

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

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec



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

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

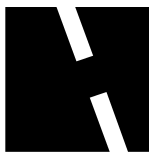
Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-51213-4

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



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

**MISE À JOUR 56
NOVEMBRE 2010**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 54 et MODIFICATION 55, en vigueur le 1^{er} octobre 2010, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

MODIFICATION 48

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- À l'article 2.3, modification de l'alinéa a) *Transport aérien ou ferroviaire.*
en vigueur le 1^{er} octobre 2008.

Page : 2

MODIFICATION 53

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- À l'article 1.3, ajout de l'alinéa d) - **en vigueur le 20 juillet 2008.**

Page : 2

MODIFICATION 54

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Aux articles 1.3, 2.2 et 2.4, augmentation de l'indemnité pour le temps de déplacement.

Pages : 1 et 2

ENTENTE - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- À la règle 4.3, augmentation tarifaire du forfait d'urgence.

Page : 5

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

- Aux règles d'application n^{os} 7 et 35, modifications des règles d'application et ajout de deux avis à la règle n° 35 concernant le modificateur 416.
- Au **PA 18 Oto-rhino-laryngologie** au point 1, modification du plafonnement d'activités total - **en vigueur le 1^{er} juillet 2010**.
- Au **PG 1 Plafonnement de gains bruts**, article 3.1.1, retrait de la neurologie **en vigueur le 1^{er} juillet 2010**.
- Au **PG 2 Plafonnement de gains nets**, articles 3.2.2, 3.2.3 et 3.2.5, ajout d'un plafonnement pour la génétique médicale et, article 3.3.1, retrait de la neurologie **en vigueur le 1^{er} juillet 2010**.

Pages : 4, 14, 16, 19 et 20

ONGLET E - HÉMATOLOGIE

- À l'**addendum 6 - Hématologie** aux articles 4.1 et 4.2, augmentation des plafonnements des gains de pratique et exclusion de certains codes d'acte - **en vigueur le 1^{er} juillet 2010**.

Page : E-3

ONGLET F- MÉDECINE NUCLÉAIRE

- À l'**addendum 7- Médecine nucléaire** à la règle 6.1, augmentation tarifaire du supplément pour épreuve.

Page : F-2

ONGLET H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- À l'**addendum 4 - Radiologie diagnostique** aux règles 15.1 et 15.2, augmentation tarifaire pour le supplément et à la règle 17, pour la consultation exceptionnelle.
- Au **Protocole concernant la radiologie diagnostique**, modification à l'alinéa iv) de l'article 4.2 - **s'applique depuis le 1^{er} juin 2009**.

Pages : H-5, H-6, H-9 à H-11

ONGLET K - ULTRASONOGRAPHIE

- À l'**addendum 8 - Ultrasonographie**, modification prévoyant le services assuré pour certains CLSC - **en vigueur le 4 février 2008**.
- À l'**addendum 8 - Ultrasonographie** aux règles 8.1 et 9.1, augmentation tarifaire.
- À l'**addendum 8 - Ultrasonographie** à la règle 10, ajout de codes d'acte.

Pages : K-1 et K-4

ONGLETS A, B, C, D, E, F, G, H, K et M

- Modification de libellés, ajouts de codes d'acte et changements de tarification de certains codes d'acte.

Page : A-3 à A-6

Page : B-5

Page : C-1

Page : D-2

Page : E-4 et E-5

Page : F-3 à F-6

Page : G-4

Page : H-13 à H-36

Page : K-5 à K-16

Page : K-12, changements à la deuxième note sous l'acte codé 08346
- **en vigueur le 1^{er} mai 2009**

Page : M-2 à M-4

MODIFICATION 55

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENT

- **en vigueur le 1^{er} juillet 2010 sauf mention contraire**

- À la section 2. *Plafonnements d'activités*, augmentation des plafonnements PA 20, PA 23, PA 30 et PA 31.
 - Au *PG 1 Plafonnement de gains bruts*, article 3.1.1, augmentation des plafonnements.
 - Au *PG 2 Plafonnement de gains nets*, à l'article 3.2.1, augmentation du plafonnement global, et à l'article 3.2.2, augmentation du plafonnement en pédiatrie.
 - Au *PG 2 Plafonnement de gains nets*, à l'article 3.2.2, augmentation du plafonnement en médecine nucléaire - **en vigueur le 1^{er} janvier 2010**.
 - Au *PG 2 Plafonnement de gains nets*, ajout de l'article 3.2.6 concernant les services de procréation assistée - **en vigueur le 5 août 2010**.
 - À la section *Plafonnements particuliers*, augmentation des plafonnements PG 3, PG 8, et PG 9.
- Pages :** 16, 17, 19 à 21

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif.

Pages : 1 à 4

ENTENTE - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- À l'Article 2.1, précision apportée à l'avis administratif concernant la documentation à fournir pour le code d'acte 09990.

Page : 3

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Modifications, ajouts et retraits d'avis administratifs.
- Aux *Dispositions particulières*, modifications aux paragraphes a) et B).
- Allègement des exigences pour les pièces justificatives des frais de déplacement de moins de 500 \$.

Pages : 1, 2, 5, 7 et 8

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Aux sous-paragraphes 2.2.4 *Section 4 Exemple 1* et 2.2.4.1 *Section 4*, actualisation des exemples de demandes de paiement.

Pages : 6, 10 et 11

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification des libellés des messages 313 et 429.
- Ajout des messages 442, 935 et 936.

Pages : 13, 15 et 21

ONGLETS A, B, G, H, K et M

- Modifications, ajouts et retraits d'avis administratifs.

Page : A-3

Page : B-3 à B-5

Page : G-2 à G-4

Page : H-5, H-12, H-22 à H-25

Page : K-14

Page : M-2

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : n° 203 du 2010-03-04, n° 101 du 2010-08-04, n° 142 et n° 143 du 2010-10-01.

LÉGENDE

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

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

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

Par ailleurs, la Régie offre un service **d'assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

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

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

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

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

- 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; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour. |
| ZZ | = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none">- 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);- 00 indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel.- Tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la Modification relative à l'Accord-cadre.- Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative. |

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

TABLE DES MATIÈRES

Page

ENTENTE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À LA MÉDECINE DE LABORATOIRE.....	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	2
1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR.....	1
Annexe 23	1
Article 1 : Dispositions générales	1
Article 2 : Territoires désignés.....	2
Article 3 : Frais maximaux.....	3
1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement.....	4
1.2 Demande de remboursement des frais de déplacement (<i>Formulaire n° 1988</i>).....	6
1.2.1 Description du formulaire	7
RÉMUNÉRATION À L'ACTE	
2. DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE.....	1
2.0 AVANT-PROPOS	1
2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - ASSURANCE HOSPITALISATION DESCRIPTION DU FORMULAIRE (<i>Formulaire n° 1606</i>)	3
2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
2.2.1 Section 1 - Période de dispensation des services.....	5
2.2.2 Section 2 - Identité du médecin ayant fourni les services assurés	5
2.2.3 Section 3 - Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis.....	5
2.2.4 Section 4 - Facturation des actes et considération spéciale.....	7
2.2.4.1 Section 4 - Forfait minimum pour déplacements d'urgence.....	11
2.2.5 Section 5 - Signature du médecin et attestation de l'établissement.....	13
2.3 EXPÉDITION.....	13
2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (<i>Formulaire n° 1944</i>)	14
2.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	16
ANNEXE I : LISTE DES MODIFICATEURS	17
# ANNEXE II : LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION	25

PAIEMENT	
5. PAIEMENT	1
5.1 MODE DE PAIEMENT	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
5.3 ÉTAT DE COMPTE	
5.3.1 Description	3
5.3.1.1 Renseignements généraux	3
5.3.1.2 Sommaire	3
5.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction	5
5.3.2 Vérification des paiements	5
5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
5.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
5.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
5.4.3 Paiement refusé en partie	6
5.4.4 Paiement refusé en totalité	6
5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	8
5.6.1 Codes de transactions	8
# 5.6.2 Calendrier de paiement 2010	9
# 5.6.3 Calendrier de paiement 2011	10
5.6.3 Codes de messages explicatifs	11
RÈGLES D'APPLICATION	
6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS	1
1. RÈGLES D'APPLICATION	1
# 2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS	15
# 6.3 PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE	19
# PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX	19
# PLAFONNEMENTS PARTICULIERS	20
DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
ADDENDUM 2 - ANATOMO-PATHOLOGIE	A-1
Tableau des honoraires	A-3
Autopsie	A-3
Cytologie (examen microscopique)	A-6
Cytogénétique	A-6
Biologie moléculaire	A-6
# Liste des examens complexes	A-7
ADDENDUM 3 - B - BIOCHIMIE MÉDICALE	B-1
# Annexe	B-5
ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES	C-1
Tableau des honoraires	C-1

ADDENDUM 10 - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE	D-1
Tableau des honoraires.....	D-2
ADDENDUM 6 - HÉMATOLOGIE	E-1
Tableau des honoraires.....	E-4
Actes médicaux.....	E-4
Coagulation	E-4
Banque de sang.....	E-5
Hématologie spéciale	E-5
Hématologie radioisotopique	E-5
Immunologie.....	E-6
Biologie moléculaire	E-10
ADDENDUM 7 - MÉDECINE NUCLÉAIRE	F-1
Tableau des honoraires.....	F-3
Épreuves «In vivo»	F-3
Diagnostic.....	F-3
Système endocrinien	F-3
Système hémapoïétique	F-3
Système urinaire	F-4
Système digestif	F-4
Système cardiovasculaire.....	F-4
Système respiratoire	F-5
Système nerveux central	F-5
Système musculo-squelettique	F-5
Divers	F-5
Traitement	F-6
Épreuves « In vitro »	F-6
ADDENDUM 5 - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE	G-1
Annexe	G-4
ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	H-1
# Protocole	H-7
# Tableau des honoraires.....	H-12
# Tête et cou.....	H-13
# Colonne et bassin.....	H-14
# Membres supérieurs	H-14
# Membres inférieurs.....	H-15
# Études du squelette	H-15
# Thorax.....	H-15
# Abdomen.....	H-16
# Voies gastro-intestinales et biliaires	H-16
# Voies génito-urinaires, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	H-18
# Obstétrique et gynécologie.....	H-18
# Fluoroscopie diagnostique.....	H-19
# Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	H-19
# Divers.....	H-20
# Mammographie	H-22
# Angioradiologie (technique).....	H-26
# Angioradiologie (interprétation)	H-27
# Tomographie par ordinateur.....	H-28
# Protocole I- Examens de résonance magnétique	H-32
# Cardiaque.....	H-34

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

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

ENTRE

LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

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

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

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Ce tarif régit la pratique de la médecine de laboratoire.

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

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

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

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

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

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

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

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

DÉROGATIONS

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

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

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

RÈGLE 2.**TARIFICATION NOUVELLE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 4.**URGENCES**

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

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

AVIS : *En rémunération mixte, se reporter à l'article 4.2 de l'Annexe 38 de la Brochure n° 5.*

4.2 Les honoraires majorés sont établis comme suit :

La majoration est de 150% pour un examen pratiqué entre minuit et 7 heures; elle est de 70% pendant le reste de l'horaire de garde.

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

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

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

MOD=018 :

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration 70%)

MOD=017

NUIT, de minuit à 7 heures (majoration 150%)

MOD=019

WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés de 7 heures à minuit (majoration 70%)

- + **4.3** Le forfait de l'urgence est de 189 \$ entre minuit et 7 heures et de 126 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

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

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

code d'acte 92030 de minuit à 7 heures ;

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

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre:

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients ou;

*- la facturation des actes posés avec les modificateurs appropriés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.***

Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur 094 ou un de ses multiples.

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

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

AVIS : *Dans les cas d'urgence, pendant l'horaire de garde, utiliser le formulaire 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 (des) ligne (s) visée (s) sur la demande de paiement.

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

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

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

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

4.5 Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le jour de l'An, le lendemain du jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des patriotes, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du Travail, l'Action de grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du Jour de l'An.

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

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

RÈGLE 5.

HONORAIRES ADDITIONNELS

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

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

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

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

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

RÈGLE 6.

RAPPORTS MÉDICAUX

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

RÈGLE 7.

SÉDATION-ANALGÉSIE

7.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en cardiologie ou en radiologie diagnostique qui procède à une sédation-analgésie (narcose) afin de permettre qu'un examen identifié par la mention PG-7 soit effectué, a droit à un honoraire de 40 \$.

Il en est de même pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie qui procède à une sédation-analgésie (narcose) afin de permettre qu'un examen identifié par la mention PG-7 soit effectué.

Pour le médecin classé en médecine nucléaire, cet honoraire s'applique lorsque la sédation-analgésie (narcose) est effectuée chez un enfant de 8 ans ou moins.

AVIS : *Utiliser le code d'acte 70003*

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

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

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

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

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

AVIS : *Nous vous invitons à consulter notre rubrique Internet Frais de déplacement à l'adresse suivante :*

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/frais_deplacement/generalites.shtm. Vous y trouverez des exemples, des précisions utiles reliées au type de moyen de transport utilisé, etc.

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

ARTICLE 1.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

L'indemnité est de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

+ **1.3** S'ajoute une indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

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

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

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

AVIS : *Dans le cas de prélèvement d'organes, utiliser le code d'acte 09993 pour facturer l'indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement.*

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

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 pour facturer le temps de déplacement avec le code de forfait de l'une ou l'autre des deux Lettre d'entente.*

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

- + d) d'un médecin spécialiste qui se déplace à Québec afin d'agir à titre de médecin-escorte lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

AVIS : ***Vous devez réclamer votre temps de déplacement dans la case HEURES DE DÉPLACEMENT sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215 utilisé pour vos frais de transport (kilométrage). Le temps de déplacement est remboursable uniquement avec la facturation des codes d'activités 078127 ou 078128.***

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

2.1 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné par le ministre, est remboursé comme suit :

- a. La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.

Il présente les pièces justificatives.

L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

- b. Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.

- + **2.2** S'ajoute une indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.

2.3 On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin spécialiste :

- + **a) Transport aérien ou ferroviaire**

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).

- b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus**

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{80\text{km/hre}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies selon les outils de mesures déterminés par les parties négociantes.

AVIS : ***L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.***

2.4 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné, est compensé pour un temps d'attente imprévu (Exemples : une intempérie ou un retard de son envolée).

- + On lui accorde alors une indemnité de 89 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

**ARTICLE 3.
FRAIS MAXIMAUX**

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

1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement

Services de laboratoire en établissement
Rémunération à l'acte et à l'unité

Dispositions générales	Directives
Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant en territoire non désigné : • Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de sortie de la municipalité jusqu'au centre hospitalier. • Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport. • Sauf dans les cas autorisés par le Ministre, un médecin spécialiste ne peut demander paiement des frais de déplacement, y compris l'indemnité horaire que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine.	Si vous utilisez la <i>Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n° 1606</i> : • Remplir le formulaire de la façon habituelle. Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une Demande de paiement correspondant à des soins dans un centre hospitalier visé. • Inscrire sur une ligne différente chaque déplacement effectué (maximum 1 déplacement par semaine, par centre hospitalier). • Toujours préciser votre point de départ sur le formulaire. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ. N. B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel. • Utiliser plusieurs demandes de paiement pour la même période, si l'espace s'avère insuffisant. • Ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles. • Utiliser le code 99900 lequel remplace tous les codes antérieurement utilisés. IMPORTANT : Ne pas utiliser la <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i>. Si vous utilisez la <i>Demande de paiement - Médecin n° 1200</i>, vous pouvez vous référer aux instructions figurant dans la section 1.2 de l'onglet <i>Frais de déplacement et de séjour</i> du manuel de facturation à l'acte.

# Dispositions particulières	a) Aux territoires désignés (les municipalités dont les codes sont suivis d'un astérisque (*) dans la section 3.5.1 de votre manuel de facturation à l'acte sont situées en territoire désigné (anciennement C*, D et E)) b) et à certaines catégories de professionnels
A) DÉPLACEMENT (Frais de transport) - Voiture personnelle : 0,86 \$ par kilomètre - Autres moyens de transport - Le professionnel qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné est remboursé de ses frais réels de déplacement.	Suivre la procédure décrite précédemment. - Utiliser la <i>Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n° 1606</i> : - Remplir le formulaire de la façon habituelle. Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une demande de paiement correspondant à des soins données dans le centre hospitalier visité. - Inscrire sur une ligne différente chaque déplacement effectué. - Inscrire le code 99910 et inscrire pour chaque déplacement, le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur la <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i>. - Remplir la <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i> en y précisant le détail des dépenses faites. Utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement. - Attacher à chaque <i>Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988</i> les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et joindre le tout à la demande de paiement n° 1606.
# B) TEMPS DE DÉPLACEMENT - Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'Annexe 23, une indemnité de 89 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement. - Il est accordé une indemnité de 89 \$ l'heure pour un temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné.	Utiliser la demande de paiements sur laquelle a été facturé le déplacement correspondant : - Inscrire le code 99920 dans la section CODE D'ACTE. - Préciser la date et le montant demandé pour le temps consacré au déplacement. - Taux horaire : 89 \$.

La *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* est disponible à la Régie et dans certains établissements.

1.2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

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

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

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

PIÈCES JUSTIFICATIVES : les exigences relatives aux pièces justificatives telles que preuve de location de voiture et reçu d'essence afférent, reçu de taxi, etc. diffèrent selon le montant total des frais de déplacement à réclamer :

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

Obligation de transmettre l'**original** (pas de photocopie)¹ de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation **et** le formulaire n° 1988 dûment rempli **avec** la demande de paiement n° 1606 en **format papier** où sont réclamés les frais de déplacement.

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

Conserver l'original (pas de photocopie)¹ de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire n° 1988 dûment rempli (pendant 5 ans) pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une reproduction de la demande de paiement n° 1606 où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement **sans** copies des pièces justificatives.

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

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

(1) Exception sous certaines conditions pour le billet électronique des compagnies d'aviation. Vous trouverez ces conditions en consultant notre rubrique Internet *Frais de déplacement* à l'adresse suivante :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/frais_deplacement/vol_commercial.shtml

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

2. DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

2.0 AVANT-PROPOS

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

Le professionnel peut demander, au besoin, un nouvel approvisionnement à la Régie en utilisant le formulaire *Commande de formulaires n° 1491*.

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

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

0000

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

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

1

PROFESSIONNEL
PRÉNOM | NOM

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 \$
1					
2	4				
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
TOTAL ▶					

4

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

SIGNATURE DU MÉDECIN

5

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE OU SON/AL NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE
LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CI-DESSUS SONT EXACTS

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

5

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

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

La demande de paiement comporte 5 sections :

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

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

0000

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

PROFESSIONNEL
PRENOM
Roland

NOM
Untel

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE
ANNÉE MOIS JOUR
DU 0 4 1 1 2 8 AU 0 4 1 2 1 1
NUMÉRO DU PROFESSIONNEL
1975653
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	MONDANT \$	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						
TOTAL						

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

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE DU MÉDECIN

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE DU NOM ET DU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE
LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE
ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

2.2.1 Section 1

Période de dispensation des services.

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

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

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

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

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

2.2.2 Section 2

Identité du médecin ayant fourni les services assurés.

Cette identité comporte les éléments suivants :

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

2.2.3 Section 3

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

Inscrire dans cette section :

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

Régie de l'assurance maladie
Québec

0000

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

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNEE MOIS JOUR

DU AU

ANNEE MOIS JOUR

DU AU

PROFESSIONNEL

PRENOM NOM

NUMERO DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

CODE DE LA SPECIALITE

ÉTABLISSEMENT

NOM

NUMERO

DÉPARTEMENT OU SERVICE

A L'USAGE DE LA RÉGIE

SPÉCIMEN

NUMERO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NUMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A L'USAGE DE LA RÉGIE
1	80100		1	12,20	12 20	
2	80130		1	15,20	15 20	
3	81240		3	9,60	28 80	
4	80300		2	8,50	17 00	
5	80110		2	8,50	17 00	
6	80340		10	1,70	17 00	
7	80600		2	6,70	13 40	
8	80630		2	6,70	13 40	
9	80660		2	6,70	13 40	
10	80830		4	6,70	26 80	
11	80900		5	5,10	25 50	
12	81000		10	9,80	98 00	
13	81540		1	27,10	27 10	
14	82700		1	21,20	21 20	
15	82710		2	42,40	84 80	
16	82720		4	63,60	254 40	
17	81490		1	21,00	21 00	
18	81600		2	44,50	89 00	
19	81020		3	11,70	35 10	
20	81510		2	11,70	23 40	
		TOTAL	60		853 70	

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

DATE
ANNEE MOIS JOUR

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
ANNEE MOIS JOUR

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

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

Facturation des actes et considération spéciale.

- Facturation des actes

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

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

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

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

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

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

- Considération spéciale

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

- Facturation d'un service médical non tarifé :

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec

0000

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

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

DU

ANNEE

MOIS

JOUR

AU

ANNEE

MOIS

JOUR

PROFESSIONNEL

PRENOM

NOM

NUMERO DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

CODE DE LA SPÉCIALITÉ

ÉTABLISSEMENT

NOM

NUMERO

DÉPARTEMENT OU SERVICE

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMERO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A 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						
TOTAL						

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INDICÉS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI S'AGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE
LES RÈGLEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 04/04

8

MAJ 50 / mai 2008 / 99

Exemple 2

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

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

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

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

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

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

DU

ANNEE

MOIS

JOUR

AU

ANNEE

MOIS

JOUR

PROFESSIONNEL

NOM

NUMERO DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

CODE DE LA SPÉCIALITÉ

ÉTABLISSEMENT

NOM

NUMÉRO

DÉPARTEMENT OU SERVICE

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MCDP-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A L'USAGE DE LA RÉGIE
1	92030		1	189,00	189 00	
2	92040		1	126,00	126 00	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
TOTAL				2	315,00	

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE

ANNEE

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

ANNEE

MOIS

JOUR

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

2.2.4.1 Section 4

Forfait minimum pour les déplacements d'urgence

	CODE D'ACTE	PÉRIODE VISÉE	TARIF \$
#	92030	De minuit à 7 h en tout temps	189
#	92040	De 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés; De 19 h à minuit les autres jours ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte).	126

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

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

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

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

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

AVIS : Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients ou;
- la facturation des actes posés avec les modificateurs appropriés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur 094 ou un de ses multiples.

Régie de
l'assurance maladie
Québec

0000

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

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNEE

MOIS

JOUR

DU

ANNEE

MOIS

JOUR

AJ

PROFESSIONNEL

PRENOM

NOM

NUMERO DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

CODE DE LA SPECIALITE

ÉTABLISSEMENT

NOM

NUMERO

DÉPARTEMENT OU SERVICE

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMERO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A 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						
TOTAL						

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
LE CERTIFIÉ AVANT D'ÊTRE LES SERVICES MENTIONNÉS CI-DESSUS

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

SIGNATURE DU MÉDECIN

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

DATE

ANNEE

MOIS

JOUR

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606

232

04/04

2.2.5 Section 5

Signature du médecin et attestation de l'établissement.

- Signature du médecin et date

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

- Attestation de l'établissement et date

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

2.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

Tous les envois doivent être adressés à :

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

2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (Formulaire n° 1944)

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

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

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

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

Dans les cas d'urgence, utiliser le formulaire *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 l'examen, ainsi que le motif de l'urgence (pour une autopsie, indiquer l'heure de début de l'autopsie).

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

2.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MEDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.

0000

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

0000

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE

1

ANNEE MOIS JOUR FIN

CODE ACTES

MOD

UNTES

HONORAIRES

NOM DE L'EPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ANNEE MOIS JOUR SEXE

ANNEE MOIS JOUR

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE

CODE POSTAL

6

ADRESSE

INIT

NOM DU MEDECIN

2

NUMERO

GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT

ANNEE MOIS JOUR

CE

DISTANCE

7

PROFESSIONNEL REPERANT

3

SON NUMERO

ANNEE MOIS JOUR

visites

CODE

NOMBRE

8

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

4

CODE DU DIAGNOSTIC

9

5

ETABLISSEMENT

DATE D'ENTREE

ANNEE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE

ANNEE MOIS JOUR

10

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MEDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

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

2.6 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

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

ANNEXE I

LISTE DES MODIFICATEURS

RÈGLE D'APPLICATION NO 19

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO 21

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

RÈGLE D'APPLICATION NO 22

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

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

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

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins d'urgence rendus le soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration de 70 %) **MOD=018**

Pour les soins d'urgence rendus la nuit, de minuit à 7 h (majoration de 150 %) **MOD=017**

Pour les soins d'urgence rendus le week-end, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à minuit (majoration de 70 %) **MOD=019**

ANATOMO-PATHOLOGIE

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 2

Majoration d'honoraire de consultation per-opératoire lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 100 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire. **MOD=046**

L'ADDENDUM 2

Majoration d'honoraire de consultation codés 10042 et 10050 lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 25 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire. **MOD=096**

MÉDECINE NUCLÉAIRE**RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 7**

Lorsque les examens sont pratiqués chez un enfant de 8 ans ou moins, le taux est majoré de 25 % **MOD=078**

RÈGLE 1.5 DE L'ADDENDUM 7

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

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4**

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la radiologie générale, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7). **MOD = 105**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la mammographie, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7). **MOD = 106**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la fluoroscopie, les services médicaux sont majorés de 60 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD = 107**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative **MOD=074**

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

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

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en cabinet privé. **MOD=008**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

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

RÈGLE 22 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomодensitométrie **MOD=043**

ANGIORADIOLOGIE (technique)

Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 10 ans

MOD=066

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax

MOD=071

ULTRASONOGRAPHIE

RÈGLE 3 DE L'ADDENDUM 8 - ANNEXE 5 ET TARIF

Présence d'information dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée.

MOD=009

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8- ANNEXE 5

Sauf pour les patients hospitalisés ou pour les patients en provenance de l'urgence, 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

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8 – ANNEXE 5

L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à plein tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure lorsque le patient provient de l'urgence

MOD=198

Services médicaux rémunérés à 150% du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans

MOD=144

RÈGLE 10 DE L'ADDENDUM 8 – ANNEXE 5

Majoration d'honoraires des examens codés 08302, 08315, 08325, 08326, 08392, 08393, 08394 lorsque effectués par le médecin radiologiste au chevet du patient hospitalisé, à la salle d'urgence ou en clinique externe

MOD=055

ANNEXE 15

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

MOD=042

ANNEXE 38

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

MOD=118

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

MOD=119

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

MOD=109

Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 h, tous les jours

MOD=110

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

Majoration d'honoraire de consultation per-opératoire lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 40 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire MOD=097

Majoration d'honoraire de consultation codés 10042 et 10050 lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 25 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire MOD=101

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

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

AUTRES SITUATIONS

Sites anatomiques différents. MOD=093

Séances différentes MOD=094

Sites anatomiques différents et séances différentes MOD=095

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

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

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019-094)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 085) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 1,7000)
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

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

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
009 - 017	700	2,5000
009 - 018	701	1,7000
009 - 019	702	1,7000
009 - 109	703	2,5000
009 - 110	704	1,7000
009 - 111	705	2,5000
009 - 051	038	0,5000
009 - 055	820	1,5000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
009 - 144	631	1,5000
017 - 051	576	1,2500
017 - 051 - 144	332	1,8750
017 - 055	824	3,7500
017 - 078	706	3,1250
017 - 093 - 144	335	3,7500
017 - 093	617	2,5000
017 - 094	089	2,5000
017 - 144	610	3,7500
017 - 178	640	2,5000

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	018 - 051	599	0,8500
	018 - 051 - 144	333	1,2750
	018 - 055	825	2,5500
	018 - 078	707	2,1250
	018 - 093 - 144	336	2,5500
	018 - 093	618	1,7000
	018 - 094	083	1,7000
	018 - 144	611	2,5500
	018 - 178	641	1,7000
	019 - 051	208	0,8500
	019 - 051 - 144	334	1,2750
	019 - 055	821	2,5500
	019 - 078	708	2,1250
	019 - 093 - 144	337	2,5500
	019 - 093	619	1,7000
	019 - 094	085	1,7000
	019 - 144	612	2,5500
	019 - 178	642	1,7000
	021 - 118	263	à calculer
	021 - 119	264	1,0000
	021 - 124	265	à calculer
	042 - 094	206	0,2000
#	046 – 017	559	5,0000
#	046 – 018	560	3,4000
#	046 - 019	561	3,4000
	051 - 055	822	0,7500
	051 - 109	623	0,8500
	051 - 109 - 144	329	1,2750
	051 - 110	624	1,2500
	051 - 110 - 144	330	1,8750
	051 - 111	625	0,8500
	051 - 144	616	0,7500

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	051 - 111 - 144	331	1,2750
	055 - 144	823	2,2500
	074 - 109	259	1,7000
	074 - 110	260	2,5000
	074 - 111	261	1,7000
	074 - 118	257	à calculer
	074 - 119	258	1,0000
	074 - 124	262	à calculer
	078 - 094	603	1,2500
	093 - 094	095	1,0000
	093 - 109	620	1,7000
	093 - 109 - 144	338	2,5500
	093 - 110	621	2,5000
	093 - 110 - 144	339	3,7500
	093 - 111	622	1,7000
	093 - 111 - 144	340	2,5500
	093 - 144	629	1,5000
	093 - 178	638	1,0000
	094 - 109	242	1,7000
	094 - 110	243	2,5000
	094 - 111	244	1,7000
	094 - 144	630	1,5000
	094 - 178	639	1,0000
#	096 – 017	562	3,1250
#	096 – 018	595	2,1250
#	096 – 019	596	2,1250
#	097 – 109	544	3,4000
#	097 – 110	545	5,0000
#	097 - 111	546	3,4000
#	101 – 109	547	2,1250
#	101 – 110	548	3,1250
#	101 - 111	549	2,1250

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
109 - 144	613	2,5500
109 - 178	643	1,7000
110 - 144	614	3,7500
110 - 178	644	2,5000
111 - 144	615	2,5500
111 - 178	645	1,7000
 Autres combinaisons	 099	 à calculer

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

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

B :

Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C :

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

D :

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

J :

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

K :

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

N :

Demande d'honoraire additionnel (Voir la Règle 5 du Préambule général).

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

S :

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

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

PAIEMENT

5. PAIEMENT

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

5.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

5.3 ÉTAT DE COMPTE

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

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

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

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 CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07

DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-09-26 (T)		001
20AA-09-16 (P)	OR-40	DE 003

1

2

3

4

5

6

7

8

9

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

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX
ATTENTION « ATTENTION » VOUS POUVEZ COMMANDER UN ÉTAT DE REVENU PAR INFO-PROF - QUÉBEC.

SPÉCIMEN

OR341 - 4702 09/2007

VOIR AU VERSO

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

5.3.1 DESCRIPTION

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

5.3.1.1 Renseignements généraux

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

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

5.3.1.2 Sommaire

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

Messages généraux

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

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										DEMANDES DE PAIEMENT RECUES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DU CHÉQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-09-26 (T) 20AA-09-16 (P)		003 DE 003	
UNTEL ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-10-07				0R-40	

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																	
SPÉCIMEN																	
DEMANDES DE REMBOUSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22																	
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																	

OR341 - 4702 09/2007

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. DEMANDE.** Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).

Les demandes de paiement pour les services de laboratoire en établissement sont identifiées par la lettre « H » précédant le numéro de la demande

- 2a. DATE.** Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour ex : AA0329 i.e. AA pour 20AA, 03 pour mars et 29 pour le quantième.

- 3a. ACTE.** Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne. Cette colonne ne s'applique que pour les médecins rémunérés à l'acte.

- 4a. BÉNÉFICIAIRE** (Personne assurée). S.L.E. : rien ne figure dans cette colonne.

- 5a. CODE.** Numéros référant à la nature de la transaction « TRA » et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir 5.6).

- 6a. MONTANT PAYÉ.** Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

5.3.2 VÉRIFICATION DES PAIEMENTS

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

5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

5.4.1 PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ

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

5.4.2 DEMANDES DE PAIEMENT EN COURS DE TRAITEMENT

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

5.4.3 PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE

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

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

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

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

5.4.4 PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

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

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

5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

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

Aucun code :

Demande de paiement payée au montant demandé.

5.6.1 CODES DE TRANSACTIONS

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

5.6.2 CALENDRIER DE PAIEMENT 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}

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

AVRIL ^{*20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				1	2	3
(15)	95		97	98	99	100
4	5	6	7	8	9	10
(16)	102	103	104	105	107	
11	12	13	14	15	16	17
(17)	109		111	112	113	114
18	19	20	21	22	23	24
(18)	116	117	118	119		
25	26	27	28	29	30	

JUILLET ^{*21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)				1	2	3
(28)	186	187	188	189	191	
4	5	6	7	8	9	10
(29)	193		195	196	197	198
11	12	13	14	15	16	17
(30)	200	201	202	203	205	
18	19	20	21	22	23	24
(31)	207		209	210	211	212
25	26	27	28	29	30	31

OCTOBRE ^{*20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)				1	2	
(41)	277		279	280	281	282
3	4	5	6	7	8	9
(42)	284	285	286	287		289
10	11	12	13	14	15	16
(43)	291		293	294	295	296
17	18	19	20	21	22	23
(44)	298	299	300	301		303
24						
31	25	26	27	28	29	30

FÉVRIER ^{*20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)	32	33	34	35		37
	1	2	3	4	5	6
(7)	39		41	42	43	44
7	8	9	10	11	12	13
(8)	46	47	48	49		51
14	15	16	17	18	19	20
(9)	53		55	56	57	58
21	22	23	24	25	26	27
(10)	28					

MAI ^{*20}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)						1
(19)	123		125	126	127	128
2	3	4	5	6	7	8
(20)	130	131	132	133		135
9	10	11	12	13	14	15
(21)	137		139	140	141	142
16	17	18	19	20	21	22
(22)	144	145	146	147		149
23	24					
30	31	25	26	27	28	29

AOÛT ^{*22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	215	216	217	219	
1	2	3	4	5	6	7
(33)	221		223	224	225	226
8	9	10	11	12	13	14
(34)	228	229	230	231		233
15	16	17	18	19	20	21
(35)	235		237	238	239	240
22	23	24	25	26	27	28
(36)	242	243				
29	30	31				

NOVEMBRE ^{*22}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)	305		307	308	309	310
1	2	3	4	5	6	
(46)	312	313	314	315		317
7	8	9	10	11	12	13
(47)	319		321	322	323	324
14	15	16	17	18	19	20
(48)	326	327	328	329		331
21	22	23	24	25	26	27
(49)	333					
28	29	30				

MARS ^{*23}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	60	61	62	63		65
	1	2	3	4	5	6
(11)	67		69	70	71	72
7	8	9	10	11	12	13
(12)	74	75	76	77		79
14	15	16	17	18	19	20
(13)	81		83	84	85	86
21	22	23	24	25	26	27
(14)	88	89	90			
28	29	30	31			

JUIN ^{*21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)				1	2	3
(24)	158	159	160	161		163
6	7	8	9	10	11	12
(25)	165		167	168	169	170
13	14	15	16	17	18	19
(26)	172	173	174	175		177
20	21	22	23	24	25	26
(27)	179		181			
27	28	29	30			

SEPTEMBRE ^{*21}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				1	2	3
(37)	249		251	252	253	254
5	6	7	8	9	10	11
(38)	256	257	258	259		261
12	13	14	15	16	17	18
(39)	263		265	266	267	268
19	20	21	22	23	24	25
(40)	270	271	272	273		
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE ^{*19}

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)				1	2	3
(49)	340	341	342	343		345
5	6	7	8	9	10	11
(51)	347		349	350	351	352
12	13	14	15	16	17	18
(52)	354	355	356	357		359
19	20	21	22	23	24	25
(53/1)	361		363	364	365	
26	27	28	29	30	31	

7006 230 0971

) = 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 - REMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(331)						1
(2)	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
(4)	17	18	19	20	21	22
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(8)						
(7)	38	39	40	41	42	43
6	7	8	9	10	11	12
(8)	45	46	47	48	49	50
(9)	52	53	54	55	56	57
20	21	22	23	24	25	26
(10)	59	60				
27	28					

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						
(11)	66	67	68	69	70	71
6	7	8	9	10	11	12
(12)	73	74	75	76	77	78
(13)	80	81	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)						
(15)	94	95	96	97	98	99
3	4	5	6	7	8	9
(16)	101	102	103	104	105	106
10	11	12	13	14	15	16
(17)	108	109	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)						
(20)	122	123	124	125	126	127
1	2	3	4	5	6	7
(21)	129	130	131	132	133	134
8	9	10	11	12	13	14
(22)	136	137	138	139	140	141
15	16	17	18	19	20	21
(23)	143	144	145	146	147	148
22	23	24	25	26	27	28
(24)	150	151	152	153	154	155
29	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						
(24)	157	158	159	160	161	162
5	6	7	8	9	10	11
(25)	164	165	166	167	168	169
12	13	14	15	16	17	18
(26)	171	172	173	174	175	176
19	20	21	22	23	24	25
(27)	178	179	180	181	182	183
26	27	28	29	30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)						
(28)	185	186	187	188	189	190
3	4	5	6	7	8	9
(29)	192	193	194	195	196	197
10	11	12	13	14	15	16
(30)	199	200	201	202	203	204
17	18	19	20	21	22	23
(31)	206	207	208	209	210	211
24	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						
(33)	220	221	222	223	224	225
7	8	9	10	11	12	13
(34)	227	228	229	230	231	232
14	15	16	17	18	19	20
(35)	234	235	236	237	238	239
21	22	23	24	25	26	27
(36)	241	242	243	244	245	246
28	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						
(37)	248	249	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	263	264	265	266	267
18	19	20	21	22	23	24
(40)	269	270	271	272	273	274
25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						
(41)	276	277	278	279	280	281
2	3	4	5	6	7	8
(42)	283	284	285	286	287	288
9	10	11	12	13	14	15
(43)	290	291	292	293	294	295
16	17	18	19	20	21	22
(44)	297	298	299	300	301	302
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						
(46)	311	312	313	314	315	316
6	7	8	9	10	11	12
(47)	318	319	320	321	322	323
13	14	15	16	17	18	19
(48)	325	326	327	328	329	330
20	21	22	23	24	25	26
(49)	332	333	334	335	336	337
27	28	29	30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						
(50)	339	340	341	342	343	344
4	5	6	7	8	9	10
(51)	346	347	348	349	350	351
11	12	13	14	15	16	17
(52)	353	354	355	356	357	358
18	19	20	21	22	23	24
(53)	360	361	362	363	364	365
25	26	27	28	29	30	31

7095 290 08/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

MESSAGES EXPLICATIFS

5.6.3 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS

- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 163** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 24.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif (groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 214** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro de groupe qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions (ref. : Lettre d'entente #49). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés par la Lettre d'entente #49. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également dans la spécialité permise pour cet acte (réf. : *Addendum 8 – Ultrasonographie* et Protocole II, Règles 8 ou 9 ou notes au tarif, annexe 5, tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem selon les conditions établies aux articles 1.2 et 1.3 de l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (*Brochure n° 1*), peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 224** La rémunération relative à votre participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire ne peut être versée que sur une base forfaitaire (voir la Lettre d'entente #110, *Brochure n° 1*).
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.

- # 245 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.
- 250 Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié sur la demande de paiement.

Voir la section 3 : ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* du *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*.
- 251 Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers.

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

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

- 347** Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (ref. : règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 348** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 15.2 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 351** Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez.
- 352** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en hématologie dans l'établissement, à la date où les services ont été rendus.
- 353** Les données inscrites sur la ligne ou sur la demande de paiement ne sont pas conformes au guide de facturation.
- 360** Le code d'acte est absent, 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 soins.
- 367** Vous ne pouvez réclamer ce code d'acte dans le cadre de cette discipline.
- 368** Cet acte n'est payable que sous les codes d'acte existant en assurance maladie (entente F.M.S.Q.).
- 370** Ce code d'acte n'est payable qu'au médecin pathologiste désigné dans un établissement par les parties négociantes.
- 378** Conformément aux dispositions relatives à la rémunération progressive.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 392** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395** Les services ont été fournis avant l'entrée en vigueur de l'entente ou de l'amendement pertinent.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 399** Le service pour lequel vous demandez paiement est non tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour ce service conformément aux directives figurant dans votre manuel à la section 2.2.4 sous l'onglet *Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement*.
- 401** L'acte pour lequel vous demandez paiement est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 405** Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.

- 410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 411** Le temps d'attente pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 415** Les services pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe (NCE) en référence.
- 417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature originale.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 426** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- # 429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport 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 ou illisible.
- # 442** La réclamation des frais de kilométrage 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.
- 448** Conformément au maximum quotidien ou au maximum annuel des quotes-parts prévus à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la microbiologie-infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour cette quote-part dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.

- 479** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire n° 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 491** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 567** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte ne s'applique pas.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte facturé a été accompli (règle 4 du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes, Services de laboratoire en établissement*).
- 575** Selon les renseignements fournis, les honoraires ont été modifiés suite à l'application de plus d'un modificateur.
- 576** Seuls les médecins autorisés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement (voir l'Annexe 38, *Brochure n° 5*).
- 577** Conformément à la règle 14 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes* ou de la règle 4.1 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- 580** Conformément à la Lettre d'entente 109 (*Brochure n° 1*), le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 581** Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à l'Annexe 38 (*Brochure n° 5*).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 584** Le modificateur 008 (révision d'un document radiologique) s'applique en cabinet privé seulement.
- 590** Honoraires équivalant aux unités professionnelles excédentaires accumulées à votre crédit au cours de l'année ou au cours de la période de facturation. (Demande de paiement initiée par la Régie).
- 591** Seul le modificateur le plus élevé a été payé (ref. : Article 3 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire*).
- 592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé est absent, illisible ou erroné sur la demande de paiement.
- 593** Aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire (ref. : Article 3 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire*).

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

- 627** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est atteint (ref. : Lettre d'entente 14 - *Brochure n° 1*). (Épreuves in-vivo, Médecine nucléaire).
- 630** L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.
- OU
En fonction du maximum permis (ref. : Règle 3.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 631** En fonction du maximum permis et déjà payé à un autre professionnel (ref. : Règle 3.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 636** Vous n'avez droit qu'aux trois quarts des honoraires prévus pour la pratique de médecine en laboratoire (ref. : Lettre d'entente #45 - *Brochure n° 1*).
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Ref. : article 3.1 de l'*Addendum 6 - Hématologie*).
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 ou 40 (*Brochure n° 5*).
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 653** Conformément au maximum d'honoraires payable pour l'ensemble des services médicaux de la section *Résonance magnétique - Cardiaque* lors de la même séance.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante, et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686** Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687** Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690** Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.

- 703** Le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* n'a pas été rempli.
- 704** Les honoraires ont été modifiés selon les pièces justificatives fournies.
- 705** Le montant réclamé ne correspond pas au nombre de kilomètres inscrit.
- 706** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'Annexe 23 la distance parcourue doit être de plus de 40 km.
- 707** Les frais d'un seul déplacement par semaine vers un même établissement sont payables en vertu de l'Annexe 23 (article 2 : « Territoires désignés »).
- 708** Les frais de déplacement doivent être payés en tenant compte de la distance unidirectionnelle seulement (ref. : Les dispositions générales de l'Annexe 23).
- 710** Déplacement non acceptable.
- 712** L'indemnité relative au temps de déplacement (code 99920) n'est payable qu'au médecin spécialiste établi dans un territoire désigné ou à son remplaçant (ref. : Annexe 23).
- 713** L'indemnité relative au temps de déplacement doit être facturée sur le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* (ref. : Lettre d'entente A-50).
- 714** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 715** En fonction du nombre de kilomètres inscrit.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 718** Les frais d'un seul déplacement par semaine auprès d'un même centre hospitalier sont payables. (ref. : article 3 de l'Annexe 23, onglet *Frais de déplacement et de séjour*).
- 722** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'Annexe 23.
- 723** Le kilométrage 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.
- 726** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 729** Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 731** La réclamation des frais de déplacement n'est pas acceptée étant donné que les services qui les justifient ont été refusés ou sont absents. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 735** Cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038 (ref. : Règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*).
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

- # **800** Le code d'établissement est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte réclamé et le code d'établissement.
- 805** Code d'établissement inexistant durant la période indiquée sur la demande de paiement.
- 811** Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.
- 812** Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 813** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 814** Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.
- 815** Pour les médecins autres que physiatre, les traitements de réadaptation physique sont payables seulement lorsqu'ils sont effectués en clinique médicale agréée.
- 820** Les services, rendus dans le type d'établissement indiqué, ne peuvent être payés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier (*Addendum 4 - Radiologie*) et en centre local de services communautaires (Lettre d'entente A-33 - *Brochure n° 1*).
- 825** Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 841** Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'Annexe 15, et aux Lettres d'entente A-35, 75, 96, 98, 106 ou 123 (*Brochure n° 1*).
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur ne peuvent être payés (ref. : Annexe 38 ou 40, *Brochure n° 5*).
- 900** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 902** Demande de paiement ou document non dûment signé.
- 903** Demande de paiement mutilée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** La copie du médecin ou celle de l'établissement a été envoyée à la Régie à la place de l'exemplaire destiné à la Régie.
- 906** Données incomplètes ou illisibles.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Une demande de révision ou d'explication doit être rédigée sur le formulaire approprié n°1549.

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

RÈGLES D'APPLICATION

6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION N° 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

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

Ces chirurgies sont:

07801 Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation par Laser YAG

07802 Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéctomie irienne (corélyse)

07055 Cataracte membraneuse : dissection

07137 Iridectomie périphérique ou complète

07811 Cyclodialyse

07814 Corectopie

07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction

07330 Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie

RÈGLE D'APPLICATION N° 4**CHIRURGIES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MULTIPLES AU COURS D'UNE SÉANCE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**

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

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique **Obstétrique-gynécologie** (à l'exception de l'insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non et de la biopsie de l'endomètre), les chirurgies digestives et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne, l'hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre **Gynécologie** sous la rubrique **Vulve et orifice inférieur du vagin**.

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 6

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 7

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 8

URGENCES

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du fœtus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier ou dans un autre établissement désigné par les parties négociantes.

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 10

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 11

TOMODENSITOMÉTRIE

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

11.2 Le médecin radiologiste ne peut réclamer le paiement de plus d'un examen de tomodensitométrie par région anatomique, par patient, par jour.

Cette règle ne s'applique pas dans les établissements désignés par les parties négociantes.

RÈGLE D'APPLICATION N° 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

En oto-rhino-laryngologie, un médecin ne peut réclamer qu'un seul honoraire de visite par jour, par patient, en clinique externe et en cabinet privé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 19**CARDIOLOGIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie » (code d'acte 20506) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 20

NEUROCHIRURGIE

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

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

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

CHIRURGIE

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

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

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

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

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

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

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

Pour le médecin classé en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, inscrire le modificateur 194 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur 003 pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.

Pour les autres spécialités, inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer ou pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.

Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

DERMATOLOGIE

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

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

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer. Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

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

3. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, de photochimiothérapie ou de photodynamie qu'un seul traitement par jour.

RÈGLE D'APPLICATION N° 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 24

NEUROLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 25

UROLOGIE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 26

PSYCHIATRIE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

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

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

En gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en clinique externe. Toutefois, en clinique externe, il n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient.

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

3. Pour un patient hospitalisé, un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par période de sept (7) jours, par l'ensemble des médecins classés en médecine interne.

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 28

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

1. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, trimalléolaire, réduction fermée », (code 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes de facturation 02727, 09542, 18068, 18069 ou 18070.

2. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par le code de facturation 02690, lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture du fémur identifié par les codes de facturation 02673, 02687, 02714, 02716, 02742, 09589 ou 18107.

3. En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient.

RÈGLE D'APPLICATION N° 29

ALLERGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 31

NÉPHROLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 32

EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 33**ENDOCRINOLOGIE**

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 34**RADIO-ONCOLOGIE**

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

- + En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par période de sept jours, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.
- + Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la visite principale effectuée en urgence à la clinique externe pour un patient qui aurait autrement été référé à la salle d'urgence.
- # **AVIS :** *Inscrire le modificateur 416 pour signifier qu'il s'agit d'une visite principale effectuée en urgence à la clinique externe.*
- + En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.
- + Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.
- # **AVIS :** *Inscrire le modificateur 416 pour signifier qu'il s'agit de la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.*

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 36

PHYSIATRIE

En physiothérapie, l'honoraire de la visite auprès d'un patient en réadaptation lourde n'est payable qu'une fois par vingt-et-un (21) jours, par patient. La visite auprès d'un patient en réadaptation lourde est celle qui est faite auprès d'un patient hospitalisé afin de recevoir des services de réadaptation dispensés par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un médecin physiothérapeute.

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

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

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

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

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

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

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

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

2.5 PA 13. Microbiologie

En clinique externe ou en cabinet privé, on applique au médecin classé en microbiologie un plafonnement de 1 000 visites principales par semestre. Les visites principales effectuées en excédent de ce plafond sont payées à demi-tarif.

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

2.6 PA 17. Ophtalmologie

Le service médical « Bilan orthoptique : Enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotopie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme » (code 00579) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 750 par semestre.

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

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

- + 1. Les services médicaux « rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique », (code 00746) et « rhinopharyngoscopie directe (rigide), avec ou sans biopsie, sous anesthésie générale », (code 00710), sont sujets à un plafonnement d'activités total de 275 par semestre, pour les deux.
 - 2. Le service médical « Excision, corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) » (code 07197), est sujet à un plafonnement de 25 par semestre.
- Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.
- 3. Le service médical « audiométrie tonale, interprétation et technique de procédé », (code 00180), est sujet à un plafonnement de 500 par semestre.
 - 4. Le service médical « audiométrie tonale et vocale, interprétation et technique de procédé », (code 00747), est sujet à un plafonnement de 750 par semestre.
 - 5. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non-automatique), unilatéral ou bilatéral », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

- + Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 49 070 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

- + Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 44 800 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

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

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

- 1. Pour le médecin classé en médecine interne, en rhumatologie ou en gériatrie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total pour les deux, par semestre, à l'égard des patients hospitalisés en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée, exception faite des tournées des malades le week-end pour l'unité coronarienne.
- 2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 625 \$ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.13 PA 29. Neurologie

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

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

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

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

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

2.14 PA 30. Dermatologie

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

- + 1. Un plafonnement de 11 730 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture », (code 01101), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins », (code 01102).

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

- + 2. Un plafonnement de 6 410 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins », (code 01108), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins », (code 01121).

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

2.15 PA 31. Chirurgie générale

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

- + 1. Un plafonnement de 167 110 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux suivants :
 - i) les forfaits patient et forfaits unité payable aux soins intensifs en vertu de l'Annexe 29;
 - ii) l'ensemble des services médicaux accomplis sur les lieux d'une unité de soins intensifs.

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

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

2.16 PA 33 Radio-oncologie

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

2.17 PA 34 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de trente (30) par jour, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5.

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

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

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

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

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

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

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Pour le médecin classé en anatomo-pathologie, le service médical « Rencontre intra-disciplinaire à laquelle participent plusieurs pathologistes d'un ou plusieurs hôpitaux, en personne ou par visioconférence, ayant pour but de faire, de confirmer ou de préciser un diagnostic d'un ou plusieurs cas complexes » (code 10053) est sujet à un plafonnement d'activités de 15 par semestre.

Autres plafonnements d'activités

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

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE

PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX

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

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

Spécialité	Montant
+ Santé communautaire	191 600 \$
+ Biochimie	176 500 \$
+ Psychiatrie	250 500 \$

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

- + **3.2.1** Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 208 800 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.2.2 Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés en santé communautaire ou en biochimie.

- + Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 179 900 \$ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 237 500 \$ par semestre.
- + De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 318 500 \$ par année civile.

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

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

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

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

- + **3.2.5** Pour le médecin classé en microbiologie, en génétique médicale ou en médecine nucléaire, seuls les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ne sont pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint
- + **3.2.6** Aux fins de l'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique *Procréation assistée* de l'*Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie* ou à la rubrique *Urologie – D) Procréation assistée* de l'onglet *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

+ 3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 197 670 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 5 Radio-oncologie

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

+ 3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 113 270 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

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

3.10 PG 9 Médecine interne

- + Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 122 440 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* ainsi que des services apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, à la rubrique *Néphrologie* sous la section *Dialyse*.

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

DISPOSITIONS TARIFAIRES

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

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

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

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

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

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

**RÈGLE 2.
EXAMEN MICROSCOPIQUE**

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

**RÈGLE 3.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE**

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

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

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

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

**RÈGLE 4.
CONSULTATION PER-OPÉATOIRE**

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

**RÈGLE 5.
CYTOLOGIE**

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

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

**RÈGLE 6.
RAPPORTS AU CORONER**

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

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

ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

AUTOPSIE

+10020	Autopsie : examen macroscopique et microscopique	487,10
+10023	Autopsie d'un fœtus de moins de 500 g applicable seulement sur demande d'autopsie formelle et excluant l'interruption volontaire de grossesse normale	487,10
10022	Autopsie faite à la demande du coroner	700,00

- # **AVIS :** *Pour la facturation des services relatifs à l'autopsie en urgence pendant l'horaire de garde, sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, utiliser une ligne distincte pour chacun des services rendus. Dans la case NOMBRE D'ACTES:*
- sur le formulaire papier, inscrire l'heure du début
 - sur le formulaire par Internet, inscrire 1 et joindre le Document complémentaire - Considération spéciale n° 1944, en spécifiant l'heure du début.

+10030	Consultation per-opératoire avec ou sans congélation	68,30
+10033	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément	34,20

AVIS : *Pour les services de télépathologie (codes d'actes 10030 et 10033) rendus dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL), veuillez-vous référer à la LE 174 de la Brochure n° 1.*

+10042	Consultation examen effectué par un anatomo-pathologiste sur requête écrite d'un médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité; l'anatomo-pathologiste consultant revoit en outre les résultats de laboratoire et les autres données pertinentes et soumet par écrit ses constatations, ses opinions ainsi que ses recommandations au médecin	81,20
+10050	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic	142,90

AVIS : *Pour les services de télépathologie (codes d'actes 10042 et 10050) rendus dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL), veuillez-vous référer à la LE 174 de la Brochure n° 1.*

+10051	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'examen macroscopique et microscopique du cœur en raison de la complexité NOTE : L'acte codé 10051 ne peut pas s'appliquer à l'examen du cœur d'un donneur.	142,90
+10052	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité	281,40

+10054	demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre qui justifie d'une formation particulière en neuropathologie et est reconnu à ce niveau par les parties négociantes, eu égard à l'étude du système nerveux sur des pathologies primaires dominantes avec corrélations cliniques et/ou incidence génétique et sur des pathologies systémiques avec composantes du système nerveux ayant entraîné une symptomatologie neurologique	249,00
--------	--	--------

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

10053	Rencontre intradisciplinaire à laquelle participent plusieurs pathologistes d'un ou plusieurs hôpitaux, en personne ou par visioconférence, ayant pour but de faire, de confirmer ou de préciser le diagnostic d'un ou plusieurs cas complexes. Un compte rendu doit être rédigé pour chaque rencontre et faire état de la date de la rencontre, des noms des participants, des numéros des cas discutés et des diagnostics proposés par les participants.	120,00
-------	--	--------

AVIS : *Voir la règle de plafonnements d'activités 2.20 PA 37 Anatomopathologie sous l'onglet Règles d'application.*

Immunopathologie

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

+10090	Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation.	2,30
+10101	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques	51,20
+10111	Immunoperoxydase	28,50

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

Pathologie chirurgicale

+10121	examen macroscopique ou microscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires)	2,30
+10131	examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires non complexes.	15,90
+10132	examen macroscopique et microscopique de spécimens tissulaires complexes (voir liste)	73,60

AVIS : *Voir la liste à la page A-7.*

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

+10144	tumeur osseuse maligne, primaire.	155,90
+10145	mélanome.	74,00
+10147	lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle.	108,20
+10148	colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung	131,00
+10149	globe oculaire.	131,00
+10190	segmentectomie mammaire localisée au harpon	125,60

+10191	spécimen de chirurgie radicale pour lésion maligne (excluant les lésions cutanées mais incluant l'étude des marges de résection du spécimen)	142,90
+10192	étude des ganglions accompagnant ou suite à une chirurgie radicale pour lésion maligne.	50,90
+10193	étude protocolaire d'un ganglion sentinelle	50,90
+10194	cartographie tumorale osseuse pour détermination de la réponse à la chimiothérapie ou la radiothérapie	256,50
Marges de résection		
+10156	Détermination de marges de résections multiples au moyen de techniques spéciales dans le cas de lésion maligne de la peau. . . Technique de Mohs (avec ou sans congélation)	27,30
+10195	première couche excluant le curetage initial	79,70
+10196	chaque couche additionnelle	37,60
Biopsies		
+10200	artère temporale.	23,80
+10201	au trocart autre que le sein	50,90
+10152	cérébrale	67,10
+10202	cutanée au poinçon, applicable seulement pour étude d'une maladie inflammatoire cutanée	49,80
+10203	cutanée par curetage ou rasage de néoplasie épidermique ou annexielle	18,20
+10171	endométriale (à l'exception des produits de conception et de la datation de l'endomètre)	24,90
+10157	hépatique	56,30
+10204	intestin pour maladies inflammatoires, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	72,50
+10205	moelle osseuse	89,80
+10154	myocardique	61,70
+10206	nerf périphérique	79,70
+10207	ORL excluant les polypes du nez, les lésions de l'oreille, les lésions de parodontite marginale et les sacs folliculaires col utérin	34,20
+10170	par colposcopie, un ou plusieurs fragments soumis ensemble dans un seul contenant.	21,60
+10161	par colposcopie, une biopsie du col et un curetage endocervical soumis séparément dans des contenants différents	21,60
+10162	par colposcopie, plusieurs biopsies du col avec ou sans curetage endocervical soumis séparément dans des contenants différents	21,60
NOTE : Les actes codés 10161 et 10162 sont mutuellement exclusifs.		
+10163	si effectuée(s) par anse diathermique sans égard au nombre de spécimens et incluant le curetage endocervical, le cas échéant	21,60
+10153	par endoscopie excluant la colposcopie	40,10
Étude de polypes multiples réséqués par voie endoscopique reçus dans des contenants séparés et identifiés		
+10164	2 ou 3 spécimens	40,10
+10165	plus de 3 spécimens.	40,10
+10151	pleurale ou péricardique	45,60
+10208	prostate, à l'aiguille, 3 et moins	41,10
+10209	prostate, à l'aiguille, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	93,10

+10210	pulmonaire par thoracotomie et thoracoscopie	102,80
+10155	rénale.	118,00
+10133	sarcome des tissus mous	155,90
+10211	sein au trocart	54,10
+10166	sein à l'aiguille de gros calibre par succion (mammotome ou l'équivalent) avec examen radiologique du spécimen en vue d'évaluer du tissu mammaire contenant des microcalcifications	54,10
+10159	tissus lymphomateux.	96,30

Microscopie électronique

+10160	technique et interprétation	100,10
--------	---------------------------------------	--------

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.	79,00
--------	--	-------

CYTOLOGIE (examen microscopique) :

+11020	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	30,30
+11140	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus) . . .	14,20
+11030	Capture d'hybride	2,20
+11085	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	1,90
+11040	Immunocyte.	2,30
+11095	Spécimens non gynécologiques	11,90
+11025	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	17,10
+13010	Spermogramme complet	13,30

CYTOGÉNÉTIQUE

+12010	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	63,80
--------	--	-------

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

+13051	Hybridation moléculaire (méthode de Southern, méthode de Northern)	56,90
+13052	Hybridation in situ sur coupe(s) tissulaire(s) avec sondes radioactives ou non radioactives, avec rapport écrit du pathologiste NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP Technique d'amplification élective des acides nucléiques (PCR) avec évaluation du produit d'amplification par électrophorèse seulement	22,70
+13054	avec digestion enzymatique	11,40
+13055	avec séquençage.	21,60
+13056	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie en flux avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	54,10
+13061	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie statique avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	22,70
+13062	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie statique avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	21,60

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

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

ORL

Tumeur salivaire

SEIN

Lésion(s) du sein, par sein

SYSTÈME DIGESTIF

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

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Hypophysectomie
Parathyroïdectomie
Surrénalectomie
Thyroïdectomie totale ou partielle

SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE

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

SYSTÈME LYMPHOÏDE

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

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Lésion médiastinale
Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie

B - BIOCHIMIE MÉDICALE

ADDENDUM 3.

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

ARTICLE 1.

MODE DE RÉMUNÉRATION

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

ARTICLE 2.

LA CHARGE PROFESSIONNELLE

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

- i) Les activités médicales, lesquelles intègrent les étapes pré-analytiques, analytiques et post-analytiques et comprennent notamment le choix et la mise au point des méthodes analytiques, la sélection des équipements, l'assurance qualité, l'interprétation de résultats, la supervision professionnelle de l'activité des 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'examen complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examen spéciaux, la rationalisation de l'utilisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue des analyses et par des études de pertinence.
- ii) Les activités médico-administratives, soit la participation aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le CMDP de l'établissement de même que la participation aux réunions du service ou du département de biochimie ou de biologie médicale. Elles s'étendent de plus à la participation aux comités mis sur pied par une 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 biochimiste reçoit une rémunération du milieu universitaire.

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

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

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

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

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

ARTICLE 3. SUPPLÉMENT DE CHARGE

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

La somme des lettres K pour les suppléments de charge ne peut dépasser 15 par médecin biochimiste, sauf à l'égard des médecins qui assument les responsabilités suivantes :

Responsable de la gestion des ressources du laboratoire :	20 lettres K
Adjoint pavillonnaire :	18 lettres K

- + Les suppléments de charge prévus aux articles 3.6 à 3.8 s'appliquent seulement lorsque les centres visés à ces articles ne bénéficient pas des services d'un médecin biochimiste à pleine charge ou à charge partielle ou dans le cas de remplacement de ce médecin biochimiste absent temporairement pour invalidité ou grossesse.

GESTION DES RESSOURCES DU LABORATOIRE:

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

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

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

ADJOINT PAVILLONNAIRE HOSPITALIER D'UN SERVICE OU D'UN DÉPARTEMENT DE BIOCHIMIE:

- + **3.5** Lorsque le centre hospitalier possède plus d'un pavillon, un supplément de trois lettres K est accordé pour la gestion des ressources du laboratoire par l'adjoint hospitalier pour chacun des pavillons du centre hospitalier. L'adjoint hospitalier doit être dûment désigné par le chef d'un service ou d'un département du centre hospitalier.

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

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

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

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

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

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

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

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

**ARTICLE 4.
MODALITÉS DE PAIEMENT**

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

AVIS : *Référer à l'article 4.5 du Préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés. Le calendrier des jours fériés de l'établissement ou celui de la Régie, paraissent dans le site Internet de la Régie, www.ramq.gouv.qc.ca, à la section Liens rapides, sous Calendrier des jours fériés.*

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

AVIS : *Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire:*
 -XXXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
 -l'identification du médecin (initiale du prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie de 7 chiffres);
 - le code de l'établissement dans lequel le médecin accomplit sa charge dans la case ÉTABLISSEMENT ;

Dans la section ACTES, inscrire:

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

Une quote-part dont les honoraires demandés sont de 1000 \$ ou plus doit figurer seule sur une demande de paiement.

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

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

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

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

AVIS : *La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :*
Nombre de lettres K représentant la pleine charge professionnelle ou les charges partielles
plus
Nombre de lettres K représentant les suppléments de charge
multiplié par
2 200 \$
multiplié par 1/180
Exemple: Si le médecin a une pleine charge dans un établissement ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, les honoraires pour une quote-part équivalent à :

$$(80 + 8) \times 2\,200 \$ \times 1/180 = 1\,075,56\$$$

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

**ARTICLE 5.
AVIS D'ASSIGNATION**

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

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

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

- # **AVIS :** *Le médecin biochimiste doit faire parvenir un Avis d'assignation - Services de laboratoire en établissement - Biochimie médicale - Addendum 3 n° 4091 à la Régie dûment rempli et contresigné par le chef de département ou le chef de service concerné. Cet avis d'assignation est transmis lors d'une première inscription ainsi que pour toute modification à sa charge professionnelle ou à ses suppléments de charge, s'il y a lieu.*

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

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

ANNEXE

- + Aux fins de l'application de l'addendum de biochimie médicale,
la valeur d'un K est la suivante : **2 200 \$**

- # **AVIS :** *Du 1^{er} mai 2009 au 30 septembre 2010, la valeur d'un K était de 1 935 \$, et à compter du 1^{er} octobre 2010, cette valeur est de 2 200 \$.*

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

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

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

1.1 Ce tarif prévoit la tarification de l'électrocardiogramme.

Il s'applique aux médecins cardiologue et interniste.

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

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

ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

+30010	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,50
+30140	Électrocardiogramme à haute amplitude moyennée (signal averaging electrocardiogram)	2,10
+30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaordique	5,20
+30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,70

D - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE**ADDENDUM 10.****RÈGLE 1.***TARIFICATION*

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

HONORAIRE D'EXAMEN

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

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

ÉPREUVES MULTIPLES

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

On accorde alors l'honoraire le plus élevé.

ÉPREUVES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

Électroencéphalogramme de base

+ 40010	Interprétation effectuée à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou dans l'autre cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente	25,60
---------	---	-------

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

+ 40020	a) tracé de sommeil	19,20
+ 40040	b) enregistrement avec électrodes sphénoïdales	17,90
+ 40060	c) étude avec électrodes pharyngées	4,40
	Analyse qualitative de l'électrogénèse :	
40090	a) un hémisphère	30,90
40100	b) deux hémisphères	52,20

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

40110	a) première heure d'enregistrement	34,00
40120	b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement	14,50

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

1. Télémétrie :

40130	a) tracé sans enregistrement de crise	19,50
40140	b) tracé avec enregistrement de crise	39,00

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

40150	a) première heure	49,00
40160	b) pour chaque heure supplémentaire	19,50

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

E - HÉMATOLOGIE

ADDENDUM 6.

ARTICLE 1

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 2.

TARIFICATION

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

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

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

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

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

Le médecin hématologiste est rémunéré selon les règles de tarification suivantes pour les activités de laboratoire de biologie moléculaire effectuées dans les centres hospitaliers suivants, à l'exception de l'acte d'homocystéine totale (code d'acte 60046) qui peut être facturé dans tous les établissements :

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 4.**PLAFONNEMENT D'ACTIVITÉS EN LABORATOIRE****ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL**

- + **4.1** Les gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal sont plafonnés au montant de 55 500 \$ par semestre.
- + Toutefois, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des services médicaux « Myélogramme » (code d'acte 50040), « Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus) » (code d'acte 52070), « Caryotype pour maladies acquises » (code d'acte 60002), « Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire » (code d'acte 60003) et « Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes » (code d'acte 60006).

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

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL ET ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE

- + **4.2** Les gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal et en établissement secondaire sont plafonnés au montant de 69 000 \$ par semestre.
- + Toutefois, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des services médicaux « Myélogramme » (code d'acte 50040), « Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus) » (code d'acte 52070), « Caryotype pour maladies acquises » (code d'acte 60002), « Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire » (code d'acte 60003) et « Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes » (code d'acte 60006).

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

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

HÉMATOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

Actes médicaux		
50030	Hémogramme complet incluant	0,98
	Numération	
	Différentielle	
	Morphologie	
	Avec ou sans sédimentation	
	Avec ou sans réticulocytes	
	NOTE : Le médecin hématologiste doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués sous sa responsabilité dans le centre hospitalier.	
Moelle		
+50040	Myélogramme	50,00
Frottis spécial		
50050	Recherche de cellules LE	2,67
50060	Adénogramme	6,45
50070	Recherche de parasites	10,00
50080	Splénogramme	6,45
50090	Cytologie de liquides autres que le sang	10,00
50100	Analyse cytochimique	10,00
50110	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire . . .	10,00
COAGULATION		
51010	Dépistage	1,29
	Il comprend notamment :	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Appréciation des plaquettes	
51020	Coagulogramme complet.	4,73
	Il comprend notamment :	
	Temps de saignement	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Décompte plaquettaire	
51030	Étude des fonctions plaquettaires	9,46
51040	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation .	6,45
51050	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant . . .	6,45

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

BANQUE DE SANG

52010	Requête pour transfusion sanguine par requête	1,29
52005	Dépistage d'anticorps irrégulier en dehors d'une requête pour transfusion	0,60
52020	Identification d'anticorps	9,46
52030	Recherche d'anticorps antiplaquettaires	1,55
52040	Recherche d'anticorps antileucocytaires	1,55
52050	Étude d'une réaction transfusionnelle	15,48
52060	Étude immunohématologique d'une réaction hémolytique immune	18,91
52065	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh	7,95
52075	Plasmaphérèse, par sac	9,46
+52070	Plasmaphérèse massive (50% du volume plasmatique ou plus)	125,00
52085	Groupes salivaires	18,49

HÉMATOLOGIE SPÉCIALE

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

HÉMATOLOGIE RADIO-ISOTOPIQUE**Cinétique globulaire érythrocytaire**

55010	Masse globulaire	6,45
55020	Survie globulaire	6,45
55030	Courbe d'accumulation dans les organes cibles	12,90

Cinétique leucocytaire

55050	Survie	7,39
55060	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	14,79

Cinétique plaquettaire

55070	Survie	6,45
55080	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	14,79

Volumes sanguins

55090	Volume globulaire	6,45
55100	Volume plasmatique	3,18

Ferrocinétique

55130	Épuration du fer plasmatique (turnover)	6,45
55140	Taux d'incorporation du fer dans les globules rouges	6,45
55150	Courbe d'accumulation du fer dans les organes cibles	12,90
55180	Epreuves d'absorption du fer	6,45
55190	Calcul des pertes sanguines par globules rouges marqués	9,46

Divers

55170	Test de Schilling	6,45
55200	Étude du fibrinogène et des plaquettes par la sélénométhionine	6,45

IMMUNOLOGIE

56010	Immuno-électrophorèse ou immuno-fixation sérique ou urinaire	6,45
-------	--	------

Histocompatibilité HL-A :

56020	Phénotype	3,18
56030	Génotype	6,45
56040	Identification d'antigène par cytotoxicité	1,29
56050	Recherche et identification d'anticorps anti HL-A	9,46

Immunofluorescence

56075	Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus	9,46
56090	Anticorps, antitissus et antimicro-organisme	2,58
56100	Fluorescence de membrane cellulaire	15,48
56110	Fluorescence intracytoplasmique	15,48

Sérologie

56120	Étude néphélométrique du complément	1,89
56125	Étude du complément par méthode hémolytique	15,48
56130	Recherche de cryoglobuline : quantification et identification	9,46

Hémopoïèse in vitro

Évaluation de la granulopoïèse in vitro (colonie en agar)

56140	Capacité de formation de colonies, cynétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	28,38
56150	Capacité de stimuler la formation des colonies	12,90
56160	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	9,46

Immunologie cellulaire :

Évaluation de la réponse immune :

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

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

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

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

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

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

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

Cinétique sensibilité à la PHA :

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

Culture mixte de lymphocytes (méthode isotopique) :

	1) Lymphocytes purifiés	
	2) Données en triplicata (minimum)	
	3) Stimulation unidirectionnelle pour la capacité de stimulation et de transformation	
56250	Culture mixte et 1 plasma (sérum)	12,90
56260	Culture mixte et 2 plasma (sérum)	22,35

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

	1) Morphologie en contraste de phase	
	2) Lymphocytes purifiés	
56270	Données en triplicata (minimum)	3,18

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

	1) Histologie sur congélation (coloration spéciale)	
	2) Évaluation de la nature et de la distribution des cellules ayant récepteurs Fc et c3 par la technique des rosettes sur congélation	
56310	Pour l'ensemble	15,48
56320	Dosage du MIF sérique par la planimétrie ou par la méthode en agarose/ou par la méthode de migration unidirectionnelle	15,48

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

	1) Méthode directe ou indirecte	
	2) Minimum 3 concentrations de l'antigène	
	3) Données en triplicata (minimum)	
	4) Évaluation du « phénomène de fuite »	
	5) Évaluation de l'aggrégation cellulaire	
	6) Colorations spéciales (optionnel)	
56330	Pour l'ensemble	18,91

Immunosérologie

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

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

Cytogénétique

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

Génétique biochimique**Enzymologie**

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

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

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

R = 1

60018	Fumarylacétoacétate hydrolase	75,00
60019	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	75,00
60020	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	270,00
60021	Autres enzymes	75,00
#	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (1*)	
	Métabolites	
60030	7-Dehydrocholestérol	10,00
60031	Acide hippurique	10,00
60032	Acide homogentisique (quantitatif)	10,00
60033	Acide méthylmalonique (quantitatif)	10,00
60034	Acide orotique (quantitatif)	10,00
60035	Acide phytanique (quantitatif)	10,00
60036	Acide pipécolique (qualitatif)	10,00
60037	Acide sialique	10,00
60038	Acides aminés (quantitatif)	50,00
60039	Acides gras à très longues chaînes	25,00
60040	Acides gras libres	10,00
60041	Acides organiques (quantitatif)	50,00
60042	Acylcarnitines	25,00
60043	Carnitine libre et estérifiée	20,00
60044	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate	20,00
60045	Galactose-1-PO4	10,00
# 60046	Homocystéine totale (2*)	10,00
60047	Mucopolysaccharides (qualitatif)	25,00
60048	Mucopolysaccharides (quantitatif)	30,00
60049	Oligosaccharides (qualitatif)	25,00
60050	Purines et pyrimidines	25,00
60051	Sphingolipides (qualitatif)	25,00
60052	Succinylacétone (quantitatif)	10,00
60053	Autres métabolites	10,00
#	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (1*)	

- # AVIS : (1*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres.
- (2*) Voir l'article 3 de l'Addendum 6 - Hématologie

Génétique moléculaire :

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

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

AVIS :

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

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**ADDENDUM 7.****ARTICLE 1.****EXAMENS IN VIVO**

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

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

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

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

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

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

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

Il rédige alors un rapport de sa consultation.

ARTICLE 2.**EXAMENS IN VITRO**

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

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

ARTICLE 3.**ORGANES DOUBLES**

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

ARTICLE 4.**EXAMENS ASSOCIÉS**

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

CODE**LIBELLÉ**

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

ARTICLE 5.**EXAMEN OSSEUX**

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

ARTICLE 6.**SUPPLÉMENT**

- + **6.1** Une épreuve avec administration d'une ou plusieurs substances pharmacologiques ayant pour effet de stimuler ou d'inhiber l'action d'un organe ou une injection d'une substance pour recherche de ganglion(s) sentinelles(s) donne droit à un supplément de 41,10 \$ (**code 08713**), incluant la surveillance immédiate.

Ce supplément ne s'applique qu'une fois par jour, par patient.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

TABLEAU DES HONORAIRES

ÉPREUVES « IN VIVO »

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

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

+08600	Captation simple ou multiple	3,70
+08601	Scintigraphie	22,40
+08602	Épreuve de stimulation	3,70
+08603	Épreuve de freinage	3,40
+08604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	11,20
+08605	Épreuve de lavage au perchlorate	6,30
+08606	Courbe d'épuration sanguine du radio iode	11,20
+08607	Mesure de l'excrétion urinaire de radio iode	4,50
+08608	PBI - I 131	1,60
+08609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	74,50

Parathyroïdes

+08610	Scintigraphie	52,20
--------	-------------------------	-------

Surrénales

+08611	Scintigraphie	74,50
--------	-------------------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

+08612	Volume plasmatique	7,50
+08613	Masse globulaire	14,80
+08614	Survie globulaire	29,80
+08615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	44,60
+08616	Index de séquestration splénique	14,80
+08617	Survie de leucocytes	44,60
+08618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	40,70
+08619	Survie des plaquettes	37,40
+08620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	44,60
+08621	Mesure de l'absorption du fer	27,10
+08622	Épuration plasmatique du fer clearance	12,50

+08623	Taux de renouvellement plasmatique « turnover »	13,70
+08624	Incorporation globulaire du fer utilisation	13,70
+08625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	44,60
+08626	Volume de la sidérophilline marquée	12,50
+08627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,70
+08628	Fer globulaire total	1,60
+08629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	22,40
+08630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	74,50
+08631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autres agents	59,70
+08632	Lymphographie régionale	29,80
+08633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marqué	44,60

SYSTÈME URINAIRE

+08634	Scintigraphie rénale (PG-7)	18,70
+08635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	11,20
+08636	Rénogramme (PG-7)	22,40
+08637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	44,60
+08638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	22,40
+08639	Taux de filtration glomérulaire	22,40
+08640	Recherche du reflux vésico-urétéral (PG-7)	37,20
+08641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	37,20

SYSTÈME DIGESTIF

+08642	Scintigraphie hépatique et splénique	18,70
+08643	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent	
+08644	Courbe et/ou taux d'épuration	14,80
+08644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	59,70
+08645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	11,20
+08646	Recherche de diverticule	52,20
+08647	Étude de protéine marquée	37,20
+08648	Vidange gastrique et/ou reflux	74,50
+08649	Absorption du calcium	22,40
+08650	Trioléine	14,80
+08651	Acide oléique	12,50
+08652	Schilling	14,80
+08653	Schilling avec facteur intrinsèque	14,80
+08654	Pertes protéiques	44,60
+08655	Recherche de sang dans les selles	44,60
+08656	Élimination fécale de substances marquées	44,60
+08657	Métabolisme des sels biliaires	29,80
+08658	Scintigraphie du pancréas	34,30

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

+08659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	19,00
+08660	Perfusions myocardiques dynamiques	37,20

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

+08661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	31,70
+08662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique . . .	25,40
+08663	Mesure du débit cardiaque	12,70
+08664	Mesure du temps de circulation	11,40
+08665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,90
+08666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	6,40
+08667	Scintigraphie du myocarde	31,70
+08668	Scinti-angiographie aorte/ses branches, excluant les carotides, les rénales et les hépatiques.	19,00
+08669	Phlébographie isotopique	74,50
+08670	Ventriculographie isotopique	31,70

SYSTÈME RESPIRATOIRE

+08671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	37,20
+08672	Angiographie pulmonaire	18,70
+08673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	52,20
+08674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	52,20

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

+08675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	12,70
+08676	Scintigraphie cérébrale	29,80
+08677	Cisternographie (2-6-24 hres)	111,60

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

+08704	Ostéodensitométrie isotopique (PG-7)	20,30
--------	--	-------

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

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

*Consigner les indications médicales dans la case DIA-
GNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COM-
PLÉMENTAIRES.*

	Scintigraphie osseuse (excluant ostéodensitométrie isotopique) :	
+08678	un site	22,40
+08679	sites multiples	52,80
	Scintigraphie articulaire :	
+08680	un site	22,40
+08681	sites multiples	52,80

DIVERS

+08682	Scintigraphie de l'abdomen.	37,20
+08683	Scintigraphie des voies lacrymales.	52,20
+08684	Scintigraphie des glandes salivaires.	52,20
+08685	Placentographie.	18,70
+08686	Recherche de foyer d'abcès (PG-7)	59,70
+08687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre au P32	37,20
+08688	Recherche de néoplasie du sein.	22,40
+08689	Scintigraphie des testicules.	74,50
+08690	Étude du taux d'épuration	18,70
+08691	Scintigraphie des chaînes mammaires	37,20

	Autre scintigraphie :	
+ 08692	un site	22,40
+ 08693	sites multiples	59,70
+ 08694	Scintigraphie par fluorescence-X	37,20
+ 08695	Mesure des éléments tracés « in vivo » par activation neutronale	67,80
	Tomographie assistée	
+ 08701	cerveau (PG-7)	78,60
+ 08702	cœur (PG-7)	55,60

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

+ 08703	autre (PG-7)	65,50
+ 08700	Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance (PG-7)	260,00

TRAITEMENT

+ 08705	Brachythérapie	135,40
+ 08696	Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne	231,20
+ 08697	Traitement par radio-isotope métabolisé	127,20
+ 08698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire.	111,60
+ 08699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire, par visite	16,30

ÉPREUVES « IN VITRO »

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

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

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

ADDENDUM 5.

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

Article 1

Mode de rémunération

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

Article 2

La charge professionnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 3

Modalités de paiement

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

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

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

AVIS : *Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire:*

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

Dans la section ACTES, inscrire:

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

Une quote-part dont les honoraires demandés sont de 1000 \$ ou plus doit figurer seule sur une demande de paiement.

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

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

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

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

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

Total de votre charge professionnelle

plus

Forfait pour le service de desserte

multiplié par

Montant forfaitaire de base annuel (134 850 \$)

multiplié par

1/180

Exemple : *Si la charge professionnelle est de 1,00 et que le service de desserte est de 0,12, les honoraires pour une quote-part équivalent à:*

(1,00 + 0,12) X 134 850 \$ X 1/180 = 839,07 \$

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

GAINS EXTERNES

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

Gains externes

% des quotes-parts payées

Moins de 5 000 \$	10 %
5 000 \$ à 10 000 \$	9 %
10 000 à 15 000 \$	8 %
15 000 à 20 000 \$	7 %
20 000 \$ à 25 000 \$	6 %
25 000 \$ à 30 000 \$	5 %
30 000 \$ à 35 000 \$	4 %
35 000 \$ à 40 000 \$	3 %
Plus de 40 000 \$	0 %

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

Article 4

Avis d'assignation

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE

+ Aux fins de l'application de l'addendum de microbiologie-infectiologie, le montant forfaitaire de base est de : **134 850 \$**

AVIS : *Du 1^{er} mai 2009 au 30 septembre 2010, il était de 127 500 \$ et à compter du 1^{er} octobre 2010, il est de 134 850 \$.*

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

AVIS : *Sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case CONSULTATION DEMANDEE PAR.*

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

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

TARIF HOSPITALIER

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

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

TARIF DE LABORATOIRE

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

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

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

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

1.4 En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7) et, le cas échéant, selon l'honoraire de numérisation (R=9).

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

Pour l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7), sont visés les laboratoires de radiologie générale inscrits au Répertoire ministériel de l'Annexe I du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

Pour l'honoraire de numérisation (R=9), sont visés les laboratoires de radiologie générale visés à ce Répertoire et qui ont de plus été reconnus par les parties négociantes en vertu de l'article 4 du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

AVIS : Aux fins de la facturation, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

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

*Pour réclamer l'honoraire de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et les honoraires correspondants. Lorsque l'honoraire de numérisation (R=9) est applicable, inscrire le MOD 105, 106 ou 107 selon le cas et majorer la valeur des honoraires du RÔLE 7 du pourcentage correspondant. **Le RÔLE 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement.***

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

MODIFICATEURS À UTILISER POUR L'HONORAIRE DE NUMÉRISATION

MOD = 105 : Honoraire de numérisation pour la RADIOLOGIE GÉNÉRALE, majoration de 15%

MOD = 106 : Honoraire de numérisation pour la MAMMOGRAPHIE, majoration de 15%

MOD = 107 : Honoraire de numérisation pour la FLUOROSCOPIE, majoration de 60%

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

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

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

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

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

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

RÈGLE 2.

EXAMENS

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

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

RÈGLE 3.

EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

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

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

RÈGLE 4.

FLUOROSCOPIE

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

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

RÈGLE 5.

EXAMEN DU COLON

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

RÈGLE 6.

TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

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

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

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

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

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

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

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

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

RÈGLE 9.**EXAMEN DE LA COLONNE**

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

RÈGLE 10.**PHARYNX ET OESOPHAGE**

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

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

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

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

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

RÈGLE 12.**BILATÉRALITÉ**

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

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

RÈGLE 13.**RADIOGRAPHIE DENTAIRE**

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

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

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

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

RÈGLE 14.**SUBSTANCES DE CONTRASTE**

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

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

- + **15.1** On accorde un supplément de 36,80 \$ au médecin radiologiste qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

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

- # **AVIS :** *Pour demander le supplément de 36,80 \$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 09222 ou pour demander celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 09299, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. Inscrire le numéro d'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

- + **15.2** Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12,60 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour demander les visites, utiliser le code d'acte 09223, sur le formulaire 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.**CONSULTATION EXCEPTIONNELLE**

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

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

- + On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 35,90 \$.

AVIS : *Voir le code d'acte 8240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 ou sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n°1606. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référent (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi du formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n°1606, utiliser un formulaire Document complémentaire - Considération spéciale n° 1944 pour inscrire les renseignements demandés.*

RÈGLE 18.**TARIFICATION**

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

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

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

RÈGLE 19.**RAPPORT**

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

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

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

RÈGLE 20.**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

On accorde un supplément de 36,90\$ au médecin radiologiste pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

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

+ RÈGLE 21.**ANGIO-IRM / ANGIO-TDM**

Les examens d'angio-IRM et d'angio-TDM sont effectués à la suite d'une requête comportant obligatoirement des indications cliniques spécifiques vasculaires. Il s'agit d'une étude angiographique, par tomodensitométrie ou par résonance magnétique, pour fins diagnostiques. Ces examens comprennent le travail du radiologiste sur une console de reconstruction multiplanaire et ses constatations diagnostiques angiographiques des vaisseaux principaux, périphériques et tributaires.

Le médecin qui réclame le paiement des honoraires prévus pour un examen d'angio-IRM ou d'angio-TDM ne peut réclamer, pour un même patient, les honoraires d'un examen d'angioradiologie (technique ou interprétation) au cours de la même séance.

+ RÈGLE 22.**RÉVISION**

La révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie, donne droit à un honoraire de 25 % du tarif de consultation de cet examen.

- # **AVIS :** *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé.*

PROTOCOLE CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ARTICLE 1.

RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

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

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

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

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

ARTICLE 2.

IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES

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

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

Ces demandes sont déferées par la ministre.

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

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

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

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

ARTICLE 3.

IMPUTATION DES GAINS DE PRATIQUE

CALCUL DES GAINS DE PRATIQUE

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

HONORAIRES DE CONSULTATION

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

HONORAIRES DE LABORATOIRE

3.2 Les honoraires de laboratoire sont comptabilisés de façon distincte.

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

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

ARTICLE 4.***HONORAIRE DE NUMÉRISATION : RECONNAISSANCE DES LABORATOIRES***

4.1 Afin de favoriser la numérisation des équipements radiologiques dans les laboratoires de radiologie générale, un honoraire de numérisation (R=9) est applicable dans les laboratoires reconnus par les parties négociantes et pour les secteurs d'activités radiologiques désignés.

À cette fin, on reconnaît trois secteurs d'activités distincts, soit la radiologie générale, la mammographie et la fluoroscopie.

4.2 Afin d'être reconnu, un laboratoire de radiologie générale identifié au répertoire prévu à l'article 1 doit satisfaire aux conditions suivantes :

i) L'ensemble des équipements du laboratoire qui sont utilisés dans le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé doivent être numérisés ;

ii) Pour l'honoraire de numérisation applicable dans les secteurs d'activités de la mammographie ou de la fluoroscopie, l'ensemble des équipements utilisés dans le secteur d'activités de la radiologie générale doivent également être numérisés ;

iii) Le laboratoire doit disposer d'un PACS compatible aux normes exigées pour l'archivage des images dans le dépôt régional d'imagerie diagnostique et, via un lien réseau auquel on lui donne accès, alimenter ce dépôt régional selon ses capacités d'archivage.

Les frais du lien réseau sont à la charge du laboratoire, jusqu'à concurrence du coût du marché pour une ligne commerciale standard, tous frais excédentaires étant à la charge du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'un autre organisme qu'il désigne.

+ **iv)** L'ensemble de l'équipement radiologique et le PACS utilisés dans le laboratoire de radiologie générale pour lequel un honoraire de numérisation est demandé (ci-après désignés les « équipements radiologiques ») doivent appartenir et profiter majoritairement à des médecins spécialistes en radiologie qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie (ci-après désignés les "médecins radiologistes").

+ **4.2.1** Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 (iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes, s'ils sont la propriété :

(i) d'un ou plusieurs médecins radiologistes ; ou

(ii) d'une personne morale ou société dont les droits de participation et de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société, sont détenus, directement ou indirectement, à plus de 50 % par un ou plusieurs médecins radiologistes.

- + **4.2.2** Aux fins de l'application du paragraphe 4.2.1 (ii), la détention indirecte d'une action ou d'une part sociale s'entend de la détention par le biais :
- (i) d'une fiducie entre-vifs dont la totalité des droits de bénéficiaires sont détenus par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes ci-après :
 - a) un ou des médecins radiologistes ;
 - b) le conjoint, des parents ou alliés d'un ou des médecins radiologistes mentionnés au sous-paragraphe a) ci-dessus ;
 - c) une ou plusieurs personnes morales ou sociétés dont les actions ou parts sociales, sont détenues en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a) et/ou b) ci-dessus ;
 - d) une ou plusieurs fiducies entre-vifs dont les droits de bénéficiaires sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a), b) et/ou c) ci-dessus ;
- Toutefois, l'acte de fiducie doit prévoir que les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales détenues par la fiducie dans, selon le cas, une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.1 (ii), sont exercées exclusivement par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a).
- ii) d'une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a) du paragraphe (i) et dont les droits de participation rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe (i).
- + **4.2.3** Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 (iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont également considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes si la détention de ceux-ci est octroyée aux personnes visées aux paragraphes 4.2.1 (i) ou (ii) par le biais d'un contrat de crédit bail consenti par une institution financière ou un fournisseur de ces équipements.
- + **4.2.4** Aux fins de l'application du paragraphe 4.2 (iv) et malgré que les conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.3 soient rencontrées, les équipements radiologiques ne sont pas considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes dans les circonstances suivantes :
- (i) les fonds requis pour permettre l'acquisition des équipements radiologiques proviennent d'une source autre que les personnes visées à l'article 4.2.1, à moins que le coût de ces fonds n'excède pas le montant que représenterait les intérêts calculés sur ces fonds au taux qu'une institution financière canadienne aurait demandé pour un prêt commercial de même ampleur, en pareille circonstance;
 - (ii) toute entente, de quelque nature qu'elle soit, permet à des personnes autres que les médecins radiologistes, de retirer, sous quelque forme que ce soit, des sommes déraisonnables par rapport aux services rendus dans le cadre de l'exploitation du laboratoire de radiologie générale;
 - (iii) au cours de tout exercice financier de la personne morale ou de la société visée au paragraphe 4.2.1 (ii), la moitié ou plus des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que des médecins radiologistes, de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société;

- + (iv) au cours de tout exercice financier d'une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.2 (ii), une partie quelconque des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que celles mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe 4.2.2 (i), de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société.

v) Le laboratoire doit fournir l'information nécessaire permettant de situer le contexte de l'offre de radiologie dans son territoire et de démontrer son apport à l'offre de service du réseau public et le maintien de celui-ci. Le cas échéant, il doit proposer une offre de service complémentaire au réseau de la santé.

4.3 Le médecin spécialiste en radiologie qui souhaite obtenir la reconnaissance d'un laboratoire de radiologie générale aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation doit présenter une demande à cet effet aux parties négociantes.

Il doit indiquer le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé et fournir toute l'information et la documentation nécessaire à l'analyse de sa demande et permettant de constater que les conditions mentionnées à l'article 4.2 sont rencontrées.

4.4 Est créé un comité conjoint composé en parts égales de représentants de la Fédération et du ministère de la Santé et des Services sociaux auxquelles sont soumises les demandes de reconnaissance présentées en vertu de l'article 4.3 aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation.

Au terme de son analyse, le comité conjoint fait une recommandation aux parties négociantes.

4.5 Suite aux recommandations du comité conjoint, les parties négociantes déterminent et désignent les laboratoires de radiologie générale qui sont reconnus aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation ainsi que le secteur d'activités radiologiques visé.

4.6 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application ou à la cessation d'application de l'honoraire de numérisation dans un laboratoire et un secteur d'activités radiologiques désignés.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : *Pour la facturation de la radiologie diagnostique en laboratoire de radiologie diagnostique, 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 au tarif, utiliser le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606.

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

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 ou un de ses multiples), le cas échéant. Voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement. En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

#

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 Exemple 2 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.

AVIS : *Pour réclamer l'honoraire de numérisation, utiliser le rôle 7 avec le modificateur 105, 106 ou 107 selon le cas. Le rôle 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement. (voir les instructions de facturation à la règle 1.4 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique).*

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
TÊTE ET COU				
	Crâne			
+8010	3 incidences ou moins	27,20	12,20	15 %
+8013	4 incidences ou plus	33,90	15,20	15 %
	Selle turcique			
+8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,70	7,20	15 %
	Massif facial			
+8123	3 incidences ou moins	20,80	9,40	15 %
+8124	4 incidences ou plus	26,00	9,70	15 %
	Nez			
+8031	minimum de 2 incidences	13,50	5,90	15 %
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)			
+8023	minimum de 3 incidences	20,80	9,60	15 %
	Articulations temporo-maxillaires			
+8024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	20,80	9,60	15 %
	Sinus			
+8125	3 incidences ou moins	19,80	9,00	15 %
+8126	4 incidences ou plus	23,70	9,40	15 %
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant			
+8076	minimum de 6 incidences	26,10	13,30	15 %
	Conduit auditif interne			
+8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne.	23,70	9,60	15 %
	Oeil			
+8030	recherche de corps étrangers	13,50	8,50	15 %
+8028	recherche et localisation de corps étrangers	29,10	30,30	15 %
+8011	Trous optiques	15,80	8,50	15 %
+8038	Région des glandes salivaires	14,70	7,50	15 %
	Tissus mous du cou			
+8037	minimum de 2 incidences	12,80	7,50	15 %
+8036	Étude panoramique des maxillaires	16,10	7,50	15 %
	Dents			
+8034	1-2 région(s) dentaire(s)	5,90	1,70	15 %
<u>AVIS :</u> Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.				
	Céphalométrie			
+8077	avec mesure des angles	18,80	30,40	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
COLONNE ET BASSIN				
	Colonne cervicale			
+8127	3 incidences ou moins	23,70	7,90	15 %
+8128	4 incidences ou plus	30,40	10,50	15 %
+8042	Colonne dorsale (1*)	22,60	8,30	15 %
+8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (1*)	26,50	8,30	15 %
+8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	33,30	9,20	15 %

AVIS : Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 8243, 8245, 8246 ou 8247. Si les pré-requis sont facturés le même jour et si le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.

	Colonne entière (série scoliotique)			
+8053	minimum de 4 incidences	50,80	20,10	15 %
+8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,70	6,70	15 %
+8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	28,20	10,70	15 %
+8058	Articulations sacro-iliaques	19,80	10,30	15 %
	Bassin			
+8054	1 incidence (1*)	13,50	6,80	15 %
+8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	25,10	9,60	15 %
+8055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	29,00	10,50	15 %
	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	16,00	6,70	15 %
+8075	Articulations acromio-claviculaires	19,80	10,30	15 %
+8118	Articulations sterno-claviculaires	16,30	8,30	15 %
+8074	Omoplate	17,70	8,30	15 %
+8062	Épaule	17,60	8,30	15 %
+8063	Humérus	13,50	6,70	15 %
+8064	Coude	13,50	6,70	15 %
+8065	Avant-bras	13,50	6,70	15 %
+8066	Poignet	13,50	6,70	15 %
+8067	Main	13,50	6,70	15 %
+8068	Poignet et main	19,80	12,90	15 %
+8069	Doigt ou pouce	10,40	5,10	15 %

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application no 14.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
MEMBRES INFÉRIEURS				
+ 8080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus	22,10	7,90	15 %
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 14.				
+ 8083	Fémur	13,50	6,70	15 %
+ 8084	Genou, incluant la rotule	13,50	6,70	15 %
+ 8082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (Type Télors ou autres)	40,00	15,80	15 %
+ 8085	Jambe	13,50	6,70	15 %
+ 8086	Cheville	13,50	6,70	15 %
	Pied			
+ 8087	Tarse, calcaneum ou talon	13,50	6,70	15 %
+ 8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,80	11,60	15 %
+ 8090	Orteil	10,40	5,10	15 %
+ 8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie) . .	20,50	10,30	15 %

ÉTUDES DU SQUELETTE

	Étude du squelette pour âge osseux			
+ 8092	1 région (main)	13,50	9,90	15 %
+ 8093	2 régions (main et autres)	24,30	11,20	15 %
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métas- tatique) par incidence ou région			
+ 8280	8 incidences ou moins	54,10	25,40	15 %
+ 8281	9 ou 10 incidences	64,20	30,70	15 %
+ 8282	11 incidences ou plus	74,40	34,50	15 %

THORAX

+ 8100	Poumons	19,80	9,80	15 %
+ 8108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	45,50	12,90	60 %
	Larynx, études spéciales			
+ 8113	phonation	26,40	24,60	15 %
	Hémithorax (côtes)			
+ 8115	2 incidences ou plus	16,30	7,20	15 %
+ 8117	Sternum	17,20	7,20	15 %

Lecteur B/ CSST :
pour l'examen radiologique du poumon par un méde-
cin radiologiste

9943	en établissement	12,50		
------	----------------------------	-------	--	--

AVIS : Cet acte doit être facturé sur le formulaire
Demande de paiement - Assurance hospitali-
sation - Rémunération à l'acte n° 1606.

L C N
R = 7 R = 1 R = 9

9943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet.	13,50
------	---	-------

AVIS : *Cet acte doit être facturé seul, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 dans la case ACTES;*

- *inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;*
- *inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais ne rien inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

ABDOMEN

+ 8150	Abdomen simple	13,50	5,90	15 %
+ 8152	2 incidences ou plus.	21,30	8,60	15 %

VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant la fluoroscopie)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie)* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

+ 8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,00	27,50	60 %
+ 8133	Étude du pharynx et de l'oesophage	34,00	27,50	60 %
+ 8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	32,10	16,10	60 %
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
+ 8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum. . . .	62,90	27,10	60 %
+ 8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	67,80	32,90	60 %
+ 8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	80,80	35,50	60 %
+ 8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle.	90,80	41,50	60 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	41,40	18,70	60 %
+8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	75,40	70,70	60 %
	Colon, lavement baryté			
+8149	simple contraste.	65,50	21,00	60 %
+8179	pour réduction d'intussusception (PG-7)	59,10	92,20	60 %
+8160	double contraste (l'examen en mode analogique [non numérique] comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard [décubitus latéraux droit et gauche] et un minimum de 10 expositions)	85,80	44,50	60 %
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.				
+8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament ou modificateur pharmacologique		210,00	
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 08262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.			
+8161	Cholécystographie orale.		3,70	
	Cholangiographie			
+8171	par tube en T, incluant l'injection	27,40	16,00	60 %
+8163	per-opératoire.		8,30	60 %
+8165	par infusion intraveineuse incluant l'injection	39,20	19,20	60 %
+8180	Pancréatographie per-opératoire		14,20	
+8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	28,40	13,50	60 %

L	C	N
R = 7	R = 1	R = 9

VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

Pyélographie			
+8181	I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	65,60	31,20 60 %
<u>AVIS :</u> <i>Utiliser le formulaire n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.</i>			
+8186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen (PG-7)	40,70	8,40 60 %
+8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	32,10	25,50 60 %
+8190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	52,20	32,00 60 %
+8189	Vasographie - Déférentographie	20,10	6,20 60 %
+8191	Kystographie rénale incluant la ponction	12,20	77,40 60 %
+8198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelviographie	41,50	28,70 60 %

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	13,40	6,10 15 %
+8193	Pelvimétrie	20,70	10,10 15 %
+8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	42,10	48,30 60 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE				
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section <i>Fluoroscopie diagnostique</i> sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)				
+8102	Thorax	31,00	11,70	60 %
+8151	Abdomen	31,00	11,70	60 %
Contrôle fluoroscopique effectué par un radiologiste pour des procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure				
+8270	premier quart d'heure	12,10	21,20	60 %
+8271	deux quarts d'heure	24,10	42,40	60 %
+8272	trois quarts d'heure	36,30	63,60	60 %
+8273	une heure ou plus	48,30	84,80	60 %
+ EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT UNE OU PLUSIEURS INJECTIONS DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION				
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section <i>Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction</i> sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)				
+8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement	32,50	30,00	15 %
+8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,20	60,10	60 %
+8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	50,00	76,80	60 %
Bronchographie				
+8109	unilatérale	30,80	53,30	60 %
+8111	bilatérale	42,50	75,00	60 %
+8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	37,20	23,00	60 %
+8007	Cisternographie opaque	70,60	32,30	60 %
+8027	Dacryocystographie	26,90	10,80	60 %
+8098	Discographie, un niveau ou plus	30,90	22,10	60 %
+8004	Encéphalographie	67,20	32,30	60 %

AVIS : (1*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+ 8214	Fistulographie.	24,60	27,80	60 %
+ 8201	Galactographie	37,30	55,80	60 %
+ 8202	Kystographie mammaire	48,80	58,30	60 %
+ 8119	Laryngogramme avec contraste opaque	65,80	63,60	60 %
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire			
+ 8096	contraste huileux (PG-7)	78,70	30,20	60 %
+ 8097	contraste non ionique (PG-7)	168,80	33,50	60 %
+ 8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et			
	la pneumo-encéphalographie		57,40	
+ 8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou			
	dissection veineuse	64,50	107,70	60 %

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.*

+ 8025	Sialographie	50,50	45,80	60 %
--------	------------------------	-------	-------	------

DIVERS

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Pour les codes d'acte 8243, 8245, 8246 et 8247, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

	Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)			
+ 8243	Examen initial de base	41,50	24,80	15 %
	Suivi (« follow-up »):			
+ 8245	un site	37,00	14,70	15 %
+ 8246	deux sites ou plus.	41,50	20,10	15 %
+ 8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,80	4,50	15 %
+ 8006	Stérotaxie	67,20	26,80	15 %
+ 8232	Tomographie	57,10	17,60	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+ 8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		35,90	
	<u>AVIS :</u> <i>Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi du formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, utiliser un formulaire Document complémentaire n° 1944 pour inscrire les renseignements demandés.</i>			
+ 8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :			
	en établissement		11,40	
+	en cabinet		22,80	
	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 + 8,80 \$. (MOD=008)			

L C N
R = 7 R = 1 R = 9

MAMMOGRAPHIE

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

AVIS : *Facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique.*
-facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement où l'interprétation a été effectuée
-inscrire un « A » dans la case C.S.
-préciser le lieu où l'interprétation a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
-inscrire le code de l'établissement où la technique a été effectuée dans la case prévue à cet effet.

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié » ayant fait l'objet d'un processus d'agrément reconnu par les parties négociantes. (1*)

	diagnostique avec ou sans examen clinique			
+ 8048	unilatérale	25,40	9,50	15 %
+ 8049	bilatérale	38,40	18,80	15 %
	clichés supplémentaires			
+ 8072	unilatéral	23,40	8,70	15 %
+ 8073	bilatéral	38,40	17,50	15 %

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des établissements reconnus ayant un mammographe dédié, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :
http://www.ramg.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depis/mammographie_dedie.shtml

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
	de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an			
	NOTE : Les services médicaux <i>Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale</i> (codes d'acte 8078, 8079, 8134 et 8135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.			
	NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (Centre de dépistage désigné, CDD).			
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
+ 8078	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
+ 8079	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
8081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente n°107)	7,50		
	clichés supplémentaires			
+ 8103	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
+ 8104	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %

NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante:
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depis/depist.shtml>.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an				
NOTE : Les services médicaux <i>Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale</i> (codes d'acte 8078, 8079, 8134 et 8135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.				
NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (Centre de dépistage désigné, CDD).				
comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale				
+ 8134	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
+ 8135	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
clichés supplémentaires				
+ 8129	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
+ 8130	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %
NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).				
+ 8099	radiographie d'une pièce biopsique	23,40	5,70	15 %
<u>AVIS :</u> <i>Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, quelque soit le lieu où les services ont été rendus. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.</i>				

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante:
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depis/depist.shtml>

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+ 8144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc. (1*).....		59,80	
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage.			
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
+ 8145	unilatérale		8,60	
+ 8146	bilatérale		17,40	

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante:
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depis/depist.shtml>

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

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

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

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation et les tarifs correspondants.**
- Remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606.

ANGIORADIOLOGIE

+ 8433	Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique ou interventionnelle avec rapport au dossier	68,60
	NOTE : Cette évaluation ne peut pas être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.	
	NOTE : L'acte codé 8433 ne peut pas être facturé avec les actes codés 9222 et 9299, pour le même patient, le même jour.	

(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 10 ans (MOD=066).

+ 8401	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	110,70
--------	--	--------

+ 08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	101,70
+ 08402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	53,10
+ 8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	66,40
+ 8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	17,10
NOTE :		
- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.		
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.		
+ 8405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	44,20
+ 8406	Lymphographie unilatérale	55,30
+ 8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	17,70

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

+ 8408	non sélective	33,20
+ 8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4 sélective avec quantification par moyen objectif: calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2 .	14,90
+ 8411	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	25,90
+ 8412	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	12,70
+ 8414	sélective carotidienne, unilatérale	39,80
+ 8415	sélective vertébrale, unilatérale	38,70
	périphérique, membres inférieurs	
+ 8416	unilatérale	33,20
+ 8417	bilatérale	66,40
+ 8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	37,30
Angiographie coronarienne		
8419	unilatérale	42,10
8420	bilatérale	84,30
8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	22,50

		R = 7	R = 1	R = 9
+ 8422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		43,70	
+ 8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée		33,20	
+ 8424	Lymphographie, unilatérale		32,30	

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient
sauf dans les établissements désignés par les
parties négociantes)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Tomographie par ordinateur (un examen par région, par jour, par patient sauf dans les établissements désignés par les parties négociantes)* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : Voir la Règle d'application n° 11.
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

Tête

8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	41,80
8259	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	33,40

Massif facial ou sinus ou conduits auditifs internes

8290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste	54,70
------	--	-------

Cou

8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	63,10
8261	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	54,70

Thorax

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

8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	63,10
8263	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	54,70

NOTE : L'examen du thorax (code d'acte 8262 ou code d'acte 8263) inclut l'examen des surrénales.

Coeur (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour "thorax" ou pour "thorax et abdomen complet")		
8291	acquisition avec synchronisation cardiaque, sans contraste.	55,00
	NOTE : Cet acte inclut l'analyse du score calcique post-traitement ainsi que l'interprétation des fenêtres médiastinales et parenchymateuses couvertes dans l'acquisition.	
8292	étude synchronisée à l'ECG avec contraste intraveineux.	150,00
	NOTE : Cet acte inclut l'acquisition préalable de type score calcique (calcium scoring), l'analyse des coupes natives axiales avec contraste et le post-traitement des coronaires en MIP épais ou en reformatage courbe ainsi que l'interprétation du médiastin et des fenêtres pulmonaires couvertes dans l'acquisition.	
8293	étude complète de la fonction ventriculaire gauche ou droite de la base à l'apex ventriculaire, supplément.	45,00
	NOTE : Ce supplément nécessite la reconstruction sur au moins 10 phases différentes.	
8294	supervision durant l'administration de médication relative à l'examen incluant les Bbloquants par voie orale ou IV, les anticalciques par voie orale ou IV, les dérivés de nitrates par voie orale, sublinguale ou IV, supplément.	25,00
Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal) (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
8264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7). . . .	63,10
8265	sans injection de substance de contraste (PG-7). . . .	54,70
	NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.	
Thorax et abdomen complet (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
8255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7). . . .	94,70
8256	sans injection de substance de contraste (PG-7). . . .	82,10

Pelvis

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

8266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	63,10
8267	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	54,70

Abdomen complet et pelvis

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

8268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	90,00
8269	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	81,50

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

Rachis

8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	56,90
8275	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	48,50

Extrémités

8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	41,10
8277	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	32,70

Angio-TDM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

8434	Examen vasculaire : région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
------	---	--------

NOTE : L'acte codé 8434 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8258, 8259 ou 8290. Toutefois, de façon exceptionnelle, l'acte codé 8258 pourrait être facturé chez le même patient, le même jour si effectué à une séance différente.

		R = 7	R = 1	R = 9
8435	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)		105,00	
	NOTE : L'acte codé 8435 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8260 ou 8261.			
8436	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)		105,00	
	NOTE : L'acte codé 08436 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8255, 8256, 8262, 8263 ou 8437.			
+ 8437	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux		105,00	
	NOTE : L'acte codé 8437 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8255, 8256, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268, 8269 ou 8436.			
8438	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)		160,00	
	NOTE : L'acte codé 8438 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8255, 8256, 8262, 8263, 8264, 8265, 8268, 8269, 8436, 8437 ou 8441.			
	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :			
8439	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)		105,00	
	NOTE : L'acte codé 8439 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8255, 8256, 8262, 8263, 8436 ou 8438.			
8440	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00	
	NOTE : L'acte codé 8440 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8276 ou 8277.			
8441	Examen d'une deuxième région (maximum 1), supplément		67,50	

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:

NOTE : Les services médicaux en Rôle 1 de la section *Protocole I* concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

8570	Tête (PG-7)	105,40
8571	Cou (PG-7)	112,00
8590	Sein	150,00
8572	Thorax (PG-7)	140,80
	NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut pas être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.	
8591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation "I"	35,00
	NOTE : L'acte codé 8591 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.	
8573	Abdomen (PG-7)	140,80
8574	Pelvis (PG-7)	140,80
8575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7) ..	112,00
	Colonne	
8576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7)	104,50
8577	deux segments (PG-7)	131,30
8578	trois segments (PG-7)	176,60

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.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12.

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.

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.

8442	Examen vasculaire région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
	NOTE : L'acte codé 8442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8570.	
8443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,00
	NOTE : L'acte codé 8443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8571.	
8444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) .	105,00
	NOTE : L'acte codé 8444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8572 ou 8445.	
+ 8445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux.	105,00
	NOTE : L'acte codé 8445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8573, 8574 ou 8444.	

R = 7 R = 1 R = 9

8446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)	160,00
	NOTE : L'acte codé 8446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8572, 8573, 8574, 8444, 8445, 8447 ou 8449.	
8447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire: thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) .	105,00
	NOTE : L'acte codé 8447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8572, 8444 ou 8446.	
8448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs	135,00
	NOTE : L'acte codé 8448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8575.	
8449	Examen d'une deuxième région (maximum 1), supplément	67,50

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut de Cardiologie de Québec
- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUL

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, le formulaire* Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement n° 3051 *pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

8580	Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7).	175,00
	L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.	
	NOTE : L'acte codé 8580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.	
8581	Examen limité (PG-7)	75,00
	NOTE : L'acte codé 8581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 8580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou "évaluation anneau aortique »).	
8582	Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)	75,00
	NOTE : L'acte codé 8582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.	

		R = 7	R = 1	R = 9
8583	Études de contractilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 8583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.		50,00	
8584	Études de perfusion/viabilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 8584 doit inclure une étude de type perfusion en 1 ^{er} passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.		50,00	
+ 8585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7)		27,50	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case unités.			
+ 8586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7) Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique		55,00	
8587	Stress physique avec ergocycle. NOTE : L'acte codé 8587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).		150,00	
+ 8588	Stress médicamenteux Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		82,50	
+ 8589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		137,50	
	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section Résonance magnétique - Cardiaque lors d'une même séance.			

K - ULTRASONOGRAPHIE

ADDENDUM 8.

- + Cet addendum prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier et, lorsque rendue à des fins obstétricales, dans les CLSC où ce service est considéré comme assuré en vertu du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

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

AVIS : *Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 utilisé pour les visites.*

Voir la section 2.6 sous l'onglet Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement.

L'identification de la personne assurée est essentielle.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

Honoraire

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

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

Pour certains examens prévus à la nomenclature, s'y ajoute un honoraire pour le procédé de l'examen (R=7).

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.

Notez qu'à partir du 1^{er} mai 2009, aucun acte en Ultrasonographie n'est tarifé en Rôle = 7.

RÈGLE 2.**TYPES D'EXAMEN**

2.1 On distingue trois types de procédures d'ultrasonographie.

Le mode B (échographie) s'entend d'une procédure d'enregistrement bidimensionnelle.

Le mode M s'entend d'une étude temps/mouvement.

Le mode Doppler s'entend d'une procédure d'enregistrement de la vitesse du flot sanguin. Un examen peut nécessiter l'utilisation du Doppler continu ou pulsé, ou de couleur ou de puissance couplé à l'Écho-B (mode Duplex).

RÈGLE 3.**OBSTÉTRIQUE**

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

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

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

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

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

RÈGLE 4.**ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE SUPÉRIEURE**

4.1 Sauf pour les patients hospitalisés ou pour les patients en provenance de l'urgence, 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.

AVIS : *En clinique externe, utiliser le modificateur 051 pour réclamer à demi-tarif l'échographie pelvienne ou obstétricale de moins de 16 semaines sauf lorsque le patient provient de l'urgence, utiliser le modificateur 198 pour réclamer à plein tarif.*

Ailleurs qu'à la clinique externe, aucun modificateur n'est requis pour réclamer à plein tarif.

Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent pour les actes codés 08312, 08315, 08323 et 08324, utiliser le modificateur 038. Le modificateur 009 ne doit pas être utilisé avec les actes codés 08316, 08321 et 08322.

RÈGLE 5.***LIMITATIONS***

5.1 Chaque examen d'ultrasonographie ne peut être payé plus d'une fois par jour, par patient, sauf les examens bilatéraux d'une même articulation (codes 08342 et 08346), du sein (code 08333), des testicules (code 08334) ou du Doppler périphérique régional avec écho-B (code 08360) qui sont limités à deux par jour, par patient.

5.2 Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Divers (code 08335), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale ou qu'une échographie pelvienne.

5.3 Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Épanchement pleural (code 08331), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale.

5.4 Les examens Doppler pour fins de diagnostic faits à l'aide d'un mini Doppler à l'extérieur d'un laboratoire d'exploration vasculaire ou d'un département de radiologie ne sont pas payables.

Pour les fins de l'application de cette règle, seuls les laboratoires qui répondent aux critères suivants sont considérés comme des laboratoires d'exploration vasculaire :

1. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit être situé dans un centre hospitalier de courte durée, dans un espace physique bien défini affecté spécifiquement aux activités d'exploration vasculaire et doit être reconnu comme tel par le centre hospitalier.
2. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit être dirigé par un médecin responsable de la gestion du laboratoire et du contrôle de la qualité des examens dans le centre hospitalier.
3. Le laboratoire doit être équipé pour réaliser des analyses de flux avec enregistrement graphique.
4. Les résultats des examens doivent être produits sur un rapport spécifique reconnu par le centre hospitalier et paraissant au dossier du patient. Cette règle ne limite pas la portée de la règle 6.
5. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit disposer d'un équipement de base permettant de faire les examens d'exploration vasculaire et comprenant au moins deux des appareils suivants :
 - Pléthysmographie
 - Appareil Doppler à émission continue, couplé à un analyseur de spectre
 - Imagerie par échographie B avec Doppler (Doppler pulsé, avec ou sans codage couleur).

RÈGLE 6.***ENREGISTREMENT ET RAPPORT***

6.1 Seules sont payées suivant ce tarif, les ultrasonographies dont l'enregistrement et le rapport d'examen sont consignés au dossier médical tenu par le centre hospitalier sur un document photographique (film, papier ou image numérique) comportant un nombre adéquat d'images. (L'usage unique du vidéo ne donne pas droit à ce tarif).

RÈGLE 7.**RELEVÉ D'HONORAIRES**

7.1 Aucun honoraire d'ultrasonographie ne peut être demandé sans que le rapport d'examen n'ait été consigné au dossier médical.

AVIS : *Utiliser les modalités de facturation de la Règle 1.*

RÈGLE 8.**CONSULTATION EXCEPTIONNELLE EN ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE**

8.1 En échographie obstétricale, un médecin radiologiste ou un médecin en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de consulter un radiologiste ou un obstétricien-gynécologue spécialisé en médecine foeto-maternelle d'un centre hospitalier de soins tertiaires ultra-spécialisés en soins mère-enfant auquel il n'est pas attaché.

Le médecin consulté donne alors son opinion après avoir procédé lui-même à un nouvel examen échographique de la patiente.

- + On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 127,30 \$.

AVIS : *Voir le code d'acte 08313 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) sont essentielles.*

RÈGLE 9.**SUBSTANCE DE CONTRASTE**

- + **9.1** On accorde un supplément de 15,80 \$ au médecin radiologiste pour l'administration intraveineuse de substance de contraste lors d'un examen d'ultrasonographie en mode Doppler.

Ce supplément n'est payable qu'une fois par patient, par séance.

AVIS : *Voir le code d'acte 08387 sous le présent onglet.*

RÈGLE 10.**EXAMEN AU CHEVET DU PATIENT**

- + **10.1** On majore de 50 % le tarif des examens codés 08302, 08315, 08325, 08326, 08331, 08392, 08393, 08394, 08397, 08398, 08399, 08426 et 08427 lorsqu'ils sont effectués par le médecin radiologiste au chevet du patient hospitalisé, à la salle d'urgence ou en clinique externe.

AVIS : *Utiliser le modificateur 055 pour demander la majoration d'honoraires.*

Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
---	---

ULTRASONOGRAPHIE

NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultra-sonographie » (à l'exclusion des codes d'acte 08303, 08311, 08312, 08313, 08314, 08315, 08317, 08318, 08319, 08323, 08324, 08341 et 08347) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=144)

AVIS : *Pour tout acte unilatéral ou bilatéral, indiquer le site anatomique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utiliser le formulaire n° 1200 seulement).*

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

+ 08300	Ligne médiane postérieure.	8,00
+ 08301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux. . . .	16,60
+ 08302	Complète.	48,70

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

+ 08374	Interprétation des images supplémentaires suite à l'injection de substance de contraste, à l'exclusion du salin agité pour produire des microbulles, supplément (1*)	20,70
	Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens	
+ 08375	technique (1*)	129,60
+ 08376	interprétation (1*)	77,80
+ 08377	technique et interprétation (1*)	207,40

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 19.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+ 08303	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux (1*)	89,00	
+ 08378	pour un cas d'un donneur potentiel incluant le rapport spécifique exigé par l'organisme Québec-Transplant, supplément (1*)	22,30	
+ 08341	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort). (1*)	145,20	
+	NOTE : L'acte codé 08303 ne peut être facturé le même jour que les actes codés 08304, 08341 et 08380.		
+ 08311	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (1*)	108,90	
+ 08304	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve à la dobutamine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques (1*)	217,80	
+	NOTE : L'acte codé 08303 ne peut être facturé le même jour que les actes codés 08304, 08341 et 08380.		
+ 08380	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve au dypiridamole incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques (1*)	181,50	
+	NOTE : L'acte codé 08303 ne peut être facturé le même jour que les actes codés 08304, 08341 et 08380.		

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 19.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+ 08347	Enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires (à l'exception des artères coronaires) à l'aide d'un cathéter muni d'un cristal ultrasonographique introduit par voie endovasculaire, incluant la ponction vasculaire, le cathétérisme vasculaire requis pour positionner le cathéter, l'acquisition et l'interprétation des images (1*)	130,70	
+	NOTE : Le service médical codé 08347 ne peut pas être facturé le même jour que les services médicaux codés 08309, 08338, 08371 et 08372.		
+ 08329	Échographie périopératoire avec sonde endoesophagienne dans le contexte d'une chirurgie cardiaque incluant le monitoring cardiaque et hémodynamique continu, l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde et comprenant l'étude de la morphologie cardiaque et l'évaluation de la fonction cardiaque incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler, par jour, par patient A8-1	142,00	
	NOTE : