du réseau de la santé ;

Article 3

Modalités de paiement

3.1 Le médecin microbiologiste infectiologue reçoit une quote-part du montant forfaitaire annuel pour la période de la journée où il a exercé sa charge professionnelle, en référence aux jours ouvrables du calendrier. On entend par jours ouvrables, la période du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Toutefois, le médecin microbiologiste infectiologue ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

AVIS : *Référez à l'article 4.5 du Préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés. Le calendrier des jours fériés de l'établissement ou celui de la Régie, paraissent dans le site Internet de la Régie, www.ramq.gouv.qc.ca, aux rubriques suivantes: Établissements du réseau de la santé; Calendrier des jours fériés ; puis, choisir le calendrier de l'établissement ou celui de la Régie.*

3.2 La quote-part représente un cent-quatre-vingtième (1/180) du montant forfaitaire annuel correspondant à la charge professionnelle annuelle attribuée en vertu de l'article 2.

AVIS : *Remplir le formulaire « Demande de paiement-médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- l'identification du médecin (initiale du prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie de 7 chiffres);
- le code de l'établissement dans lequel le médecin accomplit sa charge dans la case ÉTABLISSEMENT ;

#

Dans la section ACTES, inscrire:

- la date de facturation d'une quote-part (année-mois-jour) ;
- 09736 dans la case CODE ;
- la valeur 1 dans la case R (rôle) ;
- le montant de la quote-part demandé dans la case HONORAIRES et reporter le cumul des honoraires dans la case TOTAL.

Un maximum de trois quotes-parts peut être facturé sur une demande de paiement, mais aucun autre service ne doit être facturé sur cette même demande.

3.3 Un maximum de 180 quotes-parts est payable par année civile.

AVIS : *L'année civile s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une année.*

3.4 À chaque période de deux semaines, le médecin microbiologiste infectiologue indique à la Régie les jours pour lesquels il réclame une quote-part et le montant correspondant.

AVIS : La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :

Total de votre charge professionnelle
plus
Forfait pour le service de desserte
multiplié par
Montant forfaitaire de base annuel (120 750 \$)
multiplié par
1/180

Exemple : Si la charge professionnelle est de 1,00 et que le service de desserte est de 0,12, les honoraires pour une quote-part équivalent à:
 $(1,00 + 0,12) \times 120\,750 \$ \times 1/180 = 751,33 \$$

3.5 Le paiement de la rémunération forfaitaire pour la charge professionnelle annuelle n'exclut pas le paiement au médecin microbiologiste infectiologue, pour la période où cette rémunération forfaitaire a été réclamée, d'autres types de rémunération prévus à l'Accord-cadre pour les activités non visées ou non rémunérées par le présent addendum.

GAINS EXTERNES

3.6 Un montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes-parts payées au médecin microbiologiste infectiologue par la Régie au cours d'une année civile s'ajoute à la rémunération du médecin microbiologiste infectiologue, selon le montant de ses gains externes au cours de cette année :

Gains externes	% des quotes-parts payées
Moins de 5 000 \$	10 %
5 000 \$ à 10 000 \$	9 %
10 000 à 15 000 \$	8 %
15 000 à 20 000 \$	7 %
20 000 \$ à 25 000 \$	6 %
25 000 \$ à 30 000 \$	5 %
30 000 \$ à 35 000 \$	4 %
35 000 \$ à 40 000 \$	3 %
Plus de 40 000 \$	0 %

3.7 Sont comptés comme gains externes tous les honoraires payés par la Régie au médecin microbiologiste infectiologue, à l'exception du montant total des quotes-parts qu'elle lui a payé ainsi que de la rémunération à tarif horaire versée en vertu des Annexes 14 et 15 et du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Article 4

Avis d'assignation

4.1 Dans les deux mois précédant l'application de ce nouveau préambule, chaque médecin microbiologiste infectiologue fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année à venir.

Le médecin microbiologiste infectiologue qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

Par la suite, dans les deux mois précédant le début de chaque année, le médecin microbiologiste infectiologue fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié son affectation pour la prochaine année seulement s'il y a des changements. Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

La charge professionnelle annuelle indiquée à l'avis d'assignation doit être établie en tenant compte de la distribution de la rémunération forfaitaire effectuée par les parties négociantes.

L'avis d'assignation est contresigné par le chef du département ou du service de microbiologie infectiologie, selon le cas, ou par la personne qui en assume les responsabilités.

AVIS : *Le médecin microbiologiste-infectiologue doit faire parvenir un Avis d'assignation (n° 3799) à la Régie dûment rempli et contresigné par le chef de département ou le chef de service concerné. Cet avis d'assignation est transmis lors d'une première inscription ainsi que pour toute modification à sa charge professionnelle ou au service de desserte, s'il y a lieu.*

4.2 Le médecin microbiologiste infectiologue qui interrompt sa pratique en informe la Régie dans les dix jours.

ANNEXE

- + Aux fins de l'application de l'addendum de microbiologie-infectiologie, le montant forfaitaire de base est de : **120 750 \$**
- # **AVIS :** *Du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2007, le montant forfaitaire était de 115 000 \$ et à compter du 1^{er} juillet 2007 au montant de 120 750 \$.*

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**ADDENDUM 4.**

AVIS : *Aux fins de la facturation sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case « Consultation demandée par ».*

Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes informations.

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » sauf indication contraire aux tarifs. Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

1.4 En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7).

S'ajoute l'honoraire de consultation (R=1) s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS : *Aux fins de la facturation, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

Pour réclamer l'honoraire de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et les honoraires correspondants.

Pour réclamer l'honoraire de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et les honoraires correspondants.

Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

Sont visés les laboratoires de radiologie générale inscrits au Répertoire ministériel de l'Annexe I du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

1.5 Le médecin radiologiste qui agit comme consultant d'un laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien, est payé suivant le tableau des honoraires de consultation (R=1).

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=1 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

1.6 En laboratoire, seuls les examens dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis, donnent droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.7 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement.

RÈGLE 2.

EXAMENS

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3.

EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 4.

FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5.

EXAMEN DU COLON

+ **5.1** La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues et l'introduction d'air et de bariure sous contrôle fluoroscopique.

