

**MANUEL
DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
SERVICES DE LABORATOIRE
EN ÉTABLISSEMENT
(N° 120)**

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

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

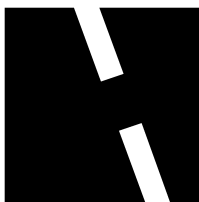
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

ISBN : 978-2-550-52555-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-52556-1 (PDF)

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



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

**MISE À JOUR : 20
JANVIER 2011**

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

Amendements n^{os} 116 (article 1 C) I)), 117 (article 1 B) b)) et changements d'ordre administratif

AMENDEMENT n^o 116 (*prend effet le 1^{er} octobre 2010*)

- PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Règle 4, paragraphe 4.3 : le premier alinéa est remplacé
- Modification tarifaire

Page : 3

- A - ANATOMO-PATHOLOGIE

- Modification tarifaire

Pages : A-3 et A-4

- B - BIOCHIMIE MÉDICALE

- Modification tarifaire à la sous-rubrique *Annexe*

Page : B-3

- C - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

- Modification tarifaire

Page : C-2

- D - HÉMATOLOGIE

- Modification tarifaire

Pages : D-2 à D-5

AMENDEMENT n° 116 (*prend effet le 1^{er} octobre 2010*) (*suite*)

- E - MÉDECINE NUCLÉAIRE

- Préambule particulier, règle 7, paragraphe 7.1 : modification tarifaire sous le code 8713
- Modification tarifaire

Pages : E-2 à E-6

- G - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modification tarifaire sous les rôles 1 et 7
- Préambule particulier, règle 15 :
 - paragraphe 15.1 : modification tarifaire
 - paragraphe 15.2 : modification tarifaire
- Code d'acte 8242, modificateur 008 : modification tarifaire

Pages : G-3, G-5 à G-13

- J - ULTRASONOGRAPHIE

- Modification tarifaire sous les rôles 1 et 7

Pages : J-3 à J-6

- K - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

- Modification tarifaire

Pages : K-2 et K-3

AMENDEMENT n° 117

- K - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

- Un libellé et tarif est ajouté en dessous du code d'acte 8465 (*prend effet le 1^{er} octobre 2010*)

Page : K-2

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification administrative

Pages : 7 et 13

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF (suite)

- PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages n^{os} 429 et 442

Page : 12

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes :
124 / 20-09-2010 et 131 / 27-09-2010*

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page **INTRODUCTION**.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-52555-4

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le but du manuel est de renseigner les médecins omnipraticiens sur les modalités administratives d'application des dispositions de l'entente portant sur les services de laboratoire en établissement. À cet égard il contient, notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement pour les médecins rémunérés à l'acte - Assurance hospitalisation (formulaire n° 1606), des renseignements relatifs au paiement, ainsi que les dispositions tarifaires. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot **AVIS**.

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

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

Une liste complète des manuels et formulaires disponibles ainsi que les instructions pour les commander figurent sous l'onglet FORMULAIRES (partie 8) du « **Manuel des médecins omnipraticiens — Régime d'assurance maladie** », ainsi que dans le site INTERNET de la Régie.

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

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

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent les médecins omnipraticiens sur les procédures administratives afférentes aux dispositions de l'entente relative aux services de laboratoire en centre hospitalier.

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

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

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

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

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

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

- Québec : 418 528-7763

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec, (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = Mise à jour

XX = Numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier.

MMMM 20AA = Mois et année de la publication de la mise à jour.

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

- 00 est une modification effectuée en vertu d'une entente du Comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;

- tout **autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente générale.

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

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

TABLE DES MATIÈRES

Page

1. ENTENTE RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (<i>Voir la Brochure n° 1</i>)	
2. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	1
# DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	
AVANT-PROPOS	1
2.0 DEMANDE DE PAIEMENT	1
2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE (<i>Formulaire n° 1606</i>)	2
2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
2.2.1 Section 1 Période de dispensation des services	5
2.2.2 Section 2 Identité du médecin ayant fourni les services assurés	5
2.2.3 Section 3 Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis	5
2.2.4 Section 4 Facturation des actes et considération spéciale	7
2.2.5 Section 5 Signature du médecin et attestation de l'établissement	7
2.3 EXPÉDITION	8
2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (<i>Formulaire n° 1944</i>)	8
2.5 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (<i>Formulaire n° 1988</i>)	10
2.5.1 Description du formulaire	11
ANNEXE I : Liste des codes de discipline	12
ANNEXE II : Liste des modificateurs	13
ANNEXE III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	13
# 3. PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS	
3.1 MODE DE PAIEMENT	1
3.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
3.3 ÉTAT DE COMPTE	2
3.3.1 Description	3
3.3.1.1 Renseignements généraux	3
3.3.1.2 Sommaire	3
3.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction	5
3.3.2 Vérification des paiements	5
3.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
3.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
3.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
3.4.3 Paiement refusé en partie	5
3.4.4 Paiement refusé en totalité	6
3.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	6
3.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	7
# 3.7 CALENDRIERS DE PAIEMENT	8
# 3.8 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS	10

	<i>Page</i>
4. DISPOSITIONS TARIFAIRES (Tableaux des honoraires)	
PRÉAMBULE	1
PRÉAMBULES PARTICULIERS :	
ANATOMO-PATHOLOGIE	A-1
BIOCHIMIE	B-1
ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE	C-1
HÉMATOLOGIE	D-1
MÉDECINE NUCLÉAIRE	E-1
MICROBIOLOGIE	F-1
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	G-1
ULTRASONOGRAPHIE	J-1
ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE	K-1

**ENTENTE
RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE
ENTRE
LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ET
LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**

VOIR LA BROCHURE N° 1 DU MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS À LA SECTION « ENTENTE »

2. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION - RÉMUNÉRATION À L'ACTE DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

AVANT-PROPOS

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

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

Toute erreur ou omission (date, code d'acte, nombre d'exams, identification de l'établissement et/ou du professionnel, signature du professionnel et/ou du mandataire de l'établissement, etc.) dans la rédaction de la demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 18 mai 20AA comme suit : AA-05-18

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

2.0 DEMANDE DE PAIEMENT (n° 1606)

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

- anatomo-pathologie
- électrocardiographie en établissement (interprétation)
- électroencéphalographie
- hématologie
- médecine nucléaire (*in vitro*) (*)
- radiologie diagnostique (*)

Remarque : Les frais de déplacement sont également inscrits sur cette formule lorsqu'il s'agit d'actes relevant des disciplines suivantes : anatomo-pathologie, hématologie et radiologie diagnostique.

Les médecins omnipraticiens qui détiennent des privilèges d'exercice dans plus d'une discipline doivent inscrire les actes se rapportant à chaque préambule sur des demandes de paiement distinctes.

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux services de laboratoire en établissement. Se référer au Manuel des médecins omnipraticiens - Régime d'assurance maladie, sous l'onglet « **Rédaction de la demande de paiement** », section 4.7, Rémunération différente.

(*) Pour les actes relevant de la médecine nucléaire (*in vivo*) et de la radiologie diagnostique *ailleurs qu'en établissement* ainsi que pour d'autres services précis tel que la densité osseuse, **veuillez utiliser la « Demande de paiement n° 1200 ».**

DEMANDE DE PAIEMENT (Formulaire n° 1606)

Régie de l'assurance maladie Québec

**DEMANDE DE PAIEMENT
À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

0000

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE **1** ANNÉE MOIS JOUR
DU AU

PROFESSIONNEL
PRENOM **2** NOM NUMÉRO DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE CODE DE LA SPÉCIALITÉ

ÉTABLISSEMENT
NOM **3** NUMÉRO DÉPARTEMENT OU SERVICE À L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1						
2	4					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
CS 4			TOTAL			

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS DATE ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE DU MÉDECIN **5**

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT **5**

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE (5 sections)

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

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

2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Exemple (Sections 1 à 3)

Régie de l'assurance maladie Québec

**DEMANDE DE PAIEMENT
À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

0000

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE			MOIS			JOUR			ANNÉE			MOIS			JOUR		
DU	A	A	0	5	0	5	AU	A	A	0	5	1	8				

PROFESSIONNEL

PRÉNOM Roland	NOM Untel	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1897353	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ 29
------------------	--------------	------------------------------------	--------------	-----------------------------

ÉTABLISSEMENT

NOM Hôpital de la Vallée	NUMÉRO 78365	DÉPARTEMENT OU SERVICE Radiologie diagnostique	À L'USAGE DE LA RÉGIE
-----------------------------	-----------------	---	-----------------------

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

CS

TOTAL

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE

ANNÉE	MOIS	JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE

ANNÉE	MOIS	JOUR

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

2.2.1 Section 1
Période de dispensation des services

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

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

Pour les périodes exactes, voir les calendriers publiés à cet effet par la Régie.

2.2.2 Section 2
Identité du médecin ayant fourni les services assurés

Cette identité comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel au complet;
- le nom de famille au complet;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à ce compte administratif, selon les dispositions de l'entente en vigueur;
- le code de la discipline (spécialité) correspondant aux actes facturés. La liste des codes de disciplines à inscrire dans cette case, figure à l'ANNEXE I, à la fin du présent onglet.

2.2.3 Section 3
Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis

Inscrire dans cette section :

- le nom complet de l'établissement;
- # - le numéro de l'établissement (5 chiffres) tel qu'inscrit sur la lettre de confirmation de la Régie.
- le nom du service (ex. : radiologie diagnostique, anatomo-pathologie, etc.)

2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (Suite)

Exemple (Sections 4 et 5)

#

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE

0000

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE			MOIS			JOUR		
DU						AU		

PROFESSIONNEL

PRÉNOM NOM NUMÉRO DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE CODE DE LA SPÉCIALITÉ

ÉTABLISSEMENT

NOM NUMÉRO DÉPARTEMENT OU SERVICE À L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1	8010		1	4,68	4 68	
2	8013		1	6,65	6 65	
3	8124		3	6,55	19 65	
4	8030		2	5,50	11 00	
5	8011		2	4,25	8 50	
6	8034		10	1,20	12 00	
7	8060		2	3,40	6 80	
8	8063		2	3,40	6 80	
9	8066		2	3,40	6 80	
10	8083		4	3,40	13 60	
11	8090		5	2,30	11 50	
12	8100		10	4,00	40 00	
13	8154		1	15,42	15 42	
14	8270		1	15,50	15 50	
15	8271		2	31,00	62 00	
16	8272		4	46,50	186 00	
17	8149		1	14,07	14 07	
18	8160		2	22,94	45 88	
19	8102		3	8,00	24 00	
20	8151		2	8,00	16 00	
TOTAL			60		526 85	

CS

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

A A 0 5 1 8

SIGNATURE DU MÉDECIN

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

A A 0 5 1 8

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

2.2.4 Section 4 Facturation des actes et considération spéciale

Facturation des actes

Tous les actes pour lesquels le médecin demande des honoraires doivent être inscrits dans cette section. Il ne faut pas inscrire plus de 20 codes d'acte par demande de paiement. Pour chaque acte, il faut donner les renseignements suivants :

- le code de l'acte correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- le modificateur (3 chiffres). La liste des modificateurs figure à l'annexe II sous le présent onglet;

Remarque : Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre « **Modificateurs multiples** » de l'Annexe II.

- le nombre de fois que le même code d'acte est facturé;
- le tarif correspondant au prix unitaire du code d'acte (100 %);
- le montant réclamé compte tenu des renseignements fournis dans les colonnes précédentes. Ce montant doit correspondre soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas;
- le total des actes facturés sous « nombre d'actes » et le total des montants facturés au bas de la colonne « montant ».

Remarque : Les actes non tarifés doivent être inscrits séparément sur une demande de paiement distincte.

Considération spéciale

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

Facturation d'un service médical non tarifé :

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

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

Facturation d'actes radiologiques ou d'électrocardiogrammes dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :

- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- inscrire les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire où l'interprétation a été faite;
- inscrire le numéro d'établissement ou de la localité où l'interprétation a été effectuée (joindre un document complémentaire à la demande de paiement).
- inscrire le nom de l'établissement où la technique a été réalisée sur une des lignes prévues pour la facturation.

Remarque :

- Pour les cas de refacturation (lettre « B »), se référer aux sections 3.4 et 3.5 sous l'onglet « Paiement - Messages explicatifs ».
- Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.
- La signification des lettres s'appliquant à la case C.S. figure à l'annexe III, sous le présent onglet.

2.2.5 Section 5**Signature du médecin et attestation de l'établissement**

Signature du médecin et date

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom figure à la partie supérieure ou par une personne dûment mandatée en conformité avec le paragraphe 1 de l'article 10 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Attestation de l'établissement et date

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

2.3 EXPÉDITION

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

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet. Ne pas surcharger les enveloppes.

Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche. Affranchir suffisamment et adresser comme suit :

Régie de l'assurance maladie
C.P. 500
Québec QC G1K 7B4

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (Formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de
l'assurance maladie
Québec



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ 1	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ 2	NUMÉRO DU GROUPE 3	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT 4
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE 5	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE 6		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR 7

#

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

SPÉCIMEN

8

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (Suite)

Remplir le formulaire de la façon suivante :

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :

Inscrire le prénom au complet et le nom au complet du médecin qui a fourni les services;

2. NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :

Inscrire le numéro du médecin alloué par la Régie;

3. NUMÉRO DU GROUPE :

Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à ce compte administratif, selon les dispositions de l'entente en vigueur;

4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :

Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;

5 et 6. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE et NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

Ne rien inscrire;

7. DATE DU SERVICE :

Inscrire le premier et le dernier jour de la période correspondante de dispensation des services;

8. PARTIE RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :

Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par le médecin lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement;

Ce document ne doit pas être utilisé comme demande de paiement ou demande de révision ou d'explications, mais uniquement comme **un complément à une demande de paiement** à laquelle il doit être annexé par un trombone (**ne pas agraffer**).

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

Régie de l'assurance maladie Québec  **DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

0000 **IMPORTANT :** Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement. Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement #1200 ou le #1606 pour le mode SLE.

Professionnel

PRÉNOM _____ NOM _____ NO DU PROFESSIONNEL _____

Déplacement

LOCALITÉ DE DÉPART _____ DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ HEURE _____

LOCALITÉ D'ARRIVÉE _____ DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ HEURE _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ _____ NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT _____

CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL

☐ Dentiste
☐ Omnipraticien
☐ Spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

☐ Acte
☐ Honoraires forfaitaires
☐ Rémunération mixte
☐ SLE
☐ Tarif horaire
☐ Vacation

Frais de déplacement

Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés. _____

TEMPS DE DÉPLACEMENT NBRE D'HEURES FACTURÉES _____ TAUX HORAIRE _____ MONTANT (CALCULÉ À 100%) _____ À L'USAGE DE LA RÉGIE _____

MOYENS DE TRANSPORT

DATE ANNÉE MOIS JOUR	MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS	DÉTAILS	MONTANT
	Véhicule personnel	KILOMÉTRAGE _____ TAUX _____	

NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.

MONTANT TOTAL DES FRAIS _____

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel

Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pendant les heures qui ont servi à mon déplacement.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL _____ DATE _____

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 06/04 **COPIE DE LA RÉGIE**

2.5.1 Description du formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988*

Ce formulaire doit être utilisé si vous devez détailler des coûts de transport autres que ceux reliés à l'utilisation d'une automobile personnelle.

Ce formulaire comprend neuf (9) parties et se rédige comme suit :

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

FRAIS DE DÉPLACEMENT

4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés;
5. TEMPS DE DÉPLACEMENT FACTURÉ : inscrire le temps consacré à ce déplacement si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente, et le montant calculé à 100 %; reporter ce montant sur la demande de paiement n° 1606 se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **99920**. Lors d'un déplacement effectué avec un véhicule automobile le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :
kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement ;
6. MOYENS DE TRANSPORT : indiquer la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé à ce moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) multiplié par le taux alloué ainsi que le montant demandé; reporter le montant total associé aux moyens de transport sur la demande de paiement n° 1606 se rapportant à ce déplacement et utiliser le code d'acte **99910**;
7. MONTANT TOTAL DES FRAIS : la somme des montants réclamés;
8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de votre demande;
9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL : le formulaire doit être signé à la main par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; la date est également très importante.

Présence et identification des pièces justificatives : Toutes les pièces justificatives telles que facture de location d'automobile et reçus d'essence afférents, reçus de taxi, etc. doivent être **identifiées** au nom du professionnel qui soumet la demande de remboursement. **Veillez fournir les originaux lorsque requis.**⁽¹⁾

Le nombre de kilomètres facturés est la distance unidirectionnelle. Celle-ci se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

Remarque : Veuillez vous référer à la rubrique Internet *Frais de déplacement* pour les instructions complémentaires sur la facturation de vos frais de déplacement.

(1) Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :

Obligation de transmettre l'**original**¹ de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation **avec** le formulaire n° 1988 dûment rempli.

Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$:

Conserver l'original¹ de chacune des pièces justificatives (pendant 5 ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une copie du formulaire n° 1988 où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre ce formulaire **sans** copies des pièces justificatives.

¹ Exception sous certaines conditions pour le billet électronique des compagnies d'aviation.

AVIS : Instructions de facturation des frais de déplacement :

- 1) Si vous utilisez la Demande de paiement - Médecin n° 1200 pour facturer vos services à l'acte, vous devez y réclamer vos frais de déplacement (transport et temps). Veuillez vous référer à notre rubrique Internet Frais de déplacement ou à la partie 4.6.5 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens.
- 2) Si vous utilisez la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606 :
 - remplir le formulaire n° 1988 (**s'il y a lieu**), de la façon habituelle (voir 2.5.1) ou la rubrique Internet Frais de déplacement;
 - suivre les instructions suivantes pour le formulaire n° 1606 :

A) Frais de transport :

- **voiture personnelle uniquement** : 0,86 \$⁽¹⁾ par kilomètre (distance unidirectionnelle)
- remplir le formulaire de la façon habituelle pour facturer des services rendus lors de votre déplacement et réserver de l'espace pour ajouter les informations suivantes;
- inscrire le code **99900** dans la case CODE D'ACTE, **1** dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur dans la case TARIF et le montant total réclamé dans la case MONTANT;
- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- **toujours préciser votre point de départ sur le formulaire**; si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ.
- **ne pas utiliser le formulaire** Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988;

N.B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

- **autres moyens de transport** (en plus ou non, de votre voiture personnelle) :
 - remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988 en y précisant le détail des dépenses effectuées;
 - utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement;
 - sur la Demande de paiement n° 1606, inscrire le code **99910** dans la case CODE D'ACTE, **1** dans la case NOMBRE D'ACTES, rien inscrire dans la case TARIF et inscrire dans la case MONTANT le montant de l'indemnité totale du déplacement (pour une demande de paiement Web, inscrire dans la case TARIF), tel que calculé sur le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988;
 - inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
 - annexer les originaux des pièces justificatives (reçus, billets, etc.) à chaque formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988 pour une indemnité totale de plus de 499,99 \$;
 - joindre le tout à la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606. Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne laquelle contient les renseignements relatifs au déplacement.

B) Temps de déplacement : le taux horaire est établi sur la base du taux horaire régulier.

- si vous avez réclamé le code d'acte **99910**, remplir le formulaire Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988 pour réclamer votre temps de déplacement;
- sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, inscrire le code **99920** sur la ligne suivante du déplacement correspondant;
- inscrire le code **99920** dans la case CODE D'ACTE, le nombre d'heures total du déplacement dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur (réf. : Brochure no 1, annexe IV, partie II - Dispositions tarifaires) dans la case TARIF et le montant total réclamé dans la case MONTANT;
- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- lors d'un déplacement effectué avec un véhicule automobile (voiture personnelle, automobile louée ou taxi) le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante : kilométrage total (aller-retour) / 80 km/h = durée du déplacement.

(1) Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents. Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/secretariat/frais-deplacement.pdf>

ANNEXE I

Liste des codes de discipline à utiliser pour remplir la case **CODE DE LA SPÉCIALITÉ** de la « **DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION** ».

Codes	Signification	Codes	Signification
02	Anatomo-pathologie	29	Radiologie diagnostique
06	Cardiologie	33	Médecine nucléaire
15	Hématologie	37	Électroencéphalographie

ANNEXE II**LISTE DES MODIFICATEURS****PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Pour les soins rendus entre 19 heures et 7 heures (majoration de 46 %) **MOD 014**

MÉDECINE NUCLÉAIRE

RÈGLE 1.3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Lorsque le médecin pratique, outre la technique conventionnelle, un complément d'épreuve, l'honoraire de l'examen est majoré de 15 %. **MOD 076**

RÈGLE 1.3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Lorsque l'examen est pratiqué en comparant les données de l'épreuve et celles d'un enregistrement électronique, l'honoraire de l'examen est majoré de 15 %. **MOD 077**

RÈGLE 1.4 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Lorsque les examens sont pratiqués chez un enfant de 8 ans ou moins, le taux est majoré de 25 % **MOD 078**

RÈGLE 1.5 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Lorsque le médecin est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, le taux est établi au 2/3 du tarif de l'examen **MOD 079**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

RÈGLE 3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative **MOD 074**

RÈGLES 7.1, 8.1, 10.1, 11.1 ET 17 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Présence d'informations dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée **MOD 009**

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

TARIF
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. **MOD 021**
En cabinet. **MOD 008**

ULTRASONOGRAPHIE

RÈGLE 3 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
Présence d'informations dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée . . . **MOD 009**

RÈGLE 4 DU PRÉAMBULE PARTICULIER
L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure. **MOD 051**
Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent, utiliser **MOD 038**

ANNEXE II (Suite)**AUTRES SITUATIONS**

Sites anatomiques différents	MOD 093
Séances différentes	MOD 094
Sites anatomiques différents et séances différentes	MOD 095

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 009-093)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 080) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
009 - 051	038	0,50
009 - 093	080	1,00
009 - 094	081	1,00
093 - 094	095	1,00
Autres combinaisons	099	à calculer

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

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

B : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

N : Demande d'honoraire additionnel.

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

3. PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

Le professionnel de la santé, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement **dûment complétée dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est fourni.**

3.1 MODE DE PAIEMENT

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

Le virement (*dépôt*) se fait dans les trois jours ouvrables suivant la date du paiement.

Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$.

3.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

3.3 ÉTAT DE COMPTE

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU		
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	N° DU PAIEMENT	PAGE
UNTEL ROBERT		0-00000-0		00000000 C	20AA-05-06	20AA-04-25 (T) 20AA-04-15 (P)	001 DE 003
1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 1125 GRANDE ALLÉE OUEST QUÉBEC QC G1K 7T3			Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776				
9 SOMMAIRE							
MESSAGES GÉNÉRAUX ATTENTION « ATTENTION » VOUS POUVEZ COMMANDER UN ÉTAT DE REVENU PAR INFO-PROF - QUÉBEC.							
SPÉCIMEN							
OR341 - 4702 092007					VOIR AU VERSO		

3.3.1 Description

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

3.3.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

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

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

3.3.1.2 Sommaire

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

Messages généraux

Paielements et retenues

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

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

Exemple des parties 1a à 6a (3.3.1.3)

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE														
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4																								
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE																								
NOM					N° DU PROFESSIONNEL					N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT					N° DU CHÈQUE OU VIREMENT					DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE				
UNTEL ROBERT					0-00000-0										00000000 C					20AA-05-06				
DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU					N° DU PAIEMENT					PAGE														
20AA-04-25 (T)																				003				
20AA-04-15 (P)					OR-18															DE 003				
NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ				
1a	2a	3a	4a	5a	6a																			
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																								
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																								
FIN DU RELEVÉ																								

SPÉCIMEN

OR341 - 4702 092007

3.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 6a)

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
Les demandes de paiement pour les services de laboratoire en établissement sont identifiées par la lettre « H » précédant le numéro de la demande.
- 2a.** DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex : AA-06-11, i.e. AA pour l'année 20AA, 06 pour le mois de juin et 11 pour le quantième.
- 3a.** ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne.
- 4a.** PERSONNE ASSURÉE : Services de laboratoire en établissement : rien ne figure dans cette colonne.
- 5a.** CODE : Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) et à un message explicatif approprié (EXPL) (voir section 3.6).
- 6a.** MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

3.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir section 3.2). Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou de remboursement ou, en facturation informatisée (lorsque disponible), son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

3.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

3.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le professionnel de la santé.

3.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

3.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 3.6).

Le professionnel de la santé qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision.**

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

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION » et l'expédier à l'adresse figurant sur le formulaire.

3.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 3.6.3). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

- a) **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

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

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

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

- b) **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande.

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

Remarque : Vous pouvez consulter la rubrique « Refacturation - Révision » dans notre site Internet www.ramq.gouv.qc.ca

3.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (voir 3.6).

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

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

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

3.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code TRA et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif (voir **3.8**)

Aucun code : Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

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

3.7 Calendrier de paiement (2010)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2010

JANVIER *19							FÉVRIER *20							MARS *23						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)					1	2	(6)	1	2	3	4	5	6	(10)	1	2	3	4	5	6
(2)	4	5	6	7	▼	9	(7)	7	8	9	10	11	12	(11)	7	8	9	10	11	12
(3)	10	11	12	13	14	15	(8)	14	15	16	17	18	19	(12)	14	15	16	17	18	19
(4)	17	18	19	20	21	22	(9)	21	22	23	24	25	26	(13)	21	22	23	24	25	26
(5)	24	25	26	27	28	29	(10)	28						(14)	28	29	30	31		
31																				
AVRIL *20							MAI *20							JUIN *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				1	2	3	(18)						1	(23)		1	2	3	4	5
(15)	4	5	6	7	8	9	(19)	2	3	4	5	6	7	(24)	6	7	8	9	10	11
(16)	11	12	13	14	15	16	(20)	9	10	11	12	13	14	(25)	13	14	15	16	17	18
(17)	18	19	20	21	22	23	(21)	16	17	18	19	20	21	(26)	20	21	22	23	24	25
(18)	25	26	27	28	29	30	(22)	23	24	25	26	27	28	(27)	27	28	29	30		
							30	31												
JUILLET *21							AOÛT *22							SEPTEMBRE *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)				1	2	3	(32)	1	2	3	4	5	6	(36)			1	2	3	4
(28)	4	5	6	7	8	9	(33)	8	9	10	11	12	13	(37)	5	6	7	8	9	10
(29)	11	12	13	14	15	16	(34)	15	16	17	18	19	20	(38)	12	13	14	15	16	17
(30)	18	19	20	21	22	23	(35)	22	23	24	25	26	27	(39)	19	20	21	22	23	24
(31)	25	26	27	28	29	30	(36)	29	30	31				(40)	26	27	28	29	30	
OCTOBRE *20							NOVEMBRE *22							DÉCEMBRE *19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)					1	2	(45)		1	2	3	4	5	(49)			1	2	3	4
(41)	3	4	5	6	7	8	(46)	7	8	9	10	11	12	(50)	5	6	7	8	9	10
(42)	10	11	12	13	14	15	(47)	14	15	16	17	18	19	(51)	12	13	14	15	16	17
(43)	17	18	19	20	21	22	(48)	21	22	23	24	25	26	(52)	19	20	21	22	23	24
(44)	24	25	26	27	28	29	(49)	28	29	30				(53/1)	26	27	28	29	30	31
31																				

7095 282 08/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

Calendrier de paiement (2011)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(53/1)						1
(2)	3	4	5	6	7	8
2	3	4	5	6	7	8
(3)	10	●	12	13	14	15
9	10	11	12	13	14	15
(4)	17	18	19	20	21	22
16	17	18	19	20	21	22
(5)	24	●	26	27	28	29
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)		32	33	34	▼	36
(7)	38	●	40	41	42	43
6	7	8	9	10	11	12
(8)	45	46	47	48	▼	50
13	14	15	16	17	18	19
(9)	52	●	54	55	56	57
20	21	22	23	24	25	26
(10)	59					
27	28					

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)		60	61	62	▼	64
(11)	66	●	68	69	70	71
6	7	8	9	10	11	12
(12)	73	74	75	76	77	78
13	14	15	16	17	18	19
(13)	80	●	82	83	84	85
20	21	22	23	24	25	26
(14)	87	88	89	90		
27	28	29	30	31		

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)					1	2
(15)	94	●	96	97	98	99
3	4	5	6	7	8	9
(16)	101	102	103	104	▼	106
10	11	12	13	14	15	16
(17)	108	●	110	111	112	113
17	18	19	20	21	22	23
(18)	115	116	117	118	119	120
24	25	26	27	28	29	30

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	●	124	125	126	127
1	2	3	4	5	6	7
(20)	129	130	131	132	▼	134
8	9	10	11	12	13	14
(21)	136	●	138	139	140	141
15	16	17	18	19	20	21
(22)	143	144	145	146	▼	148
22	23	24	25	26	27	28
(23)	150	●				
29	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)				1	2	3
(24)	157	158	159	160	▼	162
5	6	7	8	9	10	11
(25)	164	●	166	167	168	169
12	13	14	15	16	17	18
(26)	171	172	173	174	▼	176
19	20	21	22	23	24	25
(27)	178	●	180	181		
26	27	28	29	30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					1	2
(28)	185	186	187	188	189	190
3	4	5	6	7	8	9
(29)	192	●	194	195	196	197
10	11	12	13	14	15	16
(30)	199	200	201	202	▼	204
17	18	19	20	21	22	23
(31)	206	●	208	209	210	211
24	25	26	27	28	29	30
31						

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	214	215	216	▼	218
(33)	220	●	222	223	224	225
7	8	9	10	11	12	13
(34)	227	228	229	230	▼	232
14	15	16	17	18	19	20
(35)	234	●	236	237	238	239
21	22	23	24	25	26	27
(36)	241	242	243			
28	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				1	2	3
(37)	248	●	250	251	252	253
4	5	6	7	8	9	10
(38)	255	256	257	258	259	260
11	12	13	14	15	16	17
(39)	262	●	264	265	266	267
18	19	20	21	22	23	24
(40)	269	270	271	272	▼	
25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)					1	
(41)	276	●	278	279	280	281
2	3	4	5	6	7	8
(42)	283	284	285	286	▼	288
9	10	11	12	13	14	15
(43)	290	●	292	293	294	295
16	17	18	19	20	21	22
(44)	297	298	299	300	▼	302
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)		●	306	307	308	309
(46)	311	312	313	314	▼	316
6	7	8	9	10	11	12
(47)	318	●	320	321	322	323
13	14	15	16	17	18	19
(48)	325	326	327	328	▼	330
20	21	22	23	24	25	26
(49)	332	●	334			
27	28	29	30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)				1	2	3
(50)	339	340	341	342	▼	344
4	5	6	7	8	9	10
(51)	346	●	348	349	350	351
11	12	13	14	15	16	17
(52)	353	354	355	356	▼	358
18	19	20	21	22	23	24
(53)	360	●	362	363	364	365
25	26	27	28	29	30	31

7095 292 09/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

3.8 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS

- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services de laboratoire en établissement. S'il y a lieu, refacturer les actes à partir de votre date d'admissibilité.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services de laboratoire en établissement.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif(groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- # **245** Demande de paiement non acheminée au paiement.
- # **246** Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (7 chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
- # **247** Le code de spécialité est absent, illisible, incomplet (2 chiffres), erroné ou inexistant sur la demande de paiement.
- 282** Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie. (Voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- # **313** Le délai de facturation, de refacturation ou de révision est expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 314** L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou,
- date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.
- 322** Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.
- 328** La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération. Les honoraires sont payés selon le taux applicable à la date de début de la période de facturation. Veuillez vérifier et présenter une demande de révision en séparant la période en deux demandes de paiement distinctes, s'il y a lieu.
- 329** Votre facturation excède le 1^{er} juin. Utiliser deux demandes de paiement distinctes pour facturer les services rendus avant et après le 1^{er} juin.
- 330** La période de facturation chevauche un changement du taux de rémunération. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 331** La période de facturation chevauche un changement d'entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 340** La période de facturation inscrite sur la demande de paiement est manquante ou non acceptable.
- 341** La période de facturation ne doit pas excéder quatre semaines.
Voir la section 2.1.2 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».

- 342** La période de facturation ne doit pas excéder vingt-huit jours.
- 343** La période de facturation chevauche deux années. Refacturer cette période en utilisant une demande de paiement pour la fin de l'année et une autre pour le début de l'année suivante.
- 345** La période de facturation chevauche un nouvel amendement ou une nouvelle entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation avant et après la date de l'amendement ou de l'entente.
- 346** Cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence. (Voir le préambule particulier d'ultrasonographie, règle 4.1 - tarif des services de laboratoire).
- 347** Cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel. (Voir le préambule particulier d'ultrasonographie, règle 4.1 - tarif des services de laboratoire).
- 348** Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence. (Voir le préambule particulier de la radiologie diagnostique, règle 15.2 - tarif des services de laboratoire).
- 350** L'acte réclamé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 360** Le code d'acte est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 362** L'acte effectué doit être réclamé par l'entremise du code indiqué en référence.
- 364** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la période de facturation.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur ou la demande de paiement a été rédigée sur un formulaire inadéquat.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 367** Vous ne pouvez réclamer ce code d'acte dans le cadre de cette discipline.
- 368** Cet acte n'est payable que sous les codes d'acte existant à l'Annexe V «Tarif des actes médicaux» de votre Entente (Manuel des omnipraticiens).
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 381** Conformément aux dispositions relatives au programme de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle.
- 392** Conformément au maximum prévu au libellé ou à la note relative à cet acte.
- 393** Conformément au maximum prévu au libellé ou à la note relative à cet acte, lequel a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395** Les services ont été fournis avant l'entrée en vigueur de l'entente ou de l'amendement pertinent.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 399** Le service pour lequel vous demandez paiement est non négocié. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour ce service conformément aux directives figurant dans votre manuel à la section 2.2.4 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».
- 401** Le service est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 405** Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services de laboratoire en établissement.
- 406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- 410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 411** Le temps d'attente pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 415** Service(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.

- 417 Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 419 Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature.
- 420 Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 426 Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 427 La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428 Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- # 429 Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 433 Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434 Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 435 Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement en fonction de la distance unidirectionnelle est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 440 Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 441 Le nombre d'heures de déplacement est absent, illisible ou erroné.
- # 442 La réclamation des frais de kilomètre n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (99920) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 444 Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 475 Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 479 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 487 Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 567 Cet acte ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570 Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571 Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572 Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte a été accompli.
- 575 Selon les renseignements fournis, les honoraires ont été modifiés suite à l'application de plus d'un modificateur.
- 591 En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de la médecine nucléaire, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour paiement.
- 592 Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé est absent, illisible ou erroné sur la demande de paiement.
- 593 En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de la médecine nucléaire, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire endocrinien ou urinaire.
- 610 Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611 Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612 Faute de renseignements requis, les honoraires demandés à la ligne indiquée par le numéro de séquence ne peuvent être appréciés.
- 613 En fonction des renseignements fournis, les honoraires ont été ajustés compte tenu que le forfait de l'urgence est un honoraire global.

- # 615 Le montant des honoraires est absent ou illisible sur la demande de paiement.
- 617 Vous ne pouvez recevoir paiement, étant lié à cet établissement par un contrat particulier.(Réf.: Règle 3.1 du préambule particulier d'hématologie)
- 622 Selon l'article 1.10 du préambule particulier d'anatomo-pathologie.
- 625 Conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 630 L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.
- 638 La majoration d'honoraires pour un examen d'urgence (modificateur 014) est payable seulement dans les centres hospitaliers de courte durée.
- 650 Demande de paiement soumise à une appréciation particulière.
- 651 En raison d'un défaut de complètement.
- 665 Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 678 Selon l'article 1 de la première Lettre d'entente signée le 4 novembre 1976.
- 679 Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680 Consécutivement à une appréciation particulière.
- 683 Conformément au tarif et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686 Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687 Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690 Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692 Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701 Nombre de kilomètres non inscrit.
- 702 Pièces justificatives manquantes.
- 703 Le formulaire «Demande de remboursement des frais de déplacement» n° 1988 n'a pas été rempli.
- 704 Les honoraires ont été modifiés selon les pièces justificatives fournies.
- 705 Le montant réclamé ne correspond pas au nombre de kilomètres inscrit.
- 709 Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 de l'entente, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres.
- 710 Déplacement non acceptable.
- 714 Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 715 En fonction du nombre de kilomètres inscrit.
- 716 Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- # 723 Le kilométrage inscrit sur la demande de paiement, a été modifié ou refusé en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- 729 Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 730 Les frais de déplacement sont refusés conformément à l'article 1.11 du préambule particulier d'anatomo-pathologie.
- 731 La réclamation des frais de déplacement n'est pas acceptée étant donné que les services qui les justifient ont été refusés ou sont absents. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 735 Cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.(Réf.:règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie).

- # **800** Le code d'établissement est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 805** Code d'établissement inexistant durant la période indiquée sur la demande de paiement.
- 829** Conformément à l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains C.L.S.C. et/ou à l'article 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 900** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 902** Demande de paiement non dûment signée, veuillez refacturer.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** La copie du médecin ou celle de l'établissement a été envoyée à la Régie à la place de l'exemplaire destiné à la Régie.
- 906** Données incomplètes ou illisibles.
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire n° 1549.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 931** Demande de paiement révisée.
- 932** Demande de paiement révisée à votre demande.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- # **935** Nous ne pouvons donner suite à votre demande de révision car les renseignements fournis sont incompatibles.
- # **936** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 945** Pour correspondre à la nature de votre activité professionnelle dans ce centre hospitalier (principal ou secondaire).
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

4. PRÉAMBULE GÉNÉRAL

DISPOSITIONS TARIFAIRES

1. Cette section du manuel (les onglets A à J) 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 Régie le formulaire n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement » pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte 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 Régie le formulaire n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement » pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte 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^{er} juin 1988, facturés selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

Les épreuves in vivo sont, à compter du 1^{er} 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^{er} mars 1993, facturée selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

AVIS : *Utiliser la demande de paiement n° 1200.*

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 : *Voir les instructions de facturation à la partie 2.2.4 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

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 : *Les frais de déplacement doivent être facturés sur une **demande de paiement correspondant à des soins dispensés dans le centre hospitalier visité**. Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement, paragraphe 2.5.*

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 : *Le modificateur **014** doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

- + **4.3** Pendant un horaire de garde, le forfait de l'urgence par déplacement du médecin est de 38,25 \$ au 1^{er} avril 2009, de 50,85 \$ au 1^{er} juillet 2010 et de 51,75 \$ au 1^{er} octobre 2010.

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 réclamer le forfait de l'urgence :*

- sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation n° 1606, utiliser le code d'acte 92040
- sur la Demande de paiement - Médecin n° 1200, utiliser le code d'acte 09204.

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'urgence (pendant l'horaire de garde), utiliser le Document complémentaire - Considération spéciale n° 1944 pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite, ainsi que le motif de l'urgence.*

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

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.

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 Règle 18.1 du préambule particulier Radiologie diagnostique, onglet G.

PRÉAMBULE PARTICULIER**A - ANATOMO-PATHOLOGIE****1. PRÉAMBULE**

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.

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 d'acte	Mensuel
1 ^{er} laboratoire	7 235,00	14010	600,00
2 ^e laboratoire	3 600,00	14030	300,00
3 ^e laboratoire	3 600,00	14050	300,00

B) HÔPITAL DE PLUS DE 200 LITS

1 ^{er} laboratoire	9 650,00	14020	800,00
2 ^e laboratoire	3 600,00	14040	300,00
3 ^e laboratoire	3 600,00	14060	300,00

ANATOMO-PATHOLOGIE**2. TABLEAU DES HONORAIRES****AUTOPSIE**

+10020	Autopsie, examen macroscopique et microscopique	201,45
+10021	Autopsie faite sur un fœtus complet suite à un avortement thérapeutique incluant l'étude du placenta, le cas échéant, dans les cas de malformations, maladies génétiques, infectieuses ou métaboliques	201,45
+10022	Autopsie faite à la demande du coroner	219,75

Consultation per-opératoire :

+10030	avec ou sans congélation	45,80
+10033	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément	22,90
+10042	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	38,65
+10050	demandée par un médecin d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic	71,20
+10052	demandée par un médecin d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière	137,35

Immunopathologie

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

Immunofluorescence

+10090	Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation	5,10
+10101	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques	45,80
+10111	Immunoperoxydase	45,80

Moelle osseuse

+10120	Interprétation	27,45
--------	----------------------	-------

Pathologie chirurgicale :

+10121	examen microscopique et/ou macroscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires)	2,15
+10131	examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires non complexe	13,80
+10132	examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires complexe (voir liste)	20,35
+10142	chirurgie mineure extensive examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive biopsie hépatique et biopsies ganglionnaires multiples en vue d'un staging de maladie de Hodgkin	38,65
+10143	Laryngectomie et évidement cervical	38,65
+10144	tumeur osseuse maligne	38,65
+10145	Mélanome	38,65
+10146	cas de cancer avec étude ganglionnaire	38,65
+10147	Lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle	38,65
+10148	Colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung	38,65
+10149	globe oculaire	38,65

Marges de résection		
examen microscopique de spécimen (un ou plusieurs) :		
+ 10156	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. . . .	24,40
Biopsies		
+ 10151	biopsie pleurale	23,40
+ 10152	biopsie cérébrale	23,40
+ 10153	biopsie par endoscopie excluant la colposcopie	23,40
+ 10154	biopsie myocardique	23,40
+ 10155	biopsie rénale	23,40
+ 10157	biopsie hépatique	23,40
+ 10158	résection trans-urétrale de la prostate	23,40
+ 10159	biopsie de ganglion(s) lymphomateux	23,40
+ 10170	par colposcopie, un (1) ou plusieurs fragments ou biopsie conique du col utérin	18,30
Microscopie électronique :		
+ 10160	technique et interprétation	183,15
Histoenzymologie :		
+ 10180	étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non	
	biopsie musculaire	
	dissection de fibres nerveuses	
	histogramme de nerfs ou muscles	50,85
CYTOLOGIE (examen microscopique) :		
+ 11010	Liquide amniotique (maturité foetale)	8,65
+ 11020	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	15,25
+ 11025	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	12,70
+ 11085	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	1,80
+ 11090	Cytologie hormonale (sur lame à part)	3,30
+ 11095	Spécimens non gynécologiques	9,65
+ 11140	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus)	11,70
CYTOGÉNÉTIQUE :		
+ 12010	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	93,60
+ 12020	Chromatine sexuelle X	8,65
+ 12030	Chromatine Y (par fluorescence)	13,25
AUTRES ANALYSES :		
+ 13010	Spermogramme complet	11,90
+ 13020	Dermatoglyphes	26,45
+ 13030	Étude quantitative de la biopsie osseuse (méthode de Jung)	93,60
+ 13040	Cultures de tissus pour identification de souches cellulaires néoplasiques	93,60
+ 13050	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)	45,80
+ 13060	Étude de la ploïdie nucléaire (cytométrie de flux et cytophotométrie) par spécimen	10,15

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

PRÉAMBULE PARTICULIER**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 technologistes, 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'examens complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examens 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 : *La liste officielle des jours fériés paraît à l'article 2.4.7.6 du Préambule général dans le manuel des médecins omnipraticiens. Pour le calendrier des jours fériés de votre établissement ou celui de la RAMQ, consultez le site Internet de la RAMQ, www.ramq.gouv.qc.ca, et cliquez sur les rubriques suivantes : Établissements du réseau de la santé; Calendrier des jours fériés; puis, choisissez le calendrier de votre établissement ou celui de la RAMQ.*

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

AVIS : *Remplir la « Demande de paiement-médecin » (n° 1200) en y inscrivant les données suivantes :*

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

Dans la section ACTES, inscrire :

- la date de facturation d'une quote-part (année-mois-jour) ;
- 9735 dans la case CODE et la valeur 1 dans la case R (rôle) ;
- le montant de la quote-part demandé dans la case HONORAIRES et reporter le cumul des honoraires dans la case TOTAL.

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

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

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

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

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

- Nombre de lettres K représentant votre pleine charge professionnelle ou vos charges partielles

Plus

- Nombre de lettres K représentant vos suppléments de charge

multiplié par 1 672 \$

multiplié par 1/180

Exemple : Si vous avez une pleine charge dans un établissement (80 K) ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, vous avez une charge totale de 88 K (80 + 8). Vos honoraires pour une quote-part équivalent à :

$(80 + 8) \times 1\,672 \$ \times 1/180 = 817,42 \$$

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

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

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

ANNEXE

Aux fins de l'application du préambule

+ de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante : 1 672 \$.

PRÉAMBULE PARTICULIER**C- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE****1. PRÉAMBULE****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.

ÉPREUVES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

2. TABLEAU DES HONORAIRES

Électroencéphalogramme de base :

+ 40010	Interprétation effectuée à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou dans l'autre cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente.	12,20
---------	--	-------

Études complémentaires : à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter:

+ 40020	a) tracé de sommeil	9,65
+ 40030	b) activation chimique	11,20
+ 40040	c) enregistrement avec électrodes sphénoïdales	14,25
+ 40050	d) audio-électroencéphalographie avec étude des potentiels évoqués	14,25
+ 40060	e) étude avec électrodes pharyngées	3,55
+ 40062	f) étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)	12,20

Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme :

+ 40070	par fonction explorée	7,10
+ 40080	maximum par séance	21,35

Analyse quantitative de l'électrogénèse :

+ 40090	a) un hémisphère	29,50
+ 40100	b) deux hémisphères	49,85

Surveillance et interprétation d'enregistrement prolongé spécial excédant une heure :

+ 40110	a) première heure d'enregistrement	34,60
+ 40120	b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement	14,75

AVIS : 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 :

+ 40130	a) tracé sans enregistrement de crise	19,85
+ 40140	b) tracé avec enregistrement de crise	39,70

2. Surveillance et interprétation d'enregistrement continu sur le scalp avec étude audio et vidéo:

+ 40150	a) première heure	49,85
+ 40160	b) pour chaque heure supplémentaire	19,85

AVIS : 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 :

+ 40170	a) première heure	49,85
+ 40180	b) pour chaque heure supplémentaire	19,85

AVIS : Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.

+ 40190	4. Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	172,95
+ 40200	5. Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopentothal)	69,20
+ 40210	6. Test à l'amytal intracarotidien	62,05
+ 40220	Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	82,40

PRÉAMBULE PARTICULIER**D - HÉMATOLOGIE****1. PRÉAMBULE**

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. De plus, vous devez nous mentionner s'il s'agit d'un établissement principal ou d'un établissement secondaire.*

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.

HÉMATOLOGIE**2. TABLEAU DES HONORAIRES**

Actes médicaux	
+ 50030	Hémogramme complet incluant 0,80
	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.
Moelle :	
+ 50040	Myélogramme 24,40
Frottis spécial :	
+ 50050	Recherche de cellules LE 3,15
+ 50060	Adénogramme 7,65
+ 50070	Recherche de parasites 7,65
+ 50080	Splénogramme 7,65
+ 50090	Cytologie de liquides autres que le sang 5,00
+ 50100	Analyse cytochimique 11,20
+ 50110	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire 7,65
COAGULATION	
+ 51010	Dépistage 1,55
	Il comprend notamment :
	Un test de coagulabilité globale
	Temps de prothrombine (Quick)
	Appréciation des plaquettes
+ 51020	Coagulogramme complet 5,60
	Il comprend notamment :
	Temps de saignement
	Un test de coagulabilité globale
	Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène
	Temps de prothrombine (Quick)
	Décompte plaquettaire
+ 51030	Étude des fonctions plaquettaires 11,20
+ 51040	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation 7,65
+ 51050	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant 7,65
+ 51060	Recherche d'une coagulation intra-vasculaire disséminée et/ou d'une fibrinolyse 7,65
+ 51070	Thromboélastographie 5,60
BANQUE DE SANG	
+ 52010	Requête pour transfusion sanguine par requête 1,55
+ 52005	Dépistage d'anticorps en-dehors d'une requête pour transfusion 0,70
+ 52020	Identification d'anticorps 11,20
+ 52030	Recherche d'anticorps anti-plaquettaires 1,85
+ 52040	Recherche d'anticorps anti-leucocytaires 1,85
+ 52050	Étude d'une réaction transfusionnelle 18,30
+ 52060	Étude immuno-hématologique d'une réaction hémolytique immune 22,40
+ 52065	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh .. 9,40
+ 52075	Plasmaphérèse, par sac 11,30
+ 52070	Plasmaphérèse massive (50% du volume plasmatique ou plus) 152,60
+ 52085	Groupes salivaires 21,85

HÉMATOLOGIE SPÉCIALE

+ 53010	Étude des enzymes érythrocytaires	11,20
+ 53020	Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine	11,20
+ 53030	Recherche d'une anomalie de la membrane du globule rouge	11,20
+ 53040	Étude des facteurs de l'érythropoïèse	11,20
+ 55120	Étude d'une protéine marquée in vivo ou in vitro	7,65

GÉNÉTIQUE

+ 54010	Karyotype	57,00
---------	---------------------	-------

HÉMATOLOGIE RADIOISOTOPIQUE**Cinétique globulaire erythrocytaire:**

+ 55010	Masse globulaire	7,65
+ 55020	Survie globulaire	7,65
+ 55030	Courbe d'accumulation dans les organes cibles	15,25

Cinétique leucocytaire :

+ 55050	Survie	8,75
+ 55060	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	17,50

Cinétique plaquettaire :

+ 55070	Survie	7,65
+ 55080	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	17,50

Volumes sanguins :

+ 55090	Volume globulaire	7,65
+ 55100	Volume plasmatique	3,75

Ferrocinétiq

+ 55130	Épuration du fer plasmatique (turnover)	7,65
+ 55140	Taux d'incorporation du fer dans les globules rouges	7,65
+ 55150	Courbe d'accumulation du fer dans les organes cibles	15,25
+ 55180	Épreuves d'absorption du fer	7,65
+ 55190	Calcul des pertes sanguines par globules rouges marquées	11,20

Divers

+ 55170	Test de Schilling	7,65
+ 55200	Étude du fibrinogène et des plaquettes par la sélénométhionine	7,65

IMMUNOLOGIE

+ 56010	Immuno-électrophorèse sérique ou urinaire pour recherche et/ou identification d'une protéine anormale :	7,65
---------	---	------

Histocompatibilité HL-A :

+ 56020	Phénotype	3,75
+ 56030	Génotype	7,65
+ 56040	Identification d'antigène par cytotoxicité	1,55
+ 56050	Recherche et identification d'anticorps anti HL-A	11,20

Immunofluorescence :

+ 56075	Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus	11,20
+ 56090	Anticorps, anti-tissus et anti-microorganisme	3,05
+ 56100	Fluorescence de membrane cellulaire	18,30
+ 56110	Fluorescence intra-cytoplasmique	18,30

Sérologie :

+ 56120	Étude néphéométrique du complément	2,25
+ 56125	Étude du complément par méthode hémolytique	18,30
+ 56130	Recherche de cryoglobuline : quantification et identification	11,20

Hémopoïèse in vitro :

Évaluation de la granulopoïèse in vitro
(colonie en agar)

+ 56140	Capacité de formation de colonies, cynétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	33,55
+ 56150	Capacité de stimuler la formation des colonies	15,25
+ 56160	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	11,20

Immunologie cellulaire :

Évaluation de la réponse immune :

+ 56170	1) Sensibilisation à un ou plusieurs antigènes primaires thymo-dépendants et évaluation de la réponse secondaire à cet antigène.	7,65
	2) Intradermo réactions à au moins 3 antigènes secondaires thymo-dépendants	
	3) Décompte de l'ensemble de ces deux techniques, lymphocytes/mm ³ et des monocytes.	
	4) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase et, le cas échéant, après fixations et colorations spéciales.	
+ 56180	Pour quatre (4) techniques ou plus	13,25

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

+ 56190	1) Population lymphocytaire purifiée	7,65
	2) Triplicata minima	
+ 56200	2 patients et 1 plasma ou sérum	11,20
	2 patients et 2 plasma ou sérum (contrôle et patient)	

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

+ 56210	1) Population lymphocytaire purifiée	8,90
	2) Données en triplicata (minimum)	
+ 56220	2 individus et 1 plasma ou sérum	15,25
	2 individus et 2 plasma ou sérum	

Évaluation de la fonction lymphocytaire en transformation à l'aide de la PHA (méthode isotopique) :

Étude de la cinétique cellulaire
(minimum 3 points en 6 jours) :

+ 56230	1) Lymphocytes purifiés	15,25
	2) Données de chaque point en triplicata (minimum)	
	2 patients (contrôle et patient)	

Cinétique sensibilité à la PHA :

+ 56240	1) Minimum 3 points en 6 jours	52,90
	2) Minimum 3 concentrations de PHA	
	3) Lymphocytes purifiés	
	4) Données de chaque point en triplicata (minimum)	
	2 patients (contrôle et patient)	

Culture mixte de lymphocytes (méthode isotopique) :

+ 56250	1) Lymphocytes purifiés	15,25
	2) Données en triplicata (minimum)	
	3) Stimulation unidirectionnelle pour la capacité de stimulation et de transformation	
+ 56260	Culture mixte et 1 plasma (sérum)	26,45
	Culture mixte et 2 plasma (sérum)	

Évaluation de l'activité métabolique du lymphocyte (méthode isotopique) :

+ 56270	1) Morphologie en contraste de phase	3,75
	2) Lymphocytes purifiés	
	Données en triplicata (minimum)	

Évaluation de la lymphocytotoxicité (à visée spécifique ou non) et recherche d'anticorps bloquants (relarguage isotopique ou autres) :

	1) Données en triplicata (minimum)	
	2) Analyse qualitative de la cytolyse	
+ 56280	Lymphocytotoxicité et 1 plasma (sérum)	15,25
+ 56290	Lymphocytotoxicité et 2 plasma (sérum)	26,45

Évaluation des populations lymphocytaires du sang périphérique ou de tissu lymphoïde en suspension :

	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 ^G , Ig ^A , Ig ^M), par fluorescence directe	
+ 56300	5) Énumération des lymphocytes formant des rosettes EA et EAC (optionnel)	
	Pour l'ensemble	37,65

Évaluation des populations lymphocytaires et monocytaires par la technique des rosettes EA et EAC sur tissu congelé :

	1) Histologie sur congélation (coloration spéciale)	
	2) Évaluation de la nature et de la distribution des cellules ayant récepteurs Fc et C ₃ par la technique des rosettes sur congélation	
+ 56310	Pour l'ensemble	18,30
+ 56320	Dosage du MIF sérique par la planimétrie ou par la méthode en agarose/ou par la méthode de migration unidirectionnelle.	18,30

Évaluation de l'arc afférent de la réponse immune par l'analyse des facteurs solubles capables d'inhiber la migration des leucocytes/ou des macrophages/ou des monocytes :

	1) Méthode directe ou indirecte	
	2) Minimum 3 concentrations de l'antigène	
	3) Données en triplicata (minimum)	
	4) Évaluation du «phénomène de fuite»	
	5) Évaluation de l'agrégation cellulaire	
+ 56330	6) Colorations spéciales (optionnel)	
	Pour l'ensemble	22,40

Immunosérologie :

+ 57010	Recherche de complexes immuns solubles circulants	11,20
+ 57020	Recherche d'anticorps anti-tissulaires, anti-fractions tissulaires ou cellulaires par autre méthode que l'immunofluorescence	7,65
+ 57030	Étude néphélométrique d'une protéine	2,25
+ 57040	Contenu en ADN de spécimens tissulaires : moelle osseuse, liquide pleural, ascite, tumeurs . . .	18,30
+ 57050	Recherche et/ou dosage des récepteurs d'oestrogène ou progestérone.	15,25
+ 57060	Isolement et identification d'antigène ou d'anticorps par chromatographie	26,45

PRÉAMBULE PARTICULIER**E - MÉDECINE NUCLÉAIRE****1. PRÉAMBULE**

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 : *Le modificateur 076 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

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 : *Le modificateur 077 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

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

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

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

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.

AVIS : *Inscrire le modificateur le plus élevé seulement.*

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 :

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

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 33,70 \$ (**code 8713**), incluant la surveillance immédiate.

MÉDECINE NUCLÉAIRE**2. TABLEAU DES HONORAIRES****ÉPREUVES « IN VIVO »**

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

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

+ 8600	Captation simple ou multiple	2,70
+ 8601	Scintigraphie	16,20
+ 8602	Épreuve de stimulation	2,55
+ 8603	Épreuve de freinage	2,55
+ 8604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	8,10
+ 8605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,10
+ 8606	Courbe d'épuration sanguine du radio iode	7,65
+ 8607	Mesure de l'excrétion urinaire du radio iode	3,05
+ 8608	PBI - I 131	1,25
+ 8609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	53,95

Parathyroïdes

+ 8610	Scintigraphie	37,80
--------	-------------------------	-------

Surrénales

+ 8611	Scintigraphie	53,95
--------	-------------------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

+ 8612	Volume plasmatique	5,10
+ 8613	Masse globulaire	10,15
+ 8614	Survie globulaire	20,35
+ 8615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	30,50
+ 8616	Index de séquestration splénique	10,15
+ 8617	Survie de leucocytes	30,50
+ 8618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	30,50
+ 8619	Survie des plaquettes	30,50
+ 8620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	30,50
+ 8621	Mesure de l'absorption du fer	20,35
+ 8622	Épuration plasmatique du fer «clearance»	10,15
+ 8623	Taux de renouvellement plasmatique «turnover»	10,15
+ 8624	Incorporation globulaire du fer «utilization»	10,15
+ 8625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	30,50
+ 8626	Volume de la sidérophilline marquée	10,15
8627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,25
8628	Fer globulaire total	1,25
+ 8629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	15,25
+ 8630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	50,85
+ 8631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autre agent	43,20
+ 8632	Lymphographie régionale	21,55
+ 8633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marquée	30,50

SYSTÈME URINAIRE

+ 8634	Scintigraphie rénale	13,50
+ 8635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	8,10
+ 8636	Rénogramme	15,25
+ 8637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	32,40
+ 8638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	15,25
+ 8639	Taux de filtration glomérulaire	15,25
+ 8640	Recherche du reflux vésico-urétéral	25,45
+ 8641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	25,45

SYSTÈME DIGESTIF

+ 8642	Scintigraphie hépatique et splénique	13,50
+ 8643	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent. Courbe et/ou taux d'épuration	10,15
+ 8644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	32,40
+ 8645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	8,10
+ 8646	Recherche de diverticule	37,80
+ 8647	Étude de protéine marquée	25,45
+ 8648	Vidange gastrique et/ou reflux	53,95
+ 8649	Absorption du calcium	15,25
+ 8650	Trioléine	10,15
+ 8651	Acide oléique	10,15
+ 8652	Schilling	10,80
+ 8653	Schilling avec facteur intrinsèque	10,15
+ 8654	Pertes protéiques	30,50
+ 8655	Recherche de sang dans les selles	30,50
+ 8656	Élimination fécale de substances marquées	30,50
+ 8657	Métabolisme des sels biliaires	20,35
+ 8658	Scintigraphie du pancréas	25,45

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

+ 8659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	16,20
+ 8660	Perfusions myocardiques dynamiques	50,85
+ 8661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	25,45
+ 8662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	20,35
+ 8663	Mesure du débit cardiaque	10,15
+ 8664	Mesure du temps de circulation	9,15
+ 8665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,10
+ 8666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	5,40
+ 8667	Scintigraphie du myocarde	25,45
+ 8668	Scinti-angiographie aorte/ses branches excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	16,20
+ 8669	Phlébographie isotopique	53,95
+ 8670	Ventriculographie isotopique	26,95

SYSTÈME RESPIRATOIRE

+ 8671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	26,95
+ 8672	Angiographie pulmonaire	13,50
+ 8673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	35,60
+ 8674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	37,80

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

+ 8675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	7,65
+ 8676	Scintigraphie cérébrale	21,55
+ 8677	Cisternographie (2-6-24 hres)	80,95

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

+ 8704	Ostéodensitométrie isotopique	16,20
--------	---	-------

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.

AVIS : *S'il s'agit d'un traitement pour ostéoporose, inscrire le code 733.0 dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Scintigraphie osseuse, (excluant ostéodensitométrie isotopique)		
+ 8678	un site	15,25
+ 8679	sites multiples	29,65
Scintigraphie articulaire :		
+ 8680	un site	15,25
+ 8681	sites multiples	32,40

DIVERS

+ 8682	Scintigraphie de l'abdomen	26,95
+ 8683	Scintigraphie des voies lacrymales	35,60
+ 8684	Scintigraphie des glandes salivaires	37,80
+ 8685	Placentographie	15,25
+ 8686	Recherche de foyer d'abcès	43,20
+ 8687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre P ³²	25,45
+ 8688	Recherche de néoplasie du sein	15,25
+ 8689	Scintigraphie des testicules	56,10
+ 8690	Étude du taux d'épuration	12,70
+ 8691	Scintigraphie des chaînes mammaires	25,45
Autre scintigraphie :		
+ 8692	un site	15,25
+ 8693	sites multiples	43,20
+ 8694	Scintigraphie par fluorescence-X	25,45
+ 8695	Mesure des éléments traces «in vivo» par activation neutronale	50,85
Tomographie assistée		
+ 8701	cerveau	64,75
+ 8702	cœur	70,10
+ 8703	autre	53,95
+ 8700	Tomographie assistée par positron	254,35

TRAITEMENT

+ 8697	Traitement par radio isotope métabolisé	53,95
+ 8698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire	76,30
+ 8699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire par visite	11,20

ÉPREUVES «IN VITRO»

+82744	Acide folique	1,30
+82604	Adrénocorticotropine (ACTH)	1,30
+82605	Aldostérone	1,30
+82625	AMP cyclique	1,30
+82606	Angiotensine I	1,30
+82614	Angiotensine II	1,30
+82664	Antigène australien (HAA)	1,30
+82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	1,30
+82676	Anti-human IgE	1,30
+82624	Cortisol	1,30
+82644	Digitoxine	1,30
+82626	Digoxine	1,30
+82645	Estradiol	1,30
+82646	Folliculostimuline (FSH)	1,30
+82654	Gastrine	1,30
+82655	Glucagon	1,30
+82656	GMP cyclique	1,30
+82665	Gonadotropine chorionique	1,30
+82666	Hormone de croissance (HGH)	1,30
+82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	1,30
+82686	Hormone lutéinisante (LH)	1,30
+82726	Hormone thyroïdostimulante (TSH)	1,30
+82675	IgE	1,30
+82684	Insuline	1,30
+82694	LSD	1,30
+82685	Lupus érythémateux (LE)	1,30
+82695	Morphine	1,30
+82696	Oubaine	1,30
+82704	Progestérone	1,30
+82705	Prostaglandine	1,30
+82715	Prostaglandine E	1,30
+82706	Prostaglandine F1	1,30
+82714	Prostaglandine F2	1,30
+82615	Rénine	1,30
+82724	T3 résine	1,30
+82716	T3 RIA	1,30
+82736	T4 plasmatique libre	1,30
+82735	T4 plasmatique total	1,30
+82725	Testostérone	1,30
+82734	Vitamine B12	1,30
+82745	Dosage des éléments tracés par activation X, neutronale ou source radioactive scellée	1,30
+82746	Autres	1,30

PRÉAMBULE PARTICULIER

F - MICROBIOLOGIE

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

PRÉAMBULE PARTICULIER**G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****1. PRÉAMBULE**

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

AVIS : *Sur la demande de paiement n° 1200, toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique, dans la case CONSULTATION DEMANDÉE PAR.*

Si vous êtes également le médecin traitant, y inscrire l'initiale de votre prénom, votre nom et votre propre numéro.

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 » (n° 1606) sauf indication contraire aux tarifs. Voir la section 2.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

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).

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le **RÔLE=7** et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

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

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - médecin (n° 1200). Voir l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

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

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

Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été communiqué par la régie à l'exploitant du laboratoire.

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**

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 : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le deuxième acte.*

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

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

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

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

RÈGLE 9.**EXAMEN DE LA COLONNE**

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

RÈGLE 10.**PHARYNX ET OESOPHAGE**

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

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

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

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

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

RÈGLE 12.**BILATÉRALITÉ**

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

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 35,60 \$ 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 :** *Pour facturer le supplément de 35,60 \$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 9222 ou pour facturer celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 9299, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. Inscrire le numéro de l'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

- + **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 12,20 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour facturer les visites, utiliser le code d'acte 9223, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. Inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 16.**STÉRÉOSCOPIE**

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

RÈGLE 17.**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 : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 18.**RAPPORT**

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

AVIS : *À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagnée des modificateurs 008 en cabinet, ou 021 en établissement. Le modificateur à utiliser est fonction du lieu où la révision est faite.*

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**2. TABLEAU DES HONORAIRES**

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

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

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

Les services effectués à des séances différentes doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant (**094** ou un de ses multiples). Voir l'Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

TÊTE ET COU

	Crâne		
+ 8010	trois (3) incidences ou moins	28,35	4,95
+ 8013	quatre (4) incidences ou plus	35,25	7,00
	Selle turcique		
+ 8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	22,30	5,60
	Massif facial		
+ 8123	trois (3) incidences ou moins	21,60	5,55
+ 8124	quatre (4) incidences ou plus	27,00	6,90
	Nez		
+ 8031	minimum de deux (2) incidences	14,15	3,40
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
+ 8023	minimum de trois (3) incidences	21,60	5,55
	Articulations temporo-maxillaires		
+ 8024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	21,60	5,55
	Sinus		
+ 8125	trois (3) incidences ou moins	20,60	5,00
+ 8126	quatre (4) incidences ou plus	24,60	6,90
	Mastoides - bilatérales		
+ 8076	minimum de six (6) incidences	24,65	7,95
	Conduit auditif interne		
+ 8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	22,30	5,40
	Oeil		
+ 8030	recherche de corps étranger	14,10	5,80
+ 8028	recherche et localisation de corps étranger	30,30	18,50
+ 8011	Trous optiques	16,45	4,50
+ 8038	Région des glandes salivaires	13,95	4,30
	Tissus mous du cou		
+ 8037	minimum de deux (2) incidences	13,30	4,30
+ 8036	Étude panoramique des maxillaires	15,25	4,15
	Dents		
+ 8034	deux (2) régions dentaires ou moins	5,50	1,20

AVIS : Voir la règle 13.1 du préambule particulier de Radiologie diagnostique.

+ 8077	Céphalométrie avec mesure des angles	17,85	20,85
--------	---	-------	-------

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
COLONNE ET BASSIN			
	Colonne cervicale		
+8127	trois (3) incidences ou moins	24,60	3,65
+8128	quatre (4) incidences ou plus	31,65	6,00
+8042	Colonne dorsale	23,55	4,30
+8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	27,50	5,85
	Colonne entière (série scoliotique)		
+8053	minimum de quatre (4) incidences	52,90	12,80
+8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	22,70	3,60
+8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	29,45	3,60
+8058	Articulations sacro-iliaques	20,60	5,50
	Bassin		
+8054	une (1) incidence	14,15	3,60
+8056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	26,25	5,30
+8055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	30,20	5,80
	NOTE : les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		
MEMBRES SUPÉRIEURS			
+8060	Clavicule	16,65	3,60
+8075	Articulations acromioclaviculaires	20,60	5,50
+8118	Articulations sterno-claviculaires	17,00	3,90
+8074	Omoplate	18,45	3,90
+8062	Épaule	18,30	4,00
+8063	Humérus	14,15	3,60
+8064	Coude	14,15	3,60
+8065	Avant-bras	14,15	3,60
+8066	Poignet	14,15	3,60
+8067	Main	14,15	3,95
+8068	Poignet et main	20,60	6,70
+8069	Doigt ou pouce	10,95	2,70
MEMBRES INFÉRIEURS			
	Hanche unilatérale		
+8080	deux (2) incidences ou plus	23,10	4,30
+8083	Fémur	14,15	3,60
+8084	Genou, incluant la rotule	14,15	3,95
+8085	Jambe	14,15	3,60
+8086	Cheville	14,15	3,95
	Pied		
+8087	tarse, calcaneum ou talon	14,15	3,60
+8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	21,65	7,70
+8090	Orteil	10,95	2,45
+8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	21,30	5,80

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
ÉTUDES DU SQUELETTE			
+ 8092	Étude du squelette pour âge osseux		
	une (1) région (main)	14,15	6,45
+ 8093	deux (2) régions (main et autres)	25,35	7,55
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique)		
	par incidence ou région		
+ 8280	huit (8) incidences ou moins	56,35	10,40
+ 8281	neuf (9) ou dix (10) incidences	60,70	18,20
+ 8282	onze (11) incidences ou plus	77,55	20,10
THORAX			
+ 8100	Poumons	20,55	4,70
+ 8108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	47,50	9,45
	Larynx, études spéciales		
+ 8113	phonation	24,90	4,15
	Hémithorax (côtes)		
+ 8115	deux (2) incidences ou plus	17,00	3,90
+ 8117	Sternum	17,90	4,30
	Lecteur B		
+ 9943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,10
<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance-hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.			
ABDOMEN			
	Abdomen		
+ 8150	simple	14,15	3,75
+ 8152	deux (2) incidences ou plus	22,20	5,10
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)			
+ 8132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	32,20	16,80
+ 8133	étude du pharynx et de l'oesophage	32,20	16,80
+ 8148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de 5 ans)	30,00	25,20
+ 8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	30,35	8,15
	Tube digestif supérieur		
+ 8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	59,45	15,70
+ 8153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de 5 ans)	55,35	27,70
+ 8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	64,10	21,55
+ 8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	84,10	24,85
+ 8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	85,85	25,90

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
+ 8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	39,15	15,45
+ 8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle.	71,20	42,75
	Colon, lavement baryté		
+ 8149	simple contraste	61,90	14,30
+ 8179	pour réduction d'intussusception	55,95	84,15
+ 8160	double contraste, comprend au moins cinq (5) films pleine grandeur de l'abdomen.	81,15	23,35
+ 8161	Cholécystographie orale		3,25
	Cholangiographie		
+ 8171	par tube en T, incluant injection	25,95	11,30
+ 8163	peropératoire		5,80
+ 8165	par infusion intraveineuse, incluant injection	37,05	16,80
+ 8180	Pancréatographie peropératoire		11,20
+ 8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie.	26,90	11,20

VOIES GÉNITO-URINAIRES

	Pyélographie		
+ 8181	i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels	61,95	20,80
+ 8186	rétrograde ou antégrade per-cutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	38,50	5,80
+ 8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant.	30,35	5,10
+ 8190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant.	49,35	10,15
+ 8196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de 5 ans)	46,00	17,95
+ 8189	Vasographie - Déférentographie	18,95	4,15
+ 8191	Kystographie rénale	11,55	3,15
+ 8198	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie.	39,15	7,10

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+ 8192	Étude du fœtus (âge fœtal, mort fœtale)	12,65	3,15
+ 8193	Pelvimétrie.	19,60	7,65
+ 8197	Hystérosalpingographie, incluant scopie.	39,75	9,40

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

+ 8102	Thorax	29,30	8,15
+ 8151	Abdomen	29,30	8,15
+ 8121	Squelette	29,30	8,15
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
+ 8270	premier quart d'heure	12,55	15,75
+ 8271	deux quarts d'heure	22,80	31,55
+ 8272	trois quarts d'heure	34,25	47,30
+ 8273	une heure ou plus	45,65	63,10

AVIS : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS ou dans la case NOMBRE D'ACTES, selon le formulaire utilisé.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT			
+8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
	graphie seulement	30,75	17,55
+8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	52,20	30,40
	Bronchographie		
+8109	unilatérale	29,10	14,75
+8111	bilatérale	40,20	21,35
+8166	Cholangiographie per-cutanée transhépatique	38,80	16,30
+8007	Cisternographie opaque	66,65	22,25
+8027	Dacryocystographie	25,45	6,60
+8098	Discographie, un (1) niveau ou plus	29,25	17,30
+8004	Encéphalographie	63,50	20,35
+8214	Fistulographie	23,30	7,90
+8201	Galactographie, incluant l'injection	35,25	29,25
+8202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	46,15	24,15
+8119	Laryngogramme, avec contraste opaque	62,15	15,75

Mammographie

AVIS : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

	sans examen clinique		
+8140	unilatérale	24,10	5,35
+8141	bilatérale	36,30	9,65
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
+8142	unilatérale	24,10	11,90
+8143	bilatérale	36,30	15,75
+8199	Radiographie d'une pièce biopsique	22,05	4,30

AVIS : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

+8204	Mesure de la densité osseuse	36,00	13,35
-------	--	-------	-------

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.

AVIS : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+8122	Microradiographie des mains	11,20	3,45
-------	---------------------------------------	-------	------

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
+ 8096	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire contraste huileux	74,40	22,30
+ 8097	contraste non-ionique.	159,65	22,30
+ 8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		21,80
+ 8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection . . .	61,00	67,10
+ 8025	Sialographie	52,55	9,65
+ 8006	Stérotaxie	63,50	20,35
+ 8232	Tomographie	53,95	11,40
+ 8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit. en établissement		8,95
+	en cabinet.		16,95
+	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 + 8,15 \$ (MOD 008)		

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 : Lorsque le médecin exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation.**
- Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.

Lorsque le médecin ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance-hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 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.

+ 8401	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée.	93,55
+ 8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébographies non sélectives.	93,55
+ 8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément	46,75
+ 8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément.	59,40
+ 8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément	15,70

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.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
+ 8405	Artériographie périphérique par ponction directe		34,55
+ 8406	Lymphographie unilatérale.		34,55
+ 8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément		16,30
ANGIORADIOLOGIE			
(Interprétation)			
	Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une (1) ou plusieurs incidences		
+ 8408	non sélective		30,50
+ 8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum quatre (4)		29,25
	sélective avec quantification par moyen objectif :		
+ 8410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément		13,65
+ 8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum deux (2)		13,65
+ 8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum quatre (4).		23,85
+ 8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum huit (8) vaisseaux		11,65
+ 8414	sélective carotidienne, unilatérale		30,50
+ 8415	sélective vertébrale, unilatérale		30,50
	périphérique, membres inférieurs		
+ 8416	unilatérale.		30,50
+ 8417	bilatérale		61,05
+ 8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie		34,30
	Angiographie coronarienne		
+ 8419	unilatérale.		40,20
+ 8420	bilatérale.		80,35
+ 8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément		21,70
+ 8422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		40,20
+ 8423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée.		30,50
+ 8424	Lymphographie unilatérale.		29,75

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

L
R = 7 C
R = 1

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)

AVIS : Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire Demande de paiement - médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

Tête

+8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	48,15
+8259	sans injection de substance de contraste	38,45

Cou

+8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	72,75
+8261	sans injection de substance de contraste	58,25

Thorax

+8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	72,75
+8263	sans injection de substance de contraste	63,05

Abdomen

+8264	(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour «pelvis» ou pour «abdomen et pelvis» avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	72,75
+8265	sans injection de substance de contraste	63,05

Pelvis

+8266	(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis ») avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	72,75
+8267	sans injection de substance de contraste	63,05

Abdomen et pelvis

+8268	(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis ») avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	103,60
+8269	sans injection de substance de contraste	93,95

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

+8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	60,60
+8275	sans injection de substance de contraste	55,85

Extrémités

+8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	47,35
+8277	sans injection de substance de contraste	37,65

Tarif de révision en tomодensitométrie

+8257	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomодensitométrie . . .	18,20
-------	---	-------

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

- imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

+ 8570	Tête	108,10
+ 8571	Cou	108,20
+ 8572	Thorax	135,95
+ 8573	Abdomen	135,95
+ 8574	Pelvis	135,95
+ 8575	Extrémités	108,20
	Colonne	
+ 8576	un (1) segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	100,90
+ 8577	deux (2) segments	126,75
+ 8578	trois (3) segments	170,55

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.

+ 8579	Tarif de révision en résonance magnétique : révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	15,25
--------	---	-------

AVIS : Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la Demande de paiement - Médecin n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

PRÉAMBULE PARTICULIER**J - ULTRASONOGRAPHIE****1. PRÉAMBULE**

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 » n° 3051 pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis par télécopieur au numéro 418 646-8110 ou à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4*

- *Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur la « Demande de paiement - Médecin », n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

- *Dans les CLSC des centres de santé et de services sociaux visés, les actes d'ultrasonographie concernés sont codés comme suit : 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.

AVIS : *Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le **Rôle = 1** et les honoraires correspondants.*

Supplément de manipulation

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

- a. Il a un contact avec le malade.
- b. Il demeure physiquement présent auprès du malade pendant l'enregistrement (**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 facturé sur une ligne distincte.
- Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le **Rôle = 7** et les honoraires correspondants.

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 vélocité du flot sanguin.

RÈGLE 3.

3.1 En obstétrique, on reconnaît l'opportunité d'une échographie chez la femme enceinte entre les semaines 16 et 20.

De même entre les semaines 28 et 32 pour le dépistage d'un retard intra-utérin.

Lorsqu'il y a des indications cliniques, des examens peuvent être payés à l'extérieur de ces deux périodes.

Le nombre de semaines doit apparaître au relevé d'honoraires.

AVIS : Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques, de même que le nombre de semaines dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 4.**ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE SUPÉRIEURE**

4.1 L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure (MOD=051).

AVIS : - Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent pour les actes codés 8315, 8323 et 8324, utiliser le modificateur 038.
- Le modificateur 009 ne doit pas être utilisé avec les actes codés 8321 et 8322.

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. L'identification de la personne assurée est essentielle.

ULTRASONOGRAPHIE**2. TABLEAU D'HONORAIRES****ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :**

+ 8300	Ligne médiane postérieure.	1,30	3,85
+ 8301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux.	2,65	8,05
+ 8302	Échographie cérébrale, complète.	7,90	23,65

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

+ 8305	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle.	13,85	41,50
+ 8306	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle (dans un centre de soins ultraspécialisés en pédiatrie)	19,35	58,05
+ 8307	Analyse des flux intra-cardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux	6,00	18,05
+ 8308	Analyse des flux intra-cardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (dans un centre de soins ultraspécialisés en pédiatrie)	7,65	22,90

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 :

+ 8309	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	22,45	61,05
--------	---	-------	-------

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.

+ 8315	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	4,45	13,25
--------	--	------	-------

AVIS : Voir la Règle 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

+ 8321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale.	4,60	13,70
+ 8322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	5,35	15,95

AVIS : Voir la Règle 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales			
Moins de 16 semaines de grossesse			
+ 8323	par voie transvésicale ou endovaginale	4,20	12,60
+ 8324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	5,15	15,55

AVIS : Voir les Règles 3.1 et 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

À partir de la 16 ^e semaine de grossesse			
+ 8317	étude complète (*)	5,15	15,55
+ 8318	étude complète de grossesse gémellaire (*)	7,60	22,75
À partir de la 28 ^e semaine de grossesse (*)			
+ 8319	étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance	1,25	3,80

ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE

+ 8320	Écho B - oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	7,10	21,10
--------	--	------	-------

AVIS : (*) Voir la Règle 3.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

+ 8325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326 (*)	5,35	15,95
+ 8326	Complète (trois organes et plus) (*)	9,10	27,30
+ 8327	Échographie prostatique transrectale (*)	8,15	24,20
+ 8328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturée en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*)	10,15	30,50

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

AVIS : Inscrire le modificateur **009** dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, lors de la facturation des actes codés 8327 et 8328.

ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

+ 8330	Face ou cou ou les deux	4,50	13,25
+ 8331	Épanchement pleural	4,05	12,00
+ 8332	Membre	4,50	13,25
+ 8333	Sein (par sein)	4,50	13,25
+ 8334	Testicule (par testicule)	4,50	13,25
+ 8335	Divers	4,50	13,25

AVIS : Pour les actes 8333 et 8334, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.

ÉCHOSCOPIE

+ 8340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	17,50
--------	--	-------

AVIS : Inscrire sur la demande de paiement le chiffre « 1 » dans la colonne « R », le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS ainsi que les honoraires correspondants.

EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC

+ 8350	Doppler cervico-encéphalique 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	8,65	28,60
+ 8351	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	5,85	19,35
+ 8352	Examen artériel périphérique 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	9,50	28,60
+ 8353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	3,80	11,45
+ 8354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	7,65	22,90
+ 8355	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément sans test de provocation au froid	3,80	11,45
+ 8356	avec test de provocation au froid	7,65	22,90

AVIS : (*) Voir la Règle 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

		R = 1	R = 7
+ 8357	Examen veineux périphérique étude étagée des systèmes veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire.	8,50	25,25
+ 8358	Doppler périphérique régional pour problème localisé analyse de fréquence.	2,55	8,40
+ 8359	prise de pression.	2,55	7,65
+ 8360	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	5,10	16,85
+ 8361	Doppler pénien analyse de fréquence, sélective.	2,80	8,40
+ 8362	enregistrement des pressions (minimum de deux)	3,80	11,45
+ 8363	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	6,60	19,85
+ 8364	Doppler abdomino-pelvien identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, anévrismes artériels, etc.).	2,55	7,65
+ 8368	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.	8,40	25,20
+ 8367	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 vei- nes sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler.	16,80	50,35
+ 8366	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)	2,55	7,65

PRÉAMBULE PARTICULIER**K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE****1. PRÉAMBULE**

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

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, le formulaire Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Services de laboratoire en établissement n° 3051 pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis via le télécopieur au numéro 418 646-8110 ou à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

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

1.3 Les honoraires des épreuves de fonction respiratoire sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Toutes les épreuves de fonction respiratoire doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE**Épreuves de routine :**

+ 8479	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés	60,45
+ 8480	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément	8,15
+ 8481	lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément	9,65

Volumes :

+ 8454	volume de fermeture	5,10
--------	-------------------------------	------

Diffusion :

+ 8455	capacité de diffusion, au repos	9,65
NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.		
+ 8456	capacité de diffusion, à l'exercice	61,05

Échanges gazeux :

+ 8458	analyse de saturation en oxygène, à l'exercice ou sous oxygène	10,15
+ 8459	évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	35,60
+ 8460	évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	50,85
+ 8461	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50)	25,45
+ 8462	mesure de la carboxyhémoglobine	5,10

Épreuves d'effort respiratoire :

stades de Jones		
+ 8463	stade 1 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO2 et d'oxygène	76,30
+ 8464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO2 et d'oxygène expirés, pCO2 de fin d'expiration, pCO2 du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	122,10
+ 8465	stade 3 Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO2, pCO2 et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	193,30
Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1.		
NOTE : Le service médical codé 0125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 8463, 8464 et 8465.		
+ 8499	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	15,55
+	+ Maximum de 2 par jour, par patient	

Autres épreuves :

+ 8466	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	147,55
+ 8482	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	147,55
+ 8484	test de stimulation phrénique, supplément	55,95
+ 8467	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466. Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	40,70
+ 8476	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans (« Squeeze test ») incluant la surveillance	122,10
+ 8477	avec bronchodilatateur, supplément	10,15
+ 8478	avec provocation bronchique, supplément	40,70
+ 8468	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	61,05
+ 8469	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	61,05
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
+ 8470	bénéficiaire de 16 ans et moins	81,40
+ 8471	bénéficiaire de plus de 16 ans	30,50
+ 8472	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées) Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures. L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient	101,75
	NOTE : pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique.	
	Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil. Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électro-encéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO ₂ trans-cutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.	
	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.	
	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.	
+ 8473	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	91,55
+ 8474	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	152,60
+ 8475	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	254,35