

21 sept. 2022



# MÉDECINS OMNIPRATICIENS

---

MANUEL

Services de laboratoire en établissement

---



# TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS TARIFAIRES.....	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	1
A - ANATOMO-PATHOLOGIE .....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
HONORAIRES FORFAITAIRES ANNUELS .....	3
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	4
LISTE DES EXAMENS COMPLEXES .....	7
B - BIOCHIMIE MÉDICALE .....	1
ANNEXE .....	4
C- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE .....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
HONORAIRE D'EXAMEN.....	2
ÉPREUVES MULTIPLES .....	3
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	4
D - HÉMATOLOGIE .....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	2
E - MÉDECINE NUCLÉAIRE .....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	3
ÉPREUVES « IN VIVO » .....	3
ÉPREUVES « IN VITRO » .....	6
F – MICROBIOLOGIE .....	1
G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	6
PROTOCOLE I .....	14
J - ULTRASONOGRAPHIE.....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	4
PROTOCOLE II .....	4
K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE.....	1
1. PRÉAMBULE PARTICULIER .....	1
2. TABLEAU DES HONORAIRES .....	2



## DISPOSITIONS TARIFAIRES

1. Cette section du manuel est un document administratif pour fins de facturation des actes médicaux. Elle contient le texte des préambules et de la nomenclature des actes inclus dans l'annexe V de l'entente, partie Services de laboratoire en centre hospitalier, 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.



## 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 également considérés comme faisant partie 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 l'examen médical du patient. À cet égard, le médecin est régi par les dispositions pertinentes des préambules général et particuliers de l'annexe V de l'entente.

### RÈGLE 1.

#### TARIFICATION

**1.1** En centre hospitalier, seul le médecin qui détient des privilèges d'exercice en médecine de laboratoire a droit d'être rémunéré suivant le tarif régi par ce préambule.

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Service de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte et pour chaque établissement où le médecin détient des privilèges.*

**1.2** En cabinet privé, en radiologie diagnostique, seul le médecin qui exerce dans ce champ d'activités a le droit de se prévaloir du tarif de radiologie diagnostique régi par ce préambule.

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Service de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte et pour chaque établissement où le médecin détient des privilèges.*

**1.3** Indicateurs administratifs - Les numéros de codes d'acte et de modificateurs apparaissant à la nomenclature des actes ou aux divers préambules sont des indicateurs administratifs qui relèvent de l'autorité exclusive de la Régie. Celle-ci doit informer le médecin de tout ajout ou de toute modification à ceux-ci.

**1.4** Formulaire de facturation - Les services d'ultrasonographie, de tomographie par ordinateur, de mammographie, d'angioradiologie (sauf l'interprétation seule) et les actes de radiologie d'intervention sont, à compter du 1<sup>er</sup> juin 1988, facturés selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

Les épreuves in vivo sont, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1990, facturées selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

La mesure de la densité osseuse est, à compter du 1<sup>er</sup> mars 1993, facturée selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

**AVIS :** *Utiliser la facture de services médicaux.*

### RÈGLE 2.

#### TARIFICATION NOUVELLE

**2.1** Un médecin peut demander la tarification d'un nouvel examen de laboratoire relié à l'un des champs d'activités régis par ce préambule.

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

**AVIS :** Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le code de facturation **09990**.

Voir la section Actes non tarifés du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

**2.2** Sur réception d'une demande de tarification nouvelle, la 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 un effet rétroactif. Est alors payé le relevé d'honoraires qui a été présenté 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** Les frais de déplacement et de séjour du médecin sont régis par les dispositions des paragraphes 30.05 et suivants de l'entente.

**AVIS :** Utiliser la facture de frais de déplacement ou le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) (1988) selon le mode de rémunération du médecin.

Voir la section Frais de déplacement et de séjour du [Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement](#).

### RÈGLE 4.

#### URGENCE

**4.1** En centre hospitalier de courte durée, le médecin qui est appelé pour un examen d'urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'un honoraire majoré 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.

**4.2** L'honoraire majoré, pendant l'horaire de garde, est établi comme suit :

- Seul est majoré l'examen urgent pour lequel le médecin a été appelé pendant l'horaire de garde;
- La majoration est de 46 % pour un examen pratiqué entre 19 h et 7 h.

**AVIS :** Utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** et indiquer l'heure de début du service.

**4.3** Pendant un horaire de garde, le forfait de l'urgence par déplacement du médecin est de 59,70 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et de 60,30 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019.

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

**AVIS :** Pour le forfait de l'urgence, inscrire le code de facturation :

- **92040** sur la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606);
- **09204** sur la facture de services médicaux.

**4.4** L'honoraire majoré ou, selon le cas, le forfait de l'urgence, est facturé 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 le cas d'une urgence pendant l'horaire de garde, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale \(1944\)](#) et inscrire :*

- le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence;
- l'heure de l'appel et celle de la visite;
- le motif de l'urgence;
- le numéro de la ou des lignes correspondantes si la facture comprend plus d'un service.

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

## **RÈGLE 5.**

### **CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

**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** : *Utiliser l'élément de contexte **Service médical dont la complexité est inhabituelle.***

*Attendre de recevoir la correspondance de la RAMQ pour fournir les renseignements décrivant l'acte posé et si nécessaire le compte rendu opératoire servant à l'appréciation de la demande d'honoraire additionnel.*

**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 prévue au chapitre VII de l'Entente.

## **RÈGLE 6.**

### **RAPPORTS MÉDICAUX**

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

## **RÈGLE 7.**

### **CONSULTATION**

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

**7.2** En radiologie diagnostique, effectuée en centre hospitalier, lorsque le médecin effectue un examen chez un patient dont il est le médecin traitant, l'interprétation radiologique que le médecin consigne au dossier médical du patient est réputée constituer un rapport au sens du paragraphe 7.1 ci-dessus.

**AVIS** : *Voir le paragraphe 18.1 du préambule particulier sous l'onglet [G – Radiologie diagnostique](#).*



## A - ANATOMO-PATHOLOGIE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la tarification de l'anatomo-pathologie en centre hospitalier.

#### **RÈGLE 1.**

##### *HONORAIRE D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE*

**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.**

##### *CHIRURGIES*

**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** Ce tarif prévoit un honoraire particulier pour la détermination, au moyen de techniques spéciales de marges multiples de résection, dans le cas de lésions malignes du sein ou de la peau, au cours d'une même chirurgie.

Dans les autres cas, on applique le tarif habituel.

#### **RÈGLE 4.**

##### *CONSULTATION PER-OPÉRATOIRE*

**4.1** Un seul honoraire de consultation est payé pour l'ensemble des examens macroscopiques pratiqués lors d'une consultation per-opératoire.

#### **RÈGLE 5.**

##### *EXAMENS PAR CONGÉLATION*

**5.1** Un seul honoraire d'examen est payé pour l'identification de nerfs vagues ou de chaînes sympathiques, les coupes paraffinées comprises.

**5.2** L'examen microscopique de coupes paraffinées faites sur la partie résiduelle d'un spécimen de congélation, est payé au plein tarif, sauf le contrôle à la paraffine de la congélation elle-même.

Un seul examen de ce type est payé, pour une même chirurgie.

Nul honoraire de ce type n'est exigible s'il s'agit d'une chirurgie apparaissant sous le titre « Chirurgie majeure extensive » ou dans la liste des examens complexes.

#### **RÈGLE 6.**

##### *CYTOLOGIE*

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

A - ANATOMO-PATHOLOGIE  
1. PRÉAMBULE PARTICULIER

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

**RÈGLE 7.**

*RAPPORTS AU CORONER*

**7.1** 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 de la médecine de laboratoire.

## HONORAIRES FORFAITAIRES ANNUELS

### A) HÔPITAL DE MOINS DE 200 LITS

	Annuel	Code	Mensuel
1 <sup>er</sup> laboratoire	7 235,00	14010	600,00
2 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14030	300,00
3 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14050	300,00

### B) HÔPITAL DE PLUS DE 200 LITS

1 <sup>er</sup> laboratoire	9 650,00	14020	800,00
2 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14040	300,00
3 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14060	300,00

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### AUTOPSIE

<b>10020</b>	Autopsie, examen macroscopique et microscopique	224,50
<b>10021</b>	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	224,50
<b>10022</b>	Autopsie faite à la demande du coroner	244,90
<b>Consultation per-opératoire :</b>		
<b>10030</b>	avec ou sans congélation	51,05
<b>10033</b>	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément	25,55
<b>10042</b>	examen effectué par un médecin sur requête écrite d'un autre médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité : le médecin 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 requérant	43,05
<b>10050</b>	demandée par un médecin d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic	79,40
<b>10052</b>	demandée par un médecin d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière	153,10
Immunopathologie (tarif établi par cas, quel que soit le nombre d'anticorps utilisés, excluant la recherche de chlamydia)		
<b>Immunofluorescence</b>		
<b>10090</b>	Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation	5,70
<b>10101</b>	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques	51,05
<b>10111</b>	Immunoperoxydase	51,05
<b>Moelle osseuse</b>		
<b>10120</b>	Interprétation	30,60
<b>Pathologie chirurgicale :</b>		
<b>10121</b>	examen microscopique et/ou macroscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires) examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires	2,40
<b>10131</b>	non complexe	15,40
<b>10132</b>	complexe (voir liste) chirurgie mineure extensive examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive	22,65
<b>10142</b>	biopsie hépatique et biopsies ganglionnaires multiples en vue d'un staging de maladie de Hodgkin	43,05
<b>10143</b>	Laryngectomie et évidement cervical	43,05
<b>10144</b>	tumeur osseuse maligne	43,05
<b>10145</b>	Mélanome	43,05
<b>10146</b>	cas de cancer avec étude ganglionnaire	43,05
<b>10147</b>	Lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle	43,05

<b>10148</b>	Colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung	43,05
<b>10149</b>	globe oculaire	43,05
	<b>Marges de résection</b>	
	examen microscopique de spécimen (un ou plusieurs) :	
<b>10156</b>	détermination de marges de résections multiples au moyen de techniques spéciales dans le cas de lésion maligne du sein, de la peau ou d'une chirurgie extensive de la sphère O.R.L.	27,20
	<b>Biopsies</b>	
<b>10151</b>	biopsie pleurale	26,05
<b>10152</b>	biopsie cérébrale	26,05
<b>10153</b>	biopsie par endoscopie excluant la coloscopie	26,05
<b>10154</b>	biopsie myocardique	26,05
<b>10155</b>	biopsie rénale	26,05
<b>10157</b>	biopsie hépatique	26,05
<b>10158</b>	résection trans-urétrale de la prostate	26,05
<b>10159</b>	biopsie de ganglion(s) lymphomateux	26,05
<b>10170</b>	par coloscopie, un (1) ou plusieurs fragments ou biopsie conique du col utérin	20,40
	<b>Microscopie électronique :</b>	
<b>10160</b>	technique et interprétation	204,10
	<b>Histoenzymologie :</b>	
<b>10180</b>	étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non	
	biopsie musculaire	
	dissection de fibres nerveuses	
	histogramme de nerfs ou muscles	56,70
	<b>CYTOLOGIE (examen microscopique)</b>	
<b>11010</b>	Liquide amniotique (maturité foetale)	9,65
<b>11020</b>	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	17,00
<b>11025</b>	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	14,15
<b>11085</b>	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	2,05
<b>11090</b>	Cytologie hormonale (sur lame à part)	3,65
<b>11095</b>	Spécimens non gynécologiques	10,75
<b>11140</b>	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus)	13,05
	<b>CYTOGÉNÉTIQUE</b>	
<b>12010</b>	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	104,35
<b>12020</b>	Chromatine sexuelle X	9,65
<b>12030</b>	Chromatine Y (par fluorescence)	14,80
	<b>AUTRES ANALYSES</b>	
<b>13010</b>	Spermogramme complet	13,25
<b>13020</b>	Dermatoglyphes	29,45
<b>13030</b>	Étude quantitative de la biopsie osseuse (méthode de Jung)	104,35
<b>13040</b>	Cultures de tissus pour identification de souches cellulaires néoplasiques	104,35
<b>13050</b>	Hybridation moléculaire (méthode de Southern, méthode de Northern ou hybridation in situ sur coupe(s) avec tissulaire(s), avec sondes radioactives, excluant le test Vira-Pap)	51,05

A - ANATOMO-PATHOLOGIE  
2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>13060</b>	Étude de la ploïdie nucléaire (cytométrie de flux et cytophotométrie) par spécimen	11,35
--------------	--	-------

## LISTE DES EXAMENS COMPLEXES

### O.R.L.

Exérèse de tumeur salivaire

### SEIN

Biopsie simple ou multiple du sein

### SYSTÈME LYMPHOÏDE

Exérèse de ganglion(s) lymphatique(s) (un ou plusieurs)

Splénectomie

### SYSTÈME RESPIRATOIRE

Exérèse de lésion médiastinale

Biopsie pulmonaire par thoracotomie

Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie

### SYSTÈME DIGESTIF

Résection de un ou plusieurs segments du tube digestif (sauf l'appendice)

Hépatectomie ou pancréatectomie totale ou partielle

### SYSTÈME GÉNITO URINAIRE

Néphrectomie totale ou partielle

Cystectomie totale ou partielle

Prostatectomie sus ou rétropubienne

Orchiectomie (sauf castration thérapeutique)

Vulvectomie

Salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale

Hystérectomie

Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale

### SYSTÈME ENDOCRINIEN

Thyroïdectomie totale ou partielle

Surrénalectomie

Hypophysectomie



## B - BIOCHIMIE MÉDICALE

Ce préambule détermine la rémunération du médecin omnipraticien 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 pour les activités professionnelles visées au présent préambule 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 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 les 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 l'agence de la santé et des services sociaux, 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, 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. 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 peut cumuler des charges partielles dans deux centres hospitaliers et ce, pour un maximum de 80 lettres K. Dans cette éventualité, le médecin est considéré comme ayant une pleine charge professionnelle.

### Article 3 Supplément de charge

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

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

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 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 de soins généraux et spécialisés

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

Le nombre maximal de lettres K est de 8 par centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour chacun des médecins 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 soins de longue durée ou par CLSC pour chacun des médecins 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 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 ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

**AVIS :** Consulter les [calendriers des jours fériés](#).

**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** : *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le code de facturation 09735.  
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

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

**AVIS** : *L'année civile s'étend du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre d'une année.*

**4.4** À chaque période de deux semaines, le médecin 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 :*

*- le nombre de lettres « K » représentant votre pleine charge professionnelle ou vos charges partielles*

**plus**

*- le nombre de lettres « K » représentant vos suppléments de charge*

**multiplié par 1 948 \$**

**multiplié par 1/180**

**Exemple**

*Pour une pleine charge dans un établissement (80 K) ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, la charge totale est de 88 K (80 + 8). Les honoraires pour une quote-part équivalent donc à :*

*$(80 + 8) \times 1\,948 \$ \times 1/180 = 952,35 \$$*

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

**Article 5 Avis d'assignation**

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

Le médecin 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 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** : *Faire parvenir à la RAMQ un formulaire [Avis d'assignation – Services de laboratoire en établissement – Biochimie médicale \(préambule particulier\)](#) (3795) dûment rempli et signé ainsi que contresigné par le chef du département ou du service concerné.*

*Cet avis d'assignation est envoyé lors d'une première inscription ou pour toute modification à la charge professionnelle ou aux 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 du préambule de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante : 1 948 \$

## C- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

#### **RÈGLE 1.**

#### *TARIFICATION*

- 1.1** Le préambule régit la tarification de l'électroencéphalographie en centre hospitalier.

## 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.

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### Électroencéphalogramme de base :

<b>40010</b>	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	13,60
	Études complémentaires : à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :	
<b>40020</b>	a) tracé de sommeil	10,75
<b>40030</b>	b) activation chimique	12,50
<b>40040</b>	c) enregistrement avec électrodes sphénoïdales	15,90
<b>40050</b>	d) audio-électroencéphalographie avec étude des potentiels évoqués	15,90
<b>40060</b>	e) étude avec électrodes pharyngées	3,95
<b>40062</b>	f) étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)	13,60
	Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme :	
<b>40070</b>	par fonction explorée	7,85
<b>40080</b>	maximum par séance	23,75
	Analyse quantitative de l'électrogénèse :	
<b>40090</b>	a) un hémisphère	32,85
<b>40100</b>	b) deux hémisphères	55,50
	Surveillance et interprétation d'enregistrement prolongé spécial excédant une heure :	
<b>40110</b>	a) première heure d'enregistrement	38,55
<b>40120</b>	b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement	16,40
	<b>AVIS :</b> Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.	
	Investigation spéciale du processus épileptique :	
	1. Télémétrie :	
<b>40130</b>	a) tracé sans enregistrement de crise	22,10
<b>40140</b>	b) tracé avec enregistrement de crise	44,25
	2. Surveillance et interprétation d'enregistrement continu sur le scalp avec étude audio et vidéo :	
<b>40150</b>	a) première heure	55,50
<b>40160</b>	b) pour chaque heure supplémentaire	22,10
	<b>AVIS :</b> Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.	
	3. Surveillance et interprétation d'un enregistrement stéréo-électroencéphalographique avec étude audio et vidéo :	
<b>40170</b>	a) première heure	55,50
<b>40180</b>	b) pour chaque heure supplémentaire	22,10
	<b>AVIS :</b> Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.	
<b>40190</b>	4. Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	192,75

C- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE  
2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>40200</b>	5. Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopenthal)	77,10
<b>40210</b>	6. Test à l'amytal intracarotidien	69,15
<b>40220</b>	Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	91,85



## D - HÉMATOLOGIE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la rémunération de l'hématologie en centre hospitalier.

#### **RÈGLE 1.**

##### *ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE*

**1.1** En hématologie, on distingue l'établissement principal et l'établissement secondaire.

**1.2** L'établissement principal est le centre hospitalier dans lequel le médecin exerce la majeure partie de ses activités professionnelles.

À titre exceptionnel, un médecin qui partage son temps entre plusieurs centres hospitaliers, peut être payé suivant le tarif de l'établissement principal pour l'ensemble de sa pratique. Cette dérogation exige l'approbation préalable des parties négociantes.

**1.3** Tout autre centre hospitalier est traité comme établissement secondaire.

**AVIS** : Une nomination du centre hospitalier est requise et doit mentionner s'il s'agit de l'établissement principal ou d'un établissement secondaire.

L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Ce formulaire peut être transmis par le service en ligne ou aux coordonnées qui y sont indiquées.

#### **RÈGLE 2.**

##### *TARIFICATION EN ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL*

**2.1** En établissement principal, le médecin 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 est accordé pour l'hémogramme.

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

#### **RÈGLE 3.**

##### *TARIFICATION EN ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE*

**3.1** Le médecin qui prend charge du laboratoire d'hématologie d'un établissement secondaire, est payé suivant un contrat particulier établi par les parties négociantes.

Sont compris dans ce tarif, les examens de laboratoire pratiqués lors de ces visites.

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### ACTES MÉDICAUX

<b>50030</b>	<b>Hémogramme complet incluant</b>	0,90
	Numération	
	Différentielle	
	Morphologie	
	Avec ou sans sédimentation	
	Avec ou sans réticulocytes	
	NOTE : Le médecin doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués dans le centre hospitalier.	
	<b>Moelle :</b>	
<b>50040</b>	Myélogramme	27,20
	<b>Frottis spécial :</b>	
<b>50050</b>	Recherche de cellules LE	3,50
<b>50060</b>	Adénogramme	8,55
<b>50070</b>	Recherche de parasites	8,55
<b>50080</b>	Splénogramme	8,55
<b>50090</b>	Cytologie de liquides autres que le sang	5,60
<b>50100</b>	Analyse cytochimique	12,50
<b>50110</b>	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire	8,55
	<b>COAGULATION</b>	
<b>51010</b>	<b>Dépistage</b>	1,75
	Il comprend notamment :	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Appréciation des plaquettes	
<b>51020</b>	<b>Coagulogramme complet</b>	6,25
	Il comprend notamment :	
	Temps de saignement	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Décompte plaquettaire	
<b>51030</b>	Étude des fonctions plaquettaires	12,50
<b>51040</b>	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation	8,55
<b>51050</b>	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant	8,55
<b>51060</b>	Recherche d'une coagulation intra-vasculaire disséminée et/ou d'une fibrinolyse	8,55
<b>51070</b>	Thromboélastographie	6,25
	<b>BANQUE DE SANG</b>	
<b>52010</b>	Requête pour transfusion sanguine par requête	1,75
<b>52005</b>	Dépistage d'anticorps en-dehors d'une requête pour transfusion	0,80

<b>52020</b>	Identification d'anticorps	12,50
<b>52030</b>	Recherche d'anticorps anti-plaquettaires	2,10
<b>52040</b>	Recherche d'anticorps anti-leucocytaires	2,10
<b>52050</b>	Étude d'une réaction transfusionnelle	20,40
<b>52060</b>	Étude immuno-hématologique d'une réaction hémolytique immune	24,95
<b>52065</b>	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh	10,50
<b>52075</b>	Plasmaphérèse, par sac	12,60
<b>52070</b>	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus)	170,05
<b>52085</b>	Groupes salivaires	24,40
<b>53010</b>	Étude des enzymes érythrocytaires	12,50
<b>53020</b>	Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine	12,50
<b>53030</b>	Recherche d'une anomalie de la membrane du globule rouge	12,50
<b>53040</b>	Étude des facteurs de l'érythropoïèse	12,50
<b>55120</b>	Étude d'une protéine marquée in vivo ou in vitro	8,55
<b>GÉNÉTIQUE</b>		
<b>54010</b>	Karyotype	63,55
<b>HÉMATOLOGIE RADIOISOTOPIQUE</b>		
<b>Cinétique globulaire érythrocytaire :</b>		
<b>55010</b>	Masse globulaire	8,55
<b>55020</b>	Survie globulaire	8,55
<b>55030</b>	Courbe d'accumulation dans les organes cibles	17,00
<b>Cinétique leucocytaire :</b>		
<b>55050</b>	Survie	9,75
<b>55060</b>	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	19,50
<b>Cinétique plaquettaire :</b>		
<b>55070</b>	Survie	8,55
<b>55080</b>	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	19,50
<b>Volumes sanguins :</b>		
<b>55090</b>	Volume globulaire	8,55
<b>55100</b>	Volume plasmatique	4,15
<b>Ferrocinétiq</b>		
<b>55130</b>	Épuration du fer plasmatique (turnover)	8,55
<b>55140</b>	Taux d'incorporation du fer dans les globules rouges	8,55
<b>55150</b>	Courbe d'accumulation du fer dans les organes cibles	17,00
<b>55180</b>	Épreuves d'absorption du fer	8,55
<b>55190</b>	Calcul des pertes sanguines par globules rouges marquées	12,50
<b>Divers</b>		
<b>55170</b>	Test de Schilling	8,55
<b>55200</b>	Étude du fibrinogène et des plaquettes par la sélénométhionine	8,55
<b>IMMUNOLOGIE</b>		
<b>56010</b>	Immuno-électrophorèse sérique ou urinaire pour recherche et/ou identification d'une protéine anormale :	8,55
<b>Histocompatibilité HL-A :</b>		
<b>56020</b>	Phénotype	4,15

D - HÉMATOLOGIE  
2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>56030</b>	Génotype	8,55
<b>56040</b>	Identification d'antigène par cytotoxicité	1,75
<b>56050</b>	Recherche et identification d'anticorps anti HL-A	12,50
<b>Immunofluorescence :</b>		
<b>56075</b>	Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus	12,50
<b>56090</b>	Anticorps, anti-tissus et anti-microorganisme	3,40
<b>56100</b>	Fluorescence de membrane cellulaire	20,40
<b>56110</b>	Fluorescence intra-cytoplasmique	20,40
<b>Sérologie :</b>		
<b>56120</b>	Étude néphélométrique du complément	2,50
<b>56125</b>	Étude du complément par méthode hémolytique	20,40
<b>56130</b>	Recherche de cryoglobuline : quantification et identification	12,50
<b>Hémopoïèse in vitro :</b>		
	Évaluation de la granulopoïèse in vitro (colonie en agar)	
<b>56140</b>	Capacité de formation de colonies, cinétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	37,40
<b>56150</b>	Capacité de stimuler la formation des colonies	17,00
<b>56160</b>	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	12,50
<b>Immunologie cellulaire :</b>		
	Évaluation de la réponse immune :	
	1) Sensibilisation à un ou plusieurs antigènes primaires thymo-dépendants et évaluation de la réponse secondaire à cet antigène.	
<b>56170</b>	2) Intradermo réactions à au moins 3 antigènes secondaires thymo-dépendants	8,55
	3) Décompte de l'ensemble de ces deux techniques, lymphocytes/mm <sup>3</sup> et des monocytes.	
	4) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase et, le cas échéant, après fixations et colorations spéciales.	
<b>56180</b>	Pour quatre (4) techniques ou plus	14,80
<b>Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un mitogène non spécifique (PHA, PWN, CON A, etc.) :</b>		
	1) Population lymphocytaire purifiée	
	2) Triplicata minima	
<b>56190</b>	2 patients et 1 plasma ou sérum	8,55
<b>56200</b>	2 patients et 2 plasma ou sérum (contrôle et patient)	12,50
<b>Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un antigène spécifique (P.P.D., médicaments, etc.) :</b>		
	1) Population lymphocytaire purifiée	
	2) Données en triplicata (minimum)	
<b>56210</b>	2 individus et 1 plasma ou sérum	9,90
<b>56220</b>	2 individus et 2 plasma ou sérum	17,00
<b>Évaluation de la fonction lymphocytaire en transformation à l'aide de la PHA (méthode isotopique) :</b>		
	Étude de la cinétique cellulaire (minimum 3 points en 6 jours) :	

	1) Lymphocytes purifiés	
	2) Données de chaque point en triplicata (minimum)	
<b>56230</b>	2 patients (contrôle et patient)	17,00
	Cinétique sensibilité à la PHA :	
	1) Minimum 3 points en 6 jours	
	2) Minimum 3 concentrations de PHA	
	3) Lymphocytes purifiés	
	4) Données de chaque point en triplicata (minimum)	
<b>56240</b>	2 patients (contrôle et patient)	58,95
	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	
<b>56250</b>	Culture mixte et 1 plasma (sérum)	17,00
<b>56260</b>	Culture mixte et 2 plasma (sérum)	29,45
	<b>Évaluation de l'activité métabolique du lymphocyte (méthode isotopique) :</b>	
	1) Morphologie en contraste de phase	
	2) Lymphocytes purifiés	
<b>56270</b>	Données en triplicata (minimum)	4,15
	<b>Évaluation de la lymphocytotoxicité (à visée spécifique ou non) et recherche d'anticorps bloquants (relarguage isotopique ou autres) :</b>	
	1) Données en triplicata (minimum)	
	2) Analyse qualitative de la cytolyse	
<b>56280</b>	Lymphocytotoxicité et 1 plasma (sérum)	17,00
<b>56290</b>	Lymphocytotoxicité et 2 plasma (sérum)	29,45
	<b>Évaluation des populations lymphocytaires du sang périphérique ou de tissu lymphoïde en suspension :</b>	
	1) Lymphocytes purifiés	
	2) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase en fixation de coloration spéciale	
	3) Énumération des lymphocytes formant des rosettes spontanées sur érythrocytes de mouton	
	4) Énumération des lymphocytes avant des immunoglobulines de surface (antisérum polyvalent) (Ig <sup>G</sup> , Ig <sup>A</sup> , Ig <sup>M</sup> ), par fluorescence directe	
	5) Énumération des lymphocytes formant des rosettes EA et EAC (optionnel)	
<b>56300</b>	Pour l'ensemble	41,95
	<b>Évaluation des populations lymphocytaires et monocytaires par la technique des rosettes EA et EAC sur tissu congelé :</b>	
	1) Histologie sur congélation (coloration spéciale)	
	2) Évaluation de la nature et de la distribution des cellules ayant récepteurs Fc et C <sub>3</sub> par la technique des rosettes sur congélation	
<b>56310</b>	Pour l'ensemble	20,40

D - HÉMATOLOGIE  
2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>56320</b>	Dosage du MIF sérique par la planimétrie ou par la méthode en agarose/ou par la méthode de migration unidirectionnelle	20,40
	<b>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 :</b>	
	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)	
<b>56330</b>	Pour l'ensemble	24,95
	<b>Immunosérologie :</b>	
<b>57010</b>	Recherche de complexes immuns solubles circulants	12,50
<b>57020</b>	Recherche d'anticorps anti-tissulaires, anti-fractions tissulaires ou cellulaires par autre méthode que l'immunofluorescence	8,55
<b>57030</b>	Étude néphélométrique d'une protéine	2,50
<b>57040</b>	Contenu en ADN de spécimens tissulaires : moelle osseuse, liquide pleural, ascite, tumeurs	20,40
<b>57050</b>	Recherche et/ou dosage des récepteurs d'oestrogène ou progestérone	17,00
<b>57060</b>	Isolement et identification d'antigène ou d'anticorps par chromatographie	29,45

## E - MÉDECINE NUCLÉAIRE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la rémunération de la médecine nucléaire en centre hospitalier.

#### **RÈGLE 1.**

##### *EXAMENS IN VIVO*

**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** On accorde une majoration de 15 % de l'honoraire de l'examen lorsque le médecin pratique, outre la technique conventionnelle, un complément d'épreuve. (MOD=076)

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Complément d'épreuve**.

Il en est de même lorsque l'examen est pratiqué en comparant les données de l'épreuve et celles d'un enregistrement électronique. (MOD=077)

**AVIS** : Utiliser l'élément de contexte **Comparaison des données de l'épreuve et celles d'un enregistrement électronique**.

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

**1.5** Le médecin 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** : Utiliser l'élément de contexte **Consultation pour l'interprétation d'une épreuve complexe**.

Il rédige alors un rapport de sa consultation.

#### **RÈGLE 2.**

##### *EXAMENS IN VITRO*

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

#### **RÈGLE 3.**

##### *MODIFICATEURS*

**3.1** Certains modificateurs sont prévus au présent préambule, pour majorer la tarification des examens.

À l'égard d'un même examen, on ne peut se prévaloir de plus d'un modificateur de majoration : la Régie paie le modificateur le plus élevé.

On ne peut se prévaloir d'un modificateur de majoration pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire.

#### **RÈGLE 4.**

##### *ORGANES DOUBLES*

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

#### **RÈGLE 5.**

##### *EXAMENS ASSOCIÉS*

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

<b>CODE</b>	<b>LIBELLÉ</b>
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

**RÈGLE 6.**  
*EXAMEN OSSEUX*

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

**RÈGLE 7.**  
*SUPPLÉMENT*

7.1 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 **39,35 \$ (code 8713)** au 1<sup>er</sup> octobre 2019 incluant la surveillance immédiate.

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### ÉPREUVES « IN VIVO »

**AVIS :** Pour les examens de médecine nucléaire in vivo, utiliser la facture de services médicaux.

Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.

#### DIAGNOSTIC

##### SYSTÈME ENDOCRINIEN

###### Thyroïde

8600	Captation simple ou multiple	3,15
8601	Scintigraphie	18,95
8602	Épreuve de stimulation	3,00
8603	Épreuve de freinage	3,00
8604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	9,40
8605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,95
8606	Courbe d'épuration sanguine du radio iode	8,95
8607	Mesure de l'excrétion urinaire du radio iode	3,55
8608	PBI - I 131	1,45
8609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	62,90

###### Parathyroïdes

8610	Scintigraphie	44,05
------	---------------	-------

###### Surrénales

8611	Scintigraphie	62,90
------	---------------	-------

##### SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

8612	Volume plasmatique	5,95
8613	Masse globulaire	11,85
8614	Survie globulaire	23,70
8615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	35,60
8616	Index de séquestration splénique	11,85
8617	Survie de leucocytes	35,60
8618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	35,60
8619	Survie des plaquettes	35,60
8620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	35,60
8621	Mesure de l'absorption du fer	23,70
8622	Épuration plasmatique du fer « clearance »	11,85
8623	Taux de renouvellement plasmatique « turnover »	11,85
8624	Incorporation globulaire du fer « utilization »	11,85
8625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	35,60
8626	Volume de la sidérophilline marquée	11,85
8627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,45
8628	Fer globulaire total	1,45
8629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	17,80

<b>8630</b>	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	59,30
<b>8631</b>	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autre agent	50,35
<b>8632</b>	Lymphographie régionale	25,15
<b>8633</b>	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marquée	35,60
<b>SYSTÈME URINAIRE</b>		
<b>8634</b>	Scintigraphie rénale	15,75
<b>8635</b>	Angiographie rénale (flot qualitatif)	9,40
<b>8636</b>	Rénogramme	17,80
<b>8637</b>	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	37,70
<b>8638</b>	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	17,80
<b>8639</b>	Taux de filtration glomérulaire	17,80
<b>8640</b>	Recherche du reflux vésico-urétéral	29,65
<b>8641</b>	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	29,65
<b>SYSTÈME DIGESTIF</b>		
<b>8642</b>	Scintigraphie hépatique et splénique	15,75
<b>8643</b>	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent. Courbe et/ou taux d'épuration	11,85
<b>8644</b>	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	37,70
<b>8645</b>	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	9,40
<b>8646</b>	Recherche de diverticule	44,05
<b>8647</b>	Étude de protéine marquée	29,65
<b>8648</b>	Vidange gastrique et/ou reflux	62,90
<b>8649</b>	Absorption du calcium	17,80
<b>8650</b>	Trioléine	11,85
<b>8651</b>	Acide oléique	11,85
<b>8652</b>	Schilling	12,65
<b>8653</b>	Schilling avec facteur intrinsèque	11,85
<b>8654</b>	Pertes protéiques	35,60
<b>8655</b>	Recherche de sang dans les selles	35,60
<b>8656</b>	Élimination fécale de substances marquées	35,60
<b>8657</b>	Métabolisme des sels biliaires	23,70
<b>8658</b>	Scintigraphie du pancréas	29,65
<b>SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE</b>		
<b>8659</b>	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	18,95
<b>8660</b>	Perfusions myocardiques dynamiques	59,30
<b>8661</b>	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	29,65
<b>8662</b>	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	23,70
<b>8663</b>	Mesure du débit cardiaque	11,85
<b>8664</b>	Mesure du temps de circulation	10,60
<b>8665</b>	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,95
<b>8666</b>	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	6,30
<b>8667</b>	Scintigraphie du myocarde	29,65
<b>8668</b>	Scinti-angiographie aorte/ses branches excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	18,95
<b>8669</b>	Phlébographie isotopique	62,90
<b>8670</b>	Ventriculographie isotopique	31,35

<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE</b>		
<b>8671</b>	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	31,35
<b>8672</b>	Angiographie pulmonaire	15,75
<b>8673</b>	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	41,45
<b>8674</b>	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	44,05
<b>SYSTÈME NERVEUX CENTRAL</b>		
<b>8675</b>	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	8,95
<b>8676</b>	Scintigraphie cérébrale	25,15
<b>8677</b>	Cisternographie (2-6-24 hres)	94,35
<b>SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE</b>		
<b>8704</b>	Ostéodensitométrie isotopique	18,95
	NOTE : L'ostéodensitométrie isotopique ne peut être pratiquée que sur indications médicale 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 deux (2) par année.	
	Scintigraphie osseuse, (excluant ostéodensitométrie isotopique)	
<b>8678</b>	un site	17,80
<b>8679</b>	sites multiples	34,55
	Scintigraphie articulaire :	
<b>8680</b>	un site	17,80
<b>8681</b>	sites multiples	37,70
<b>DIVERS</b>		
<b>8682</b>	Scintigraphie de l'abdomen	31,35
<b>8683</b>	Scintigraphie des voies lacrymales	41,45
<b>8684</b>	Scintigraphie des glandes salivaires	44,05
<b>8685</b>	Placentographie	17,80
<b>8686</b>	Recherche de foyer d'abcès	50,35
<b>8687</b>	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre P <sup>32</sup>	29,65
<b>8688</b>	Recherche de néoplasie du sein	17,80
<b>8689</b>	Scintigraphie des testicules	65,40
<b>8690</b>	Étude du taux d'épuration	14,80
<b>8691</b>	Scintigraphie des chaînes mammaires	29,65
	Autre scintigraphie :	
<b>8692</b>	un site	17,80
<b>8693</b>	sites multiples	50,35
<b>8694</b>	Scintigraphie par fluorescence-X	29,65
<b>8695</b>	Mesure des éléments traces « in vivo » par activation neutronale	59,30
	Tomographie assistée	
<b>8701</b>	cerveau	75,50
<b>8702</b>	coeur	81,65
<b>8703</b>	autre	62,90
<b>8700</b>	Tomographie assistée par positron	296,50
<b>TRAITEMENT</b>		

E - MÉDECINE NUCLÉAIRE  
ÉPREUVES « IN VITRO »

<b>8697</b>	Traitement par radio isotope métabolisé	62,90
<b>8698</b>	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire	88,95
<b>8699</b>	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire par visite	13,10

ÉPREUVES « IN VITRO »

<b>82744</b>	Acide folique	1,40
<b>82604</b>	Adrénocorticotropine (ACTH)	1,40
<b>82605</b>	Aldostérone	1,40
<b>82625</b>	AMP cyclique	1,40
<b>82606</b>	Angiotensine I	1,40
<b>82614</b>	Angiotensine II	1,40
<b>82664</b>	Antigène australien (HAA)	1,40
<b>82616</b>	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	1,40
<b>82676</b>	Anti-human IgE	1,40
<b>82624</b>	Cortisol	1,40
<b>82644</b>	Digitoxine	1,40
<b>82626</b>	Digoxine	1,40
<b>82645</b>	Estradiol	1,40
<b>82646</b>	Folliculostimuline (FSH)	1,40
<b>82654</b>	Gastrine	1,40
<b>82655</b>	Glucagon	1,40
<b>82656</b>	GMP cyclique	1,40
<b>82665</b>	Gonadotropine chorionique	1,40
<b>82666</b>	Hormone de croissance (HGH)	1,40
<b>82674</b>	Hormone lactogène placentaire (HPL)	1,40
<b>82686</b>	Hormone lutéinisante (LH)	1,40
<b>82726</b>	Hormone thyroïdostimulante (TSH)	1,40
<b>82675</b>	IgE	1,40
<b>82684</b>	Insuline	1,40
<b>82694</b>	LSD	1,40
<b>82685</b>	Lupus érythémateux (LE)	1,40
<b>82695</b>	Morphine	1,40
<b>82696</b>	Oubaine	1,40
<b>82704</b>	Progestérone	1,40
<b>82705</b>	Prostaglandine	1,40
<b>82715</b>	Prostaglandine E	1,40
<b>82706</b>	Prostaglandine F1	1,40
<b>82714</b>	Prostaglandine F2	1,40
<b>82615</b>	Rénine	1,40
<b>82724</b>	T3 résine	1,40
<b>82716</b>	T3 RIA	1,40
<b>82736</b>	T4 plasmatique libre	1,40
<b>82735</b>	T4 plasmatique total	1,40
<b>82725</b>	Testostérone	1,40

<b>82734</b>	Vitamine B12	1,40
<b>82745</b>	Dosage des éléments tracés par activation X, neutronale ou source radioactive scellée	1,40
<b>82746</b>	Autres	1,40



## F – MICROBIOLOGIE

**AVIS** : *Le service de laboratoire à l'unité a pris fin le 31 décembre 2000.*



## G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

**AVIS :** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

*Si le médecin est également le médecin traitant, inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de professionnel.*

#### RÈGLES

##### 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 est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

**AVIS :** *Utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).*

*Voir la section Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire du [Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement](#).*

**1.2** On lui accorde également ce tarif pour un examen qu'il effectue chez un patient dont il est le médecin traitant.

##### TARIF DE LABORATOIRE

**1.3** Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7).

**1.4** S'ajoute l'honoraire de consultation s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

**AVIS :** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

**1.5** En laboratoire, seul l'examen dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis donne droit au paiement d'honoraires.

##### ARRANGEMENTS PARTICULIERS

**1.6** 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

G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
1. PRÉAMBULE PARTICULIER

**2.1** Le médecin qui, à la demande écrite du médecin traitant, exerce une activité radiologique, 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** : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Étude morphologique non comparative.*

**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, l'introduction d'air et de baryum sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de cinq (5) films grand format de l'abdomen.

**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 baryum 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.

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**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** : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**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** : *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**RÈGLE 11.**

*COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE*

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

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**RÈGLE 12.**

*BILATÉRALITÉ*

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

**AVIS** : *Utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*

- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche.**

**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.

**RÈGLE 14.**

*SUBSTANCES DE CONTRASTE*

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

À titre exceptionnel, les substances à faible osmolalité sont payées par le patient, sauf dans le cas de la myélographie.

**RÈGLE 15.**

**ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION**

**15.1** On accorde un supplément de 41,45 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 au médecin 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** : *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :*

- le code de facturation **09222** pour un patient hospitalisé;
- le code de facturation **09299** pour un patient en hospitalisation d'un jour, en externe;
- le lieu de dispensation.

**15.2** Le médecin qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 14,25 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2019 par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

**AVIS** : *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le code de facturation **09223**.*

*Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.*

**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.**

**TARIFICATION**

**17.1** Le médecin 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 pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

**AVIS** : *Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.*

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**RÈGLE 18.**

**RAPPORT**

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

**AVIS** : *La révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé.*

*Utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni**.*

**RÈGLE 19.**

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

**19.1** On accorde un supplément de 28,30 \$ au médecin détenant de l'établissement des privilèges spécifiques en radiologie 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** : *Utiliser le code de facturation 08279.*

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

**AVIS :** *En cabinet, utiliser la facture de services médicaux.*

*En établissement, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).*

*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.*

*Pour les actes bilatéraux, utiliser les éléments de contexte **Intervention côté droit et Intervention côté gauche**.*

	L	C
	R = 7	R = 1
<b>TÊTE ET COU</b>		
Crâne		
<b>8010</b>	trois (3) incidences ou moins	33,05 5,75
<b>8013</b>	quatre (4) incidences ou plus	41,05 8,15
Selle turcique		
<b>8041</b>	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	26,00 6,50
Massif facial		
<b>8123</b>	trois (3) incidences ou moins	25,20 6,45
<b>8124</b>	quatre (4) incidences ou plus	31,40 8,00
Nez		
<b>8031</b>	minimum de deux (2) incidences	16,50 4,00
Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
<b>8023</b>	minimum de trois (3) incidences	25,20 6,45
Articulations temporo-maxillaires		
<b>8024</b>	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	25,20 6,45
Sinus		
<b>8125</b>	trois (3) incidences ou moins	24,00 5,85
<b>8126</b>	quatre (4) incidences ou plus	28,65 8,00
Mastoïdes - bilatérales		
<b>8076</b>	minimum de six (6) incidences	28,75 9,25
Conduit auditif interne		
<b>8019</b>	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	26,00 6,30
Oeil		
<b>8030</b>	recherche de corps étranger	16,40 6,75
<b>8028</b>	recherche et localisation de corps étranger	35,30 21,55
<b>8011</b>	Trous optiques	19,20 5,30
<b>8038</b>	Région des glandes salivaires	16,25 4,95
Tissus mous du cou		
<b>8037</b>	minimum de deux (2) incidences	15,55 4,95
<b>8036</b>	Étude panoramique des maxillaires	17,80 4,80
Dents		
<b>8034</b>	deux (2) régions dentaires ou moins	6,40 1,35

**AVIS :** *Voir le paragraphe 13.1 du préambule particulier.*

	Céphalométrie		
<b>8077</b>	avec mesure des angles	20,75	24,35
<b>COLONNE ET BASSIN</b>			
	Colonne cervicale		
<b>8127</b>	trois (3) incidences ou moins	28,65	4,25
<b>8128</b>	quatre (4) incidences ou plus	36,90	6,95
<b>8042</b>	Colonne dorsale	27,40	4,95
<b>8059</b>	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	32,05	6,80
	Colonne entière (série scoliotique)		
<b>8053</b>	minimum de quatre (4) incidences	61,65	14,90
<b>8101</b>	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	26,45	4,20
<b>8110</b>	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	34,30	4,20
<b>8058</b>	Articulations sacro-iliaques	24,00	6,40
	Bassin		
<b>8054</b>	une (1) incidence	16,50	4,20
<b>8056</b>	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	30,60	6,15
<b>8055</b>	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	35,20	6,75
	NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		
<b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b>			
<b>8060</b>	Clavicule	19,40	4,20
<b>8075</b>	Articulations acromioclaviculaires	24,00	6,40
<b>8118</b>	Articulations sterno-claviculaires	19,80	4,55
<b>8074</b>	Omoplate	21,50	4,55
<b>8062</b>	Épaule	21,30	4,65
<b>8063</b>	Humérus	16,50	4,20
<b>8064</b>	Coude	16,50	4,20
<b>8065</b>	Avant-bras	16,50	4,20
<b>8066</b>	Poignet	16,50	4,20
<b>8067</b>	Main	16,50	4,60
<b>8068</b>	Poignet et main	24,00	7,80
<b>8069</b>	Doigt ou pouce	12,80	3,15
<b>MEMBRES INFÉRIEURS</b>			
	Hanche unilatérale		
<b>8080</b>	deux (2) incidences ou plus	26,90	4,95
<b>8083</b>	Fémur	16,50	4,20
<b>8084</b>	Genou, incluant la rotule	16,50	4,60
<b>8085</b>	Jambe	16,50	4,20
<b>8086</b>	Cheville	16,50	4,60
	Pied		
<b>8087</b>	tarse, calcaneum ou talon	16,50	4,20
<b>8088</b>	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	25,25	9,00
<b>8090</b>	Orteil	12,80	2,90

G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>8091</b>	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	24,80	6,75
<b>ÉTUDES DU SQUELETTE</b>			
	Étude du squelette pour âge osseux		
<b>8092</b>	une (1) région (main)	16,50	7,50
<b>8093</b>	deux (2) régions (main et autres)	29,55	8,85
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
<b>8280</b>	huit (8) incidences ou moins	65,70	12,10
<b>8281</b>	neuf (9) ou dix (10) incidences	70,75	21,20
<b>8282</b>	onze (11) incidences ou plus	90,35	23,45
<b>THORAX</b>			
<b>8100</b>	Poumons	23,95	5,50
<b>8108</b>	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	55,40	11,00
	Larynx, études spéciales		
<b>8113</b>	phonation	29,10	4,80
	Hémithorax (côtes)		
<b>8115</b>	deux (2) incidences ou plus	19,80	4,55
<b>8117</b>	Sternum	20,80	4,95
	Lecteur B		
<b>9943</b>	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,70
	<b>AVIS :</b> Utiliser la <a href="#">Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606)</a> .		
	Voir la section Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire du <a href="#">Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement</a> .		
<b>ABDOMEN</b>			
	Abdomen		
<b>8150</b>	simple	16,50	4,35
<b>8152</b>	deux (2) incidences ou plus	25,90	5,95
<b>VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)</b>			
<b>8132</b>	étude palato-pharyngienne ou choanographie	37,45	19,55
<b>8133</b>	étude du pharynx et de l'oesophage	37,45	19,55
<b>8148</b>	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de 5 ans)	34,95	29,40
<b>8157</b>	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	35,40	9,45
	Tube digestif supérieur		
<b>8154</b>	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	69,30	18,25

<b>8153</b>	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de 5 ans)	64,50	32,30
<b>8158</b>	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	74,70	25,15
<b>8159</b>	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	98,00	29,05
<b>8162</b>	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	100,10	30,25
<b>8156</b>	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	45,65	18,00
<b>8164</b>	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle Colon, lavement baryté	83,00	49,85
<b>8149</b>	simple contraste	72,15	16,65
<b>8179</b>	pour réduction d'intussusception	65,20	98,05
<b>8160</b>	double contraste, comprend au moins cinq (5) films pleine grandeur de l'abdomen	94,60	27,15
<b>8161</b>	Cholécystographie orale Cholangiographie		3,80
<b>8171</b>	par tube en T, incluant injection	30,30	13,20
<b>8163</b>	peropératoire		6,75
<b>8165</b>	par infusion intraveineuse, incluant injection	43,20	19,55
<b>8180</b>	Pancréatographie peropératoire		13,10
<b>8182</b>	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	31,30	13,10
<b>VOIES GÉNITO-URINAIRES</b>			
Pyélographie			
<b>8181</b>	i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels	72,20	24,20
<b>8186</b>	rétrograde ou antégrade per-cutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	44,85	6,75
<b>8187</b>	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	35,40	5,95
<b>8190</b>	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	57,50	11,85
<b>8196</b>	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de 5 ans)	53,60	20,90
<b>8189</b>	Vasographie - Déférentographie	22,10	4,80
<b>8191</b>	Kystographie rénale	13,45	3,65
<b>8198</b>	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	45,65	8,25
<b>OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE</b>			
<b>8192</b>	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	14,70	3,65
<b>8193</b>	Pelvimétrie	22,90	8,95
<b>8197</b>	Hystérosalpingographie, incluant scopie	46,30	10,95

**FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE**

G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE  
2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>8102</b>	Thorax	34,15	9,45
<b>8151</b>	Abdomen	34,15	9,45
<b>8121</b>	Squelette	34,15	9,45
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
<b>8270</b>	premier quart d'heure	14,60	18,30
<b>8271</b>	deux quarts d'heure	26,60	36,80
<b>8272</b>	trois quarts d'heure	39,90	55,10
<b>8273</b>	une heure ou plus	53,20	73,55
<b>EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT</b>			
	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
<b>8114</b>	graphie seulement	35,85	20,45
<b>8116</b>	fluoroscopie et positionnement par le médecin	60,80	35,45
	Bronchographie		
<b>8109</b>	unilatérale	33,90	17,15
<b>8111</b>	bilatérale	46,80	24,85
<b>8166</b>	Cholangiographie per-cutanée transhépatique	45,25	19,05
<b>8007</b>	Cisternographie opaque	77,65	25,95
<b>8027</b>	Dacryocystographie	29,65	7,70
<b>8098</b>	Discographie, un (1) niveau ou plus	34,10	20,20
<b>8004</b>	Encéphalographie	74,05	23,70
<b>8214</b>	Fistulographie	27,10	9,20
<b>8201</b>	Galactographie, incluant l'injection	41,05	34,10
<b>8202</b>	Kystographie mammaire, incluant l'injection	53,85	28,15
<b>8119</b>	Laryngogramme, avec contraste opaque	72,40	18,30
	Mammographie		
	<b><u>AVIS</u></b> : Utiliser la facture de services médicaux pour les services rendus en cabinet ou en établissement.		
	Voir la liste <a href="#">Mammographie – Établissements reconnus par le PAM qui sont désignés.</a>		
	sans examen clinique		
<b>8140</b>	unilatérale	28,10	6,25
<b>8141</b>	bilatérale	42,30	11,25
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
<b>8142</b>	unilatérale	28,10	13,85
<b>8143</b>	bilatérale	42,30	18,30

<b>8199</b>	Radiographie d'une pièce biopsique	25,70	4,95
	<i><b>AVIS :</b> Que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, utiliser la facture de services médicaux. Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.</i>		
<b>8204</b>	Mesure de la densité osseuse	42,00	15,60
	NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites. L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.		
	<i><b>AVIS :</b> Utiliser la facture de services médicaux pour les services rendus en cabinet ou en établissement.</i>		
<b>8122</b>	Microradiographie des mains	13,10	4,05
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
<b>8096</b>	contraste huileux	86,75	26,00
<b>8097</b>	contraste non-ionique	186,10	26,00
<b>8008</b>	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		25,45
<b>8061</b>	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	71,05	78,15
<b>8025</b>	Sialographie	61,25	11,25
<b>8006</b>	Stéréotaxie	74,05	23,70
<b>8232</b>	Tomographie	62,90	13,30
<b>8242</b>	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit.		
	en établissement		10,40
	en cabinet		19,75
	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni		
	En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen (MOD 021).		
	En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen + 9,45 \$ (MOD 008).		
	<i><b>AVIS :</b> Utiliser l'élément de contexte <b>Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.</b></i>		
	La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.		

**AVIS** : Pour la technique et l'interprétation, utiliser :

- les codes de facturation sous les titres Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation;
- la facture de services médicaux et inscrire les données d'identité de la personne assurée.

Pour l'interprétation seulement, utiliser :

- les codes de facturation sous le titre Angioradiologie interprétation;
- le formulaire [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606).

#### **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).

<b>8401</b>	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée	109,10
<b>8400</b>	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébographies non sélectives	109,10
<b>8402</b>	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 une (1)) pour une seconde angiographie, supplément	54,45
<b>8403</b>	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément	69,25
<b>8404</b>	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément	18,25

**AVIS** : Pour les codes de facturation **8403** et **8404**, indiquer le nombre de vaisseaux.

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 de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.

<b>8405</b>	Artériographie périphérique par ponction directe	40,25
<b>8406</b>	Lymphographie unilatérale	40,25
<b>8407</b>	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	19,05

#### **ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)**

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une (1) ou plusieurs incidences

<b>8408</b>	non sélective	35,60
<b>8409</b>	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum quatre (4)	34,10

**AVIS** : Indiquer le nombre de vaisseaux.

sélective avec quantification par moyen objectif :

<b>8410</b>	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	15,90
<b>8411</b>	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum deux (2)	15,90
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer le nombre d'incidences.</i>	
<b>8412</b>	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum quatre (4)	27,85
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer le nombre d'artères.</i>	
<b>8413</b>	sélective, spinale, par vaisseau, maximum huit (8) vaisseaux	13,60
	<i><b>AVIS</b> : Indiquer le nombre de vaisseaux.</i>	
<b>8414</b>	sélective carotidienne, unilatérale	35,60
<b>8415</b>	sélective vertébrale, unilatérale	35,60
	périphérique, membres inférieurs	
<b>8416</b>	unilatérale	35,60
<b>8417</b>	bilatérale	71,10
<b>8418</b>	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	39,95
	Angiographie coronarienne	
<b>8419</b>	unilatérale	46,80
<b>8420</b>	bilatérale	93,70
<b>8421</b>	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	25,30
<b>8422</b>	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	46,80
<b>8423</b>	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée	35,60
<b>8424</b>	Lymphographie unilatérale	34,70

#### **TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR**

**(un examen par région, par jour, par patient)**

***AVIS** : Pour une tomographie par ordinateur, utiliser la facture de services médicaux. Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.*

*Voir la liste [Tomodensitométrie – Établissements désignés.](#)*

#### **Tête**

<b>8258</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	56,15
<b>8259</b>	sans injection de substance de contraste	44,80

#### **Cou**

<b>8260</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>8261</b>	sans injection de substance de contraste	67,85

**Thorax**

<b>8262</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>8263</b>	sans injection de substance de contraste	73,50

**Abdomen**

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)

<b>8264</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>8265</b>	sans injection de substance de contraste	73,50

**Pelvis**

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)

<b>8266</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
<b>8267</b>	sans injection de substance de contraste	73,50

**Abdomen et pelvis**

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)

<b>8268</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	120,75
<b>8269</b>	sans injection de substance de contraste	109,50

NOTE : La tarification de la région abdomen et pelvis ne s'applique pas si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

**Rachis**

<b>8274</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	70,65
<b>8275</b>	sans injection de substance de contraste	65,10

**Extrémités**

<b>8276</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	55,15
<b>8277</b>	sans injection de substance de contraste	43,90

**Tarif de révision en tomographie**

<b>8257</b>	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomographie	21,20
-------------	---	-------

**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

<b>8570</b>	Tête	126,05
<b>8571</b>	Cou	126,15
<b>8572</b>	Thorax	158,40
<b>8573</b>	Abdomen	158,40
<b>8574</b>	Pelvis	158,40
<b>8575</b>	Extrémités	126,15
	Colonne	
<b>8576</b>	un (1) segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	117,60
<b>8577</b>	deux (2) segments	147,70
<b>8578</b>	trois (3) segments	198,75

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 :

<b>8579</b>	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	17,80
-------------	--	-------

**AVIS** : *Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la facture de services médicaux. Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.*

*Voir la liste [Résonance magnétique – Établissements désignés](#).*



## J - ULTRASONOGRAPHIE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier et dans les centres de santé et de services sociaux suivants :

1. Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance (des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc), région 06;
2. Centre de santé et de services sociaux de La Pointe-de-l'Île (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles), région 06;
3. Centre de santé et de services sociaux de Drummond, région 04;
4. Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière, région 14;
5. Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, région 14;
6. Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges (Vaudreuil-Dorion), région 16;
7. Centre de santé et de services sociaux de Laval, région 13;
8. Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et de Montréal-Nord, région 06;
9. Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, région 02;
10. Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie, région 04;
11. Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda, région 08;
12. Centre de santé et de services sociaux Champlain, région 16.

Seul celui qui y est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques, peut demander paiement d'un honoraire.

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Ce formulaire peut être transmis par le service en ligne ou aux coordonnées qui y sont indiquées.*

*Utiliser la facture des services médicaux.*

*Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.*

*Dans les CISSS ou les CIUSSS visés, les services d'ultrasonographie concernés sont codifiés **8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323 et 8324.***

#### **RÈGLE 1.**

##### **TARIFICATION**

##### **Honoraire de consultation**

Cet honoraire est payé au médecin qui donne l'interprétation des données de l'examen au moyen d'un rapport écrit.

##### **Supplément de manipulation**

Seul a droit au supplément de manipulation, celui qui répond aux exigences suivantes :

J - ULTRASONOGRAPHIE  
1. PRÉAMBULE PARTICULIER

- a. Il a un contact avec le malade.
- b. Il demeure physiquement présent auprès du malade pendant l'enregistrement (**présence**).

Le médecin 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 demandé sur une facture distincte.*

**Relevé d'honoraires**

Celui qui demande paiement du supplément de manipulation, indique au relevé d'honoraires, au moyen des mots-clés, qu'il a rempli les exigences tarifaires prescrites.

**RÈGLE 2.**  
*TYPES D'EXAMENS*

**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** : *Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.  
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**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** : *Utiliser l'élément de contexte **Échographie abdominale supérieure effectuée le même jour**.*

**RÈGLE 5.**  
*ENREGISTREMENT ET RAPPORT*

**5.1** 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 ou par le Centre local de services communautaires inclus à la liste énumérée à l'article 1.

**RÈGLE 6.**  
*RELEVÉ D'HONORAIRES*

**6.1** 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 Tarification.  
Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.*

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

<b>8300</b>	Ligne médiane postérieure	1,50	4,45
<b>8301</b>	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux	3,10	9,35
<b>8302</b>	Échographie cérébrale, complète	9,20	27,50

### ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

<b>8305</b>	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle	16,15	48,40
<b>8306</b>	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle (dans un centre de soins ultrasécialisés en pédiatrie)	22,55	67,65
<b>8307</b>	Analyse des flux intra-cardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux	6,95	21,00
<b>8308</b>	Analyse des flux intra-cardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (dans un centre de soins ultrasécialisés en pédiatrie)	8,95	26,70

## PROTOCOLE II

### Concernant les examens d'échographie trans-oesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1. Les examens d'échographie trans-oesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier sont payés suivant la tarification suivante :

<b>8309</b>	Échographie avec sonde endo-oesophagienne incluant, le cas échéant, l'anesthésie locale, l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient	26,15	71,10
-------------	---	-------	-------

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 :

NOTE : 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.

<b>8315</b>	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisation placentaire, localisation d'un stérilet etc.) ne peut être facturé en sus de 8317, 8318, 8321, 8322, 8323, 8324 et 8328	5,25	15,50
-------------	--	------	-------

**AVIS :** Voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier.

Échographie pelvienne complète

<b>8321</b>	par voie transvésicale ou endovaginale	5,40	15,95
<b>8322</b>	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	6,25	18,60

**AVIS :** Voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier.

Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales  
 Moins de 16 semaines de grossesse

<b>8323</b>	par voie transvésicale ou endovaginale	4,85	14,65
<b>8324</b>	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	6,00	18,10

**AVIS :** Voir les paragraphes 3.1 et 4.1 du préambule particulier.

À partir de la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse

<b>8317</b>	étude complète	6,00	18,10
<b>8318</b>	étude complète de grossesse gémellaire	8,90	26,50

À partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse

<b>8319</b>	étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance	1,45	4,40
-------------	---	------	------

**AVIS :** Pour les codes de facturation **8317**, **8318** et **8319**, voir le paragraphe 3.1 du préambule particulier.

**ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE**

<b>8320</b>	Écho B - oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	8,25	24,60
-------------	--	------	-------

**ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE**

<b>8325</b>	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326	6,25	18,60
<b>8326</b>	Complète (trois organes et plus)	10,55	31,85
<b>8327</b>	Échographie prostatique transrectale	9,45	28,20
<b>8328</b>	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturée en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale)	11,85	35,60

NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.

**AVIS :** Pour les codes de facturation **8327** et **8328**, utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.*

**AVIS :** Pour les codes de facturation **8325 à 8328**, voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier.

**ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE**

<b>8330</b>	Face ou cou ou les deux	5,30	15,50
<b>8331</b>	Épanchement pleural	4,70	13,95
<b>8332</b>	Membre	5,30	15,50
<b>8333</b>	Sein (par sein)	5,30	15,50

**AVIS :** Indiquer le nombre de seins.

<b>8334</b>	Testicule (par testicule)	5,30	15,50
-------------	---------------------------	------	-------

**AVIS :** Indiquer le nombre de testicules.

<b>8335</b>	Divers	5,30	15,50
<b>ÉCHOSCOPIE</b>			
<b>8340</b>	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	20,40	
<i><b>AVIS :</b> Indiquer la durée du contrôle.</i>			
<b>EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC</b>			
Doppler cervico-encéphalique			
<b>8350</b>	L'examen de base : (comprend l'étude des deux carotides primitives, externes, internes, vertébrales sous-clavières, ophtalmiques) incluant l'enregistrement graphique de routine et les manoeuvres de compression jugées nécessaires	10,10	33,40
<b>8351</b>	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	6,80	22,55
Examen artériel périphérique			
<b>8352</b>	étude étagée au Doppler du système artériel périphérique des deux membres supérieurs ou inférieurs avec prise de tension artérielle incluant l'index cheville-bras et enregistrement graphique, si nécessaire	11,10	33,40
<b>8353</b>	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	4,40	13,35
<b>8354</b>	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	8,95	26,70
	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément		
<b>8355</b>	sans test de provocation au froid	4,40	13,35
<b>8356</b>	avec test de provocation au froid	8,95	26,70
Examen veineux périphérique			
<b>8357</b>	étude étagée des systèmes veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire	9,85	29,45
Doppler périphérique régional pour problème localisé			
<b>8358</b>	analyse de fréquence	3,00	9,85
<b>8359</b>	prise de pression	3,00	8,95
<b>8360</b>	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	5,95	19,60
Doppler pénien			
<b>8361</b>	analyse de fréquence, sélective	3,30	9,85
<b>8362</b>	enregistrement des pressions (minimum de deux)	4,40	13,35
<b>8363</b>	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	7,70	23,15
Doppler abdomino-pelvien			
<b>8364</b>	identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, anévrismes artériels, etc.)	3,00	8,95
<b>8368</b>	Doppler rénal et/ou d'un greffon rénal		

	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	9,85	29,40
<b>8367</b>	Doppler portal et/ou d'un greffon hépatique		
	Examen Doppler, pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines splénique, mésentériques, supérieure et inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destination 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	19,55	58,75
<b>8366</b>	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)	3,00	8,95



## K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

### 1. PRÉAMBULE PARTICULIER

**1.1** Ce préambule prévoit la tarification des épreuves de fonction respiratoire. Il s'applique au médecin omnipraticien qui, au 1<sup>er</sup> juillet 2003, détient des privilèges de pratique hospitalière pour l'exécution d'épreuves de fonction respiratoire.

**AVIS** : *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Ce formulaire peut être transmis par le service en ligne ou aux coordonnées qui y sont indiquées.*

**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** : *Pour toutes les épreuves de fonction respiratoire, utiliser la facture de services médicaux. Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.*

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>Épreuves de routine :</b>		<b>R = 1</b>
<b>8479</b>	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés	70,45
<b>8480</b>	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément	9,45
<b>8481</b>	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	11,25
<b>Volumes :</b>		
<b>8454</b>	volume de fermeture	5,95
<b>Diffusion :</b>		
<b>8455</b>	capacité de diffusion, au repos NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	11,25
<b>8456</b>	capacité de diffusion, à l'exercice	71,10
<b>Échanges gazeux :</b>		
<b>8458</b>	analyse de saturation en oxygène, à l'exercice ou sous oxygène	11,85
<b>8459</b>	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	41,45
<b>8460</b>	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	59,30
<b>8461</b>	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50)	29,65
<b>8462</b>	mesure de la carboxyhémoglobine	5,95
<b>Épreuves d'effort respiratoire :</b>		

	stades de Jones	
<b>8463</b>	<p>stade 1</p> <p>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<sub>2</sub> et d'oxygène</p>	88,95
<b>8464</b>	<p>stade 2</p> <p>Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO<sub>2</sub> et d'oxygène expirés, pCO<sub>2</sub> de fin d'expiration, pCO<sub>2</sub> du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène</p>	142,35
<b>8465</b>	<p>stade 3</p> <p>Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub> 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.</p> <p>NOTE : Le service médical codé 0125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 8463, 8464 et 8465.</p>	225,30
<b>8499</b>	<p>Test de marche de 6 minutes, à l'air libre ou avec oxygène incluant la mesure continue de la saturation digitale en oxygène et de la fréquence cardiaque, la mesure de la distance maximale parcourue et la mesure subjective de la dyspnée d'effort et de l'endurance à la marche, par patient</p> <p>+ Maximum de 2 par jour, par patient</p>	17,85
	<b>Autres épreuves :</b>	
<b>8466</b>	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	171,95
<b>8482</b>	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	171,95
<b>8484</b>	test de stimulation phrénique, supplément	65,20
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466.	
<b>8467</b>	Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	47,40
<b>8476</b>	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans (« Squeeze test ») incluant la surveillance	142,35
<b>8477</b>	avec bronchodilatateur, supplément	11,85
<b>8478</b>	avec provocation bronchique, supplément	47,40
<b>8468</b>	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	71,10
<b>8469</b>	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	71,10
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
<b>8470</b>	bénéficiaire de 16 ans et moins	94,85

K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE  
 2. TABLEAU DES HONORAIRES

<b>8471</b>	bénéficiaire de plus de 16 ans	35,60
<b>8472</b>	<p>Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées)</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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 électro-encéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO<sub>2</sub> trans-cutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.</p> <p>Les interventions telles que l'installation d'un C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant.</p> <p>NOTE : chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électro-encéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.</p>	118,55
<b>8473</b>	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	106,75
<b>8474</b>	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	177,85
<b>8475</b>	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	296,50