RÈGLE 6.

TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de bariure approprié.

RÈGLE 7.**EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN**

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques.

Il en est de même de la tarification d'un examen de l'abdomen ou du bassin chez un patient dirigé pour un examen de la colonne lombaire.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

8.1 Aucun honoraire n'est payé pour un examen du nez ou des sinus pratiqué chez un patient dirigé pour une radiographie du crâne, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 9.**EXAMEN DE LA COLONNE**

9.1 On ne peut demander paiement d'une radiographie simple de la colonne lors d'une myélographie sauf si le patient n'a pas subi cet examen ou si les clichés de cet examen n'ont pu être obtenus.

RÈGLE 10.**PHARYNX ET OESOPHAGE**

10.1 On ne peut demander paiement du code « Pharynx et oesophage (ciné ou vidéo) » ni du code « Tissus mous du cou » en sus d'un examen du tube digestif supérieur, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 11.**COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE**

11.1 Le médecin radiologiste ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 12.**BILATÉRALITÉ**

12.1 Le médecin radiologiste qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7. (MOD=074)*

RÈGLE 13.**RADIOGRAPHIE DENTAIRE**

13.1 Les radiographies dentaires sont payées par la Régie, lorsqu'elles sont pratiquées en centre hospitalier chez un patient qui y reçoit des soins de chirurgie buccale.

Il en est de même des radiographies dentaires pratiquées en laboratoire privé chez un bénéficiaire du programme de soins dentaires.

13.2 On ne peut demander paiement du code « Dents - 1, 2 régions dentaires » en sus de celui « Étude panoramique des maxillaires - bouche entière », sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 14.**SUBSTANCES DE CONTRASTE**

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

RÈGLE 15.**ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION**

15.1 On accorde un supplément de 35 \$ au médecin radiologiste qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

Ce supplément est également accordé, dans les mêmes circonstances, pour une hospitalisation d'un jour, en externe.

AVIS : *Pour demander le supplément de 35,00 \$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 09222 ou pour demander celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 09299, sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». Inscrire le numéro d'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

15.2 Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour demander les visites, utiliser le code d'acte 09223, sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». Inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 16.**STÉRÉOSCOPIE**

16.1 Deux films effectués pour un examen en stéréoscopie sont considérés comme deux incidences dans le cas d'un examen du crâne, du massif facial, des sinus ou de la colonne cervicale.

RÈGLE 17.**CONSULTATION EXCEPTIONNELLE**

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins ultraspecialisés auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste donne alors son opinion au vu des clichés qui lui sont transmis par celui qui le consulte.

On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 30,97 \$.

- # **AVIS :** *Voir le code d'acte 08240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » ou le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». Dans ce dernier cas, l'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) sont essentielles.*

RÈGLE 18.

TARIFICATION

18.1 Le médecin radiologiste qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin radiologiste pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 19.

RAPPORT

19.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : *À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagné des modificateurs 008 en cabinet ou 021 en établissement.*

Le modificateur à utiliser est fonction du lieu où la révision est faite.

RÈGLE 20.

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

On accorde un supplément de 35 \$ au médecin radiologiste pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

- # **AVIS :** *Pour facturer le supplément de 35,00 \$ à l'égard d'un enfant de moins de 5 ans, inscrire le code d'acte 08279 sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». L'identification de la personne assurée est essentielle.*

PROTOCOLE CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ARTICLE 1.

RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

1.1 L'annexe I de ce Protocole identifie les laboratoires de radiologie générale établis au 15 juillet 1987 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels la ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

Un laboratoire de radiologie générale dont le permis d'exploitation est cédé, demeure visé par l'annexe 1 si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

ARTICLE 2.

IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES

2.1 Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins radiologistes nommés par la Fédération.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires de radiologie.

Ces demandes sont déferées par la ministre.

2.2 Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois mois de la réception de la demande.

À l'égard d'une demande, le comité doit se prononcer sur l'opportunité de l'implantation d'un nouveau laboratoire, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins de la région.

2.3 La ministre décide de la délivrance des permis suivant la loi.

La ministre informe la fédération des permis qu'elle délivre; si elle n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, elle lui donne les motifs de sa décision.

ARTICLE 3.

IMPUTATION DES GAINS DE PRATIQUE

CALCUL DES GAINS DE PRATIQUE

Les gains de pratique tirés de la radiologie diagnostique sont comptés comme suit:

HONORAIRES DE CONSULTATION

3.1 Sont établies les données relatives aux honoraires de consultation: pour les départements hospitaliers; pour les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1; et pour les examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie spécifique dont l'exploitant est un médecin omnipraticien.

HONORAIRES DE LABORATOIRE

3.2 Les honoraires de laboratoire sont comptabilisés de façon distincte.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les autres laboratoires de radiologie, en identifiant la discipline de leur exploitant.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : Pour la facturation de la radiologie diagnostique, en laboratoire de radiologie diagnostique, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'Annexe I - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utilisation du formulaire n° 1200 seulement).

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

Pour la facturation d'actes radiologiques dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique, voir la section 2.2.4 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».

AVIS : Aux fins de la facturation sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », toujours inscrire un zéro au début du code d'acte et aux fins de la facturation sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte », toujours inscrire un zéro à la fin du code d'acte.

TÊTE ET COU

	Crâne		
+8010	3 incidences ou moins	25,50	9,60
+8013	4 incidences ou plus.	31,80	11,90
	Selle turcique		
+8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	22,20	5,60
	Massif facial		
+8123	3 incidences ou moins	19,50	7,30
+8124	4 incidences ou plus.	24,30	7,60
	Nez		
+8031	minimum de 2 incidences.	12,70	4,70
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
+8023	minimum de 3 incidences.	19,50	7,50
	Articulations temporo-maxillaires		
+8024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	19,50	7,50

		L R = 7	C R = 1
	Sinus		
+8125	3 incidences ou moins	18,50	7,00
+8126	4 incidences ou plus	22,20	7,30
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant		
+8076	minimum de 6 incidences	24,40	10,40
	Conduit auditif interne		
+8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	22,20	7,50
	Oeil		
+8030	recherche de corps étrangers	12,70	6,60
+8028	recherche et localisation de corps étrangers	27,30	23,70
+8011	Trous optiques	14,80	6,60
+8038	Région des glandes salivaires	13,80	5,80
	Tissus mous du cou		
+8037	minimum de 2 incidences	12,00	5,80
+8036	Étude panoramique des maxillaires	15,10	5,80
	Dents		
+8034	1-2 régions dentaires	5,50	1,30
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.		
	Céphalométrie		
+8077	avec mesure des angles	17,70	23,80
	COLONNE ET BASSIN		
	Colonne cervicale		
+8127	3 incidences ou moins	22,20	6,20
+8128	4 incidences ou plus	28,50	8,20
+8042	Colonne dorsale(*)	21,20	6,40
+8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée(*)	24,80	6,40
+8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	31,20	7,20
	<u>AVIS :</u> Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 8243, 8245, 8246 ou 8247. S'ils sont facturés le même jour et que le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin » est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.		
	Colonne entière (série scoliotique)		
+8053	minimum de 4 incidences	47,60	15,80
+8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	20,40	5,30
+8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	26,50	8,30
+8058	Articulations sacro-iliaques	18,50	8,10

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	Bassin		
+8054	1 incidence(*)	12,70	5,40
+8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	23,60	7,50
+8055	3 incidences ou plus (ex.: bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	27,20	8,20
	NOTE : les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		
MEMBRES SUPÉRIEURS			
+8060	Clavicule	15,00	5,30
+8075	Articulations acromio-claviculaires	18,50	8,10
+8118	Articulations sterno-claviculaires	15,30	6,40
+8074	Omoplate	16,60	6,40
+8062	Épaule	16,50	6,40
+8063	Humérus	12,70	5,30
+8064	Coude	12,70	5,30
+8065	Avant-bras	12,70	5,30
+8066	Poignet	12,70	5,30
+8067	Main	12,70	5,30
+8068	Poignet et main	18,50	10,10
+8069	Doigt ou pouce	9,80	4,00
MEMBRES INFÉRIEURS			
+8080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus	20,80	6,20
	AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.		
+8083	Fémur	12,70	5,30
+8084	Genou, incluant la rotule	12,70	5,30
+8085	Jambe	12,70	5,30
+8086	Cheville	12,70	5,30
	Pied		
+8087	Tarse, calcaneum ou talon	12,70	5,30
+8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	19,50	9,00
+8090	Orteil	9,80	4,00
+8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	19,20	8,10
ÉTUDES DU SQUELETTE			
	Étude du squelette pour âge osseux		
+8092	1 région (main)	12,70	7,70
+8093	2 régions (main et autres)	22,80	8,80
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
+8280	8 incidences ou moins	50,70	19,90
+8281	9 ou 10 incidences	60,20	24,10
+8282	11 incidences ou plus	69,80	27,10

AVIS : (*) Voir la Règle d'application n° 14.

		L R = 7	C R = 1
THORAX			
+8100	Poumons.....	18,50	7,65
+8108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus).....	42,70	11,60
+8113	Larynx, études spéciales phonation.....	24,70	19,30
+8115	Hémithorax (côtes) 2 incidences ou plus.....	15,30	5,60
+8117	Sternum.....	16,10	5,60
9943	Lecteur B/ CSST : pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en établissement.....		12,50
	<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».		
9943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet.....		13,50
	<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé seul, sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » dans la case ACTES :		
	- inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;		
	- inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;		
	- inscrire la lettre « A » dans la case C.S. mais ne rien inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
ABDOMEN			
+8150	Abdomen simple.....	12,70	4,70
+8152	2 incidences ou plus.....	20,00	6,70

L	C
R = 7	R = 1

VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant la fluoroscopie)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

+8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	31,90	24,70
+8133	Étude du pharynx et de l'oesophage	31,90	24,70
+8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	30,10	14,40
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)		
+8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	59,00	24,33
+8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	63,60	29,55
+8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	75,70	31,76
+8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	85,20	37,17
+8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	38,80	16,81
+8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	70,70	63,36
	Colon, lavement baryté		
+8149	simple contraste	61,40	18,76
+8179	pour réduction d'intussusception	55,50	82,70
+8160	double contraste (l'examen en mode analogique [non numérique] comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard [décubitus latéraux droit et gauche] et un minimum de 10 expositions)	80,50	40,00
	AVIS : <i>Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.</i>		
8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique		150,00
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 8257, 8262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.		

		L R = 7	C R = 1
8161	Cholécystographie orale		3,54
	Cholangiographie		
+8171	par tube en T, incluant l'injection	25,70	14,30
+8163	per-opératoire		7,50
+8165	par infusion intraveineuse, incluant l'injection	36,80	17,30
+8180	Pancréatographie per-opératoire		12,80
+8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	26,70	12,17
VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE			
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.			
<u>AVIS</u> : Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.			
+8181	Pyélographie i.v. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	61,50	28,00
<u>AVIS</u> : Utiliser le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » peu importe le lieu de dispensation.			
+8186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen	38,20	7,50
+8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant	30,10	22,90
+8190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette le cas échéant	49,00	28,80
+8189	Vasographie - Déférentographie	18,80	5,60
+8191	Kystographie rénale incluant la ponction	11,40	69,40
+8198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelvigraphie	38,90	25,70

		L R = 7	C R = 1
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE			
+8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	12,60	4,80
+8193	Pelvimétrie	19,40	7,90
+8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	39,50	43,25
FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE			
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Fluoroscopie diagnostique » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites. (*)			
+8102	Thorax	29,10	10,43
+8151	Abdomen	29,10	10,43
+8121	Squelette	29,10	10,43
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure		
+8270	premier quart d'heure	11,30	19,02
+8271	deux quarts d'heure	22,60	38,05
+8272	trois quarts d'heure	34,00	57,08
+8273	une heure ou plus	45,30	76,10
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION			
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites. (*)			
+8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement	30,50	23,60
+8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	51,80	53,85
+8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	46,90	68,85
	Bronchographie		
+8109	unilatérale	28,90	47,80
+8111	bilatérale	39,90	67,20
+8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	34,90	20,60
+8007	Cisternographie opaque	66,20	29,00
+8027	Dacryocystographie	25,20	9,70
+8098	Discographie, un niveau ou plus	29,00	19,70
+8004	Encéphalographie	63,00	29,00

AVIS : (*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n°1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est **obligatoire**.

		L R = 7	C R = 1
+8214	Fistulographie	23,10	25,00
+8201	Galactographie	35,00	50,00
+8202	Kystographie mammaire	45,80	52,30
+8119	Laryngogramme avec contraste opaque	61,70	57,00
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
+8096	contraste huileux	73,80	27,10
+8097	contraste non ionique	158,40	30,00
+8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		51,90
+8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	60,50	96,60
	<u>AVIS :</u> Utiliser le formulaire n° 1200 «Demande de paiement - Médecin» peu importe le lieu de dispensation.		
+8025	Sialographie	47,30	41,10
DIVERS			
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	Pour les codes d'acte 8243, 8245, 8246 et 8247, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire .		
	Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)		
+8243	Examen initial de base	38,90	19,40
	Suivi (« follow-up »):		
+8245	un site	34,70	11,60
+8246	deux sites ou plus	38,90	15,80
+8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,10	3,60
+8006	Stérotaxie	63,00	21,00
+8232	Tomographie	53,50	13,80

		L R = 7	C R = 1
+8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement).		32,50
	<p>AVIS : Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles.</p> <p>Dans le cas de l'emploi de la « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation » (n° 1606), utiliser un « Document complémentaire » (n° 1944) pour inscrire les renseignements demandés.</p>		
+8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :		
+	en établissement.		10,30
+	en cabinet.		20,60
	<p>Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni</p> <p>En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD=021)</p> <p>En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen +8,40 \$. (MOD=008)</p>		

MAMMOGRAPHIE

AVIS : Aux fins de la facturation, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

Dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein n'est pas mis en place

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié ».

	sans examen clinique		
+8140	unilatérale.	23,90	6,80
+8141	bilatérale.	36,00	13,70
	avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
+8142	unilatérale.	23,90	16,00
+8143	bilatérale.	36,00	21,30

		L R = 7	C R = 1
+8199	radiographie d'une pièce biopsique	21,90	4,50
	<p><u>AVIS :</u> Aux fins de la facturation, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.</p> <p>Dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est mis en place</p> <p><u>AVIS :</u> Facturation d'un acte de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement où l'interprétation a été effectuée. - inscrire un « A » dans la case C.S. - préciser le lieu où l'interprétation a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. - inscrire le code de l'établissement où la technique a été effectuée dans la case prévue à cet effet. <p>NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié ».</p>		
+8048	diagnostique sans examen clinique unilatérale	23,90	6,80
+8049	bilatérale	36,00	13,70
	diagnostique avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
+8070	unilatérale	23,90	16,00
+8071	bilatérale	36,00	21,30

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	clichés supplémentaires		
+8072	unilatéral	21,90	6,80
+8073	bilatéral	36,00	13,70
	de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an		
	NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (Centre de dépistage désigné, CDD).		
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
+8078	unilatérale(*)	23,90	6,80
+8079	bilatérale(*)	36,00	13,70
8081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente 107)	7,50	
	clichés supplémentaires		
+8103	unilatéral(*)	21,90	6,80
+8104	bilatéral(*)	36,00	13,70
+8105	si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément(*)		12,30
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).		

AVIS : (*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

	L R = 7	C R = 1
de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an		
NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (Centre de dépistage désigné, CDD)		
comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
+8134 unilatérale(*).....	23,90	6,80
+8135 bilatérale(*).....	36,00	13,70
clichés supplémentaires		
+8129 unilatéral(*).....	21,90	6,80
+8130 bilatéral(*).....	36,00	13,70
+8131 si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément(*).....		12,30
NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID)		

AVIS : (*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
+8099	radiographie d'une pièce biopsique	21,90	4,50
	<p><u>AVIS :</u> <i>Aux fins de la facturation, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.</i></p>		
+8144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologue en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc. (*).		47,30
	<p>NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologue qui a facturé l'examen de dépistage.</p>		
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie		
+8145	unilatérale		6,80
+8146	bilatérale		13,70

AVIS : (*) *Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.*

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**.
- Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire n° 1606, « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section « Angioradiologie (technique) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)	
#8401	insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	100,00
#8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives. . .	91,94
#8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	48,00
#8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	60,00
#8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	15,44

NOTE :

- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.

		C
		R = 1
#8405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	40,00
#8406	Lymphographie unilatérale.	50,00
#8407	Epreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément.	16,04
ANGIORADIOLOGIE		
(Interprétation)		
Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences		
#8408	non sélective.	30,00
#8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4.	30,00
#8410	sélective avec quantification par moyen objectif:	
	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	13,44
#8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	13,44
#8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	23,44
#8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux.	11,44
#8414	sélective carotidienne, unilatérale	36,00
#8415	sélective vertébrale, unilatérale	35,00
	périphérique, membres inférieurs	
#8416	unilatérale.	30,00
#8417	bilatérale	60,00
#8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie.	33,69
	Angiographie coronarienne	
#8419	unilatérale	40,00
#8420	bilatérale	80,00
#8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	21,34
#8422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	39,49
#8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée.	30,00
#8424	Lymphographie, unilatérale	29,23

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Tomographie par ordinateur (un examen par région, par jour, par patient) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

AVIS : Voir la Règle d'application no 11.
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

	Tête	
#8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,68
#8259	sans injection de substance de contraste	31,68
	Cou	
#8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
#8261	sans injection de substance de contraste	51,93
	Thorax (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen »)	
#8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
#8263	sans injection de substance de contraste	51,93
	Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)	
#8264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
#8265	sans injection de substance de contraste	51,93
	Thorax et abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)	
#8255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	89,90
#8256	sans injection de substance de contraste	77,90
	Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)	
#8266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
#8267	sans injection de substance de contraste	51,93

		C
		R = 1
Abdomen et pelvis		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis »)		
# 8268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	85,38
# 8269	sans injection de substance de contraste	77,38
NOTE : La tarification de la région abdomen et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.		
Rachis		
# 8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	54,00
# 8275	sans injection de substance de contraste	46,00
Extrémités		
# 8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,00
# 8277	sans injection de substance de contraste	31,00
Tarif de révision en tomодensitométrie:		
# 8257	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomодensitométrie	15,00

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

- Imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

8570	Tête.....	106,26
8571	Cou.....	106,33
8572	Thorax.....	133,63
8573	Abdomen.....	133,63
8574	Pelvis.....	133,63
8575	Extrémités.....	106,33
	Colonne	
8576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré).....	99,19
8577	deux segments.....	124,60
8578	trois segments.....	167,65

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

	Tarif de révision en résonance magnétique :	
8579	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique.....	15,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12.
Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut de Cardiologie de Québec
- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir, à la Régie, le formulaire n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement » pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

8580	<p>Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7).</p> <p>L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.</p> <p>NOTE : L'acte codé 8580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.</p>	175,00
8581	<p>Examen limité (PG-7)</p> <p>NOTE : L'acte codé 8581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 8580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique ».</p>	75,00

		C R = 1
+8582	Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)	75,00
+	NOTE : L'acte codé 8582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.	
+8583	Études de contractilité (PG-7)	50,00
#	NOTE : L'acte codé 8583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.	
+8584	Études de perfusion/viabilité (PG-7)	50,00
#	NOTE : L'acte codé 8584 doit inclure une étude de type perfusion en 1er passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.	
+8585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7)	25,00
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case unités.	
+8586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7)	50,00
+	Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique	
+8587	Stress physique avec ergocycle.	150,00
+	NOTE : L'acte codé 8587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).	
+	Stress médicamenteux	
+8588	Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)	75,00
+8589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)	125,00
+	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » lors d'une même séance.	
+	NOTE : Les honoraires des services médicaux de la section « Cardiaque » sont majorés de 50 % lorsque effectués chez un enfant de moins de 10 ans.	
#	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 044 pour demander la majoration d'honoraires.	

K - ULTRASONOGRAPHIE**ADDENDUM 8.**

Cet addendum prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier.

Seul celui qui y est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques, peut demander paiement d'un honoraire d'ultrasonographie.

AVIS : *Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin » utilisé pour les visites.*

Voir la section 2.6 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».

L'identification de la personne assurée est essentielle.

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

Honoraire de consultation

Cet honoraire est payé au médecin spécialiste qui donne l'interprétation des données de l'examen au moyen d'un rapport écrit.

AVIS : *Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le Rôle=1 et les honoraires correspondants.*

Supplément de manipulation

Seul a droit au supplément de manipulation, celui qui répond aux exigences suivantes :

- a. Il a un contact avec le malade.
- b. Il demeure physiquement présent auprès du malade pendant l'enregistrement.

Le médecin ultrasonographe pose un diagnostic pendant la manipulation. Il rédige un rapport de son examen.

AVIS : *Ce supplément R=7 s'ajoute au R=1 et doit être facturé sur une ligne distincte.*

Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le Rôle=7 et les honoraires correspondants.

RÈGLE 2.
TYPES D'EXAMEN

2.1 On distingue trois types de procédures d'ultrasonographie.

Le mode B (échographie) s'entend d'une procédure d'enregistrement bidimensionnelle.

Le mode M s'entend d'une étude temps/mouvement.

Le mode Doppler s'entend d'une procédure d'enregistrement de la vitesse du flot sanguin.

RÈGLE 3.
OBSTÉTRIQUE

3.1 En obstétrique, on reconnaît l'opportunité d'une échographie chez la femme enceinte entre les semaines 16 et 20.

De même entre les semaines 28 et 32 pour le dépistage d'un retard intra utérin.

Lorsqu'il y a des indications cliniques, des examens peuvent être payés à l'extérieur de ces deux périodes.

Le nombre de semaines doit apparaître au relevé d'honoraires.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques, le nombre de semaines dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 4.
ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE SUPÉRIEURE

4.1 L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure. (MOD=051)

AVIS : *Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent pour les actes codés 08312, 08315, 08323 et 08324, utiliser le modificateur 038. Le modificateur 009 ne doit pas être utilisé avec les actes codés 08316, 08321 et 08322.*

RÈGLE 5.
LIMITATIONS

5.1 Chaque examen d'ultrasonographie ne peut être payé plus d'une fois par jour, par patient, sauf les examens bilatéraux d'une même articulation (codes 08342 et 08346), du sein (code 08333), des testicules (code 08334) ou du Doppler périphérique régional avec écho-B (code 08360) qui sont limités à deux par jour, par patient.

5.2 Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Divers (code 08335), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale ou qu'une échographie pelvienne.

5.3 Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Épanchement pleural (code 08331), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale.

5.4 Les examens Doppler pour fins de diagnostic faits à l'aide d'un mini Doppler à l'extérieur d'un laboratoire d'exploration vasculaire ou d'un département de radiologie ne sont pas payables.

Pour les fins de l'application de cette règle, seuls les laboratoires qui répondent aux critères suivants sont considérés comme des laboratoires d'exploration vasculaire :

1. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit être situé dans un centre hospitalier de courte durée, dans un espace physique bien défini affecté spécifiquement aux activités d'exploration vasculaire et doit être reconnu comme tel par le centre hospitalier.
2. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit être dirigé par un médecin responsable de la gestion du laboratoire et du contrôle de la qualité des examens dans le centre hospitalier.
3. Le laboratoire doit être équipé pour réaliser des analyses de flux avec enregistrement graphique.
4. Les résultats des examens doivent être produits sur un rapport spécifique reconnu par le centre hospitalier et paraissant au dossier du patient. Cette règle ne limite pas la portée de la règle 6.
5. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit disposer d'un équipement de base permettant de faire les examens d'exploration vasculaire et comprenant au moins deux des appareils suivants :
 - Pléthysmographe
 - Appareil Doppler à émission continue, couplé à un analyseur de spectre
 - Imagerie par échographie B avec Doppler (Doppler pulsé, avec ou sans codage couleur).

RÈGLE 6. **ENREGISTREMENT ET RAPPORT**

6.1 Seules sont payées suivant ce tarif, les ultrasonographies dont l'enregistrement et le rapport d'examen sont consignés au dossier médical tenu par le centre hospitalier sur un document photographique (film, papier ou image numérique) comportant un nombre adéquat d'images. (L'usage unique du vidéo ne donne pas droit à ce tarif).

RÈGLE 7. **RELEVÉ D'HONORAIRES**

7.1 Aucun honoraire d'ultrasonographie ne peut être demandé sans que le rapport d'examen n'ait été consigné au dossier médical.

AVIS : *Utiliser les modalités de facturation de la Règle 1.*

RÈGLE 8.

CONSULTATION EXCEPTIONNELLE EN ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

- + En échographie obstétricale, un médecin radiologiste ou un médecin en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de consulter un radiologiste d'un centre hospitalier de soins tertiaires ultra-spécialisés en soins mère-enfant auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste expert donne alors son opinion après avoir procédé lui-même à un nouvel examen échographique de la patiente référée par celui qui le consulte.

On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 70 \$.

- # **AVIS :** *Voir le code d'acte 08313 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) sont essentielles.*

Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
---	---

ULTRASONOGRAPHIE

NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultrasonographie » (à l'exclusion des codes d'acte 08303, 08311, 08312, 08313, 08314, 08315, 08317, 08318, 08319, 08323, 08324, 08341 et 08347) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD-144)

AVIS : *Pour tout acte unilatéral ou bilatéral, indiquer le site anatomique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utiliser du formulaire n° 1200 seulement).*

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

	+08300 Ligne médiane postérieure	1,60	4,70
	+08301 Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux . . .	3,20	9,80
	+08302 Complète	9,60	28,70

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

	08310 Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens (*).	126,00	
	+08303 Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux (*).	18,00	54,00
	+08341 Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort). (*).	120,00	
	NOTE : L'acte codé 08303 ne peut pas être facturé le même jour que l'acte codé 08341.		
	08311 Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (*).	26,00	78,00
	+08304 Avec épreuve au dobutrex incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques, supplément (*).	15,80	47,30

AVIS : (*) Voir la Règle d'application no 19.

K - ULTRASONOGRAPHIE**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
08347	Enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires (à l'exception des artères coronaires) à l'aide d'un cathéter muni d'un cristal ultrasonographique introduit par voie endovasculaire, incluant la ponction vasculaire, le cathétérisme vasculaire requis pour positionner le cathéter, l'acquisition et l'interprétation des images	126,00	
	NOTE : Le service médical codé 08347 ne peut pas être facturé le même jour que les services médicaux codés 08309 et 08338.		

PROTOCOLE II

Concernant les examens d'échographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1- Les examens d'échocardiographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier par un radiologiste, un cardiologue, un interniste ou un anesthesiste sont payés suivant la tarification suivante :

08309	Echographie avec sonde endo-oesophagienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardiaques à l'aide du Doppler ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient	21,00	63,00
+08338	Echographie avec sonde endo-oesophagienne lors de l'oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	22,10	154,40
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code d'acte 08309.		

2- Le protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

08315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisation placentaire, localisation d'un stérilet, etc.)-ne peut être facturé en sus de 08312, 08316, 08317, 08318, 08321, 08322, 08323, 08324, 08328 et 08339 (*)	3,75	11,25
08314	Évaluation complète de retard de croissance intra-utérine (comprend l'examen complet du 3 ^e trimestre, Doppler du cordon, des artères cérébrales moyennes, un index de liquide amniotique et un profil biophysique)	75,00	
	NOTE : Les services médicaux codés 08317, 08318, 08319 et 08339 ne peuvent être facturés avec le code d'acte 08314.		

AVIS : (*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.

SLE - Spécialistes

K - ULTRASONOGRAPHIE

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+08321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale (*)	4,60	13,90
+08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (*)	5,90	17,60
08316	Échohystérogaphie avec injection de liquide intra-utérin (*)	11,00	30,00
	Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations fœtales		
	Moins de 16 semaines de grossesse		
08323	par voie transvésicale ou endovaginale	3,75	11,25
08324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (**)	4,60	13,90
08312	pour étude de grossesse multiple (**)	6,75	20,25
	À partir de la 16 ^e semaine de grossesse		
08317	étude complète (***)	4,60	13,90
08318	étude complète de grossesse gémellaire (***)	6,75	20,25
+08339	par fœtus additionnel, au-delà du deuxième	4,30	12,70

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de fœtus additionnels dans la case UNITÉS.

Indiquer le nombre de fœtus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

08319	À partir de la 28 ^e semaine de grossesse Etude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance.	1,30	3,90
-------	---	------	------

AVIS : Voir la Règle d'application n° 10.

+08313	Consultation exceptionnelle, supplément.	100,00	
--------	--	--------	--

AVIS : Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles.
Voir la règle 8 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

AVIS : (*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.
(**) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.
(***) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.

K - ULTRASONOGRAPHIE**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
ULTRASONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE			
	Écho A-œil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
08336	un œil	2,00	5,00
08337	deux yeux	3,50	9,50
+08320	Écho B-œil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	10,00	25,00
ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE			
+08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (*).	5,90	17,60
+08326	Complète (trois organes et plus) (*).	9,30	27,80
NOTE : Une endoscopie gastro-entérologique ne peut pas être facturée avec les services médicaux codés 08348, 08370 et 08365 sauf dans les cas de sténose oesophagienne, anale ou colique.			
<u>AVIS :</u> <i>S'il s'agit d'un cas de sténose oesophagienne, anale ou colique, l'indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
+08348	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen, par jour, par patient	126,00	
+08349	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément.	31,50	
+08370	Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient	68,30	

AVIS : (*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+08365	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen par jour, par patient.	126,00	
+08369	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément.	31,50	
08327	Échographie prostatique transrectale (*)	10,00	30,00
+08328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*)	12,40	37,10

NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (pour la facturation des codes 08327 et 08328).*

ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE

(s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)

+08342	Examen détaillé (implique l'évaluation des récessus articulaires ainsi que l'ensemble des bourses, muscles, tendons et ligaments pertinents autour de l'articulation en question), par articulation (**).	7,70	22,60
+08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	4,90	14,60

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.

AVIS : (*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.
(**) Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.

K - ULTRASONOGRAPHIE**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (*)	4,90	14,60
	NOTE : Le service médical codé 8346 ne peut pas être facturé le même jour que le service médical codé 08342 pour la même articulation.		
	NOTE : Le service médical codé 08342 ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 08352, 08353, 08354, 08355, 08356, 08357, 08358, 08359, 08360 et 08364.		

ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

+08330	Face ou cou ou les deux.	4,90	14,60
+08331	Épanchement pleural	4,90	14,60
+08333	Sein (par sein) (**).	4,90	14,60
+08334	Testicule (par testicule) (**).	4,90	14,60
+08335	Divers.	4,90	14,60

ÉCHOSCOPIE

08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure 21,30		
+			

AVIS : *Inscrire sur la demande de paiement, le chiffre « 1 » dans la colonne « R », le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS ainsi que les honoraires correspondants.*

AVIS : (*) Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.

(**) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.
Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC			
+08350	Doppler cervico-encéphalique L'examen de base : (comprend l'étude des deux carotides primitives, externes, internes, vertébrales sous-clavières, ophtal- miques) incluant l'enregistrement graphique de routine et les manoeuvres de compression jugées nécessaires analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	10,50 7,10	31,50 21,30
08352	Examen artériel périphérique étude étagée au Doppler du système artériel périphé- rique des deux membres supérieurs ou inférieurs avec prise de tension artérielle incluant l'index cheville-bras et enregistrement graphique, si nécessaire	8,50	25,50
+08353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	4,60	13,90
+08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs ini- tiales, supplément	9,30	27,80
+08355	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément	3,90	11,80
+08356	sans test de provocation au froid	7,90	23,60
+08357	avec test de provocation au froid Examen veineux périphérique étude étagée des système veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire	9,30	27,80
08358	Doppler périphérique régional pour problème localisé analyse de fréquence	2,50	7,50
08359	prise de pression	2,50	7,50
+08360	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	6,20	18,50

K - ULTRASONOGRAPHIE

SLE - Spécialistes

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
	Doppler pénien		
+08361	analyse de fréquence, sélective	3,40	10,20
+08362	enregistrement des pressions (minimum de deux)	4,60	13,90
08363	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	6,50	19,50
	Doppler abdomino-pelvien		
+08364	identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, anévrismes artériels, etc.)	3,10	9,30
	Doppler rénal et/ou d'un greffon rénal		
+08368	examen Doppler pulsé avec ou sans Doppler couleur de l'aorte abdominale et des vaisseaux rénaux (artère rénale et veine rénale extra et/ou intra-parenchymateuse). Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler	10,20	30,60
	Doppler rénal et/ou d'un greffon hépatique		
+08367	examen Doppler, pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines spléniques, mésentériques, supérieure et inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destinée digestive dont l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler.	20,40	61,20
+08366	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs).	3,10	9,30

L - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

ADDENDUM 11

1.1 Cet addendum prévoit la tarification des épreuves de fonction respiratoire.

Il s'applique au pneumologue ainsi qu'au médecin interniste, rhumatologue ou allergologue qui, au 31 mai 1987, justifiait de privilèges de pratique hospitalière pour l'exécution d'épreuves de fonction respiratoire.

1.2 L'honoraire d'examen comporte, outre l'interprétation des résultats de l'épreuve, la rédaction du rapport de l'examen.

1.3 Les honoraires des épreuves de fonction respiratoire sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Toutes les épreuves de fonction respiratoire doivent être facturées sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement-médecin ». L'identification du bénéficiaire est essentielle*

ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

	Épreuves de routine :	
08479	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés. . .	63,00
08480	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément.	8,00
08481	lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément	9,50
	Volumes :	
08454	volume de fermeture	5,00
	Diffusion :	
08455	capacité de diffusion, au repos	9,50
	NOTE : Le service médical codé 08455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	
08456	capacité de diffusion, à l'exercice	60,00
	Échanges gazeux :	
08459	évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	35,00
08460	évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	50,00
08461	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50).	25,00
08462	mesure de la carboxyhémoglobine	5,00
	Épreuves d'effort respiratoire :	
	stades de Jones	
08463	stade 1 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO ₂ et d'oxygène.	100,00
08464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO ₂ et d'oxygène expirés, pCO ₂ de fin d'expiration, pCO ₂ du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	120,00

08465	<p>stade 3 Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO₂, pCO₂ et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène</p> <p>Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1. NOTE : Le service médical codé 00125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 08463, 08464 et 08465.</p>	190,00
08487	<p>Test d'endurance à l'exercice Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge constante correspondant de 75 à 80 % du travail maximal :</p>	100,00
08492	<p>mesure non invasive de l'index tensio-temporel des muscles respiratoires (TTMUS), supplément</p>	25,00
08488	<p>Test de provocation bronchique à l'exercice Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge suffisante pour maintenir la ventilation minute entre 40 et 60 % de la ventilation minute maximale :</p>	100,00
Autres épreuves :		
08466	<p>Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)</p>	145,00
08482	<p>Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique</p>	145,00
08484	<p>test de stimulation phrénique, supplément NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 08466.</p>	55,00
08467	<p>Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans</p>	40,00
08476	<p>Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans («Squeeze test») incluant la surveillance</p>	120,00
08477	<p>avec bronchodilatateur, supplément</p>	10,00
08478	<p>avec provocation bronchique, supplément</p>	40,00
08468	<p>Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde</p>	60,00
08485	<p>Analyse microscopique et interprétation du lavage broncho-alvéolaire Maximum de 1 par jour, par patient</p>	12,50

L - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

SLE - Spécialistes

		R = 1
08486	Mesure de la cellularité bronchique par la méthode de l'expectoration induite Maximum de 1 par jour, par patient	40,00 40,00
	NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.	
08469	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	60,00
08493	Mise en situation d'hypoxie contrôlée incluant la ponction artérielle et la supervision du patient	75,00
	NOTE : S'applique au patient présentant une pathologie pulmonaire obstructive ou restrictive, d'intensité modérée à sévère ou préalablement oxygène-dépendant.	
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
08470	bénéficiaire de 16 ans et moins	80,00
08471	bénéficiaire de plus de 16 ans	30,00
08489	Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne	20,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : mesure continue de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque durant une nuit complète. L'interprétation doit inclure l'analyse qualitative du pattern oxymétrique, la fréquence des désaturations et le pourcentage du temps passé à chaque tranche de saturation.	
08472	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées) Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient	100,00
	NOTE : Pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique.	

+	Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil. Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électroencéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO2 transcutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.	
+	Les interventions telles que l'installation du C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant. NOTE : Chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électroencéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.	
+08473	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	95,90
08474	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	150,00
08475	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient . . .	250,00
+	NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	
08494	Test de vigilance d'OSLER Évaluation de la vigilance via rétroaction monitorée par informatique au cours d'une à quatre séances, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient	30,00
	NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	
08490	Mesures sériées de la latence d'endormissement.	90,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :	
+	le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 20 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient. NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	
08491	Test de maintien d'éveil.	90,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :	
	le monitoring électroencéphalographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient. NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	

M - GÉNÉTIQUE MÉDICALE**ADDENDUM 12.
GÉNÉTIQUE MÉDICALE**

Le présent addendum détermine la rémunération du médecin généticien pour les activités accomplies dans le laboratoire de génétique médicale d'un centre hospitalier.

**RÈGLE 1.
TARIFICATION**

- 1.1** L'honoraire du test diagnostique comporte, outre l'interprétation du test, la rédaction d'un rapport.
- 1.2** Les services de laboratoire de génétique reliés à un programme universel de dépistage d'une population ne sont pas inclus dans le présent tarif.
- 1.3** Les honoraires des services de laboratoire génétique sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.*

**RÈGLE 2.
ÉTUDES MULTIPLES SUR UN MÊME ÉCHANTILLON**

- 2.1** L'honoraire d'hybridation in situ sur chromosomes interphasiques ou métaphasiques couvre l'ensemble des hybridations utilisant une ou plusieurs sondes faites à partir d'un même échantillon biologique et nécessaires pour définir la présence ou l'absence d'une ou plusieurs anomalies chromosomiques chez un individu donné.
- 2.2** Les honoraires prévus sous la rubrique enzymologie couvrent l'ensemble des dosages enzymatiques dans un même sentier métabolique, sur des spécimens biologiques provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie métabolique chez un individu donné.
- 2.3** Les honoraires prévus sous la rubrique génétique moléculaire couvrent l'ensemble des analyses utilisant la même technique mais examinant des régions différentes d'un même gène à partir de l'ADN provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie d'un gène chez un individu donné.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.

Cytogénétique		
+ 09601	Caryotype pour maladies constitutionnelles	52,80
+ 09602	Caryotype pour maladies constitutionnelles après synchronisation cellulaire	79,10
+ 09603	Caryotype pour maladies acquises	73,90
+ 09604	Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire	100,20
09605	Chromatine sexuelle X ou Y	10,00
+ 09606	Décompte des cassures chromosomiques	100,20
+ 09607	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	42,20
+ 09608	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	79,10
+ 09609	Étude des échanges entre chromatides soeurs	100,20
Génétique biochimique		
Enzymologie		
09612	Biotinidase	75,00
09613	Carnitine acétyltransférase	75,00
+ 09614	Disaccharidases	79,10
09615	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate	250,00
+ 09616	Enzymes du cycle de l'urée	158,30
+ 09617	Enzymes lysosomaux	158,30
09618	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	150,00
09619	Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique	250,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man »), le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient. (*)	
09620	Fumarylacétoacétate hydrolase	75,00
09621	Galactose-1-PO4 uridylyl transférase	75,00
09622	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	270,00

AVIS : (*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres, le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

R = 1

09623	Autres enzymes.	75,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	
	Métabolites	
09626	7-Dehydrocholestérol.	10,00
09627	Acide hippurique	10,00
09628	Acide homogentisique (quantitatif)	10,00
09629	Acide méthylmalonique (quantitatif)	10,00
09630	Acide orotique (quantitatif)	10,00
09631	Acide phytanique (quantitatif)	10,00
09632	Acide pipécolique (qualitatif)	10,00
09633	Acide sialique.	10,00
+ 09634	Acides aminés (quantitatif)	57,00
+ 09635	Acides gras à très longues chaînes	26,40
+ 09636	Acides gras libres	10,60
+ 09637	Acides organiques (quantitatif)	52,80
+ 09638	Acylcarnitines.	26,40
09639	Carnitine libre et estérifiée.	20,00
09640	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate	20,00
09641	Galactose-1-PO4	10,00
09642	Homocystéine totale	10,00
+ 09643	Mucopolysaccharides (qualitatif)	26,40
+ 09644	Mucopolysaccharides (quantitatif)	31,70
+ 09645	Oligosaccharides (qualitatif)	26,40
09646	Purines et pyrimidines	25,00
09647	Sphingolipides (qualitatif)	25,00
09648	Succinylacétone (quantitatif)	10,00
09649	Autres métabolites	10,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	

AVIS : (*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres.

Génétique moléculaire :

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (*)

	Étude moléculaire par PCR pour détection directe de mutations à l'intérieur d'un même gène ou à l'intérieur de séquences voisines du gène lorsqu'il s'agit d'étude de liaison	
+ 09652	recherche d'une ou deux mutation(s) différente(s)	31,70
+ 09653	recherche de plus de deux mutations différentes	79,10
+ 09654	Étude moléculaire par PCR quantitatif d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène	211,00
+ 09655	Étude moléculaire par PCR et séquençage d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène	211,00
	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réaction(s) de digestion différente(s) (polymorphismes différents)	
+ 09656	utilisation d'une réaction	39,60
+ 09657	utilisation de deux réactions ou plus	105,50
+ 09658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	79,10
+ 09659	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragment(s) différent(s) de la protéine codée par le gène étudié	211,00

AVIS :

(*) *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres et le nom du gène faisant l'objet du test.*

MANUELS ET FORMULAIRES

8.1 LISTE DES FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION

Une liste complète des formulaires et des manuels disponibles est publiée sous l'onglet MANUELS ET FORMULAIRES du Manuel des médecins spécialistes - Régime d'Assurance maladie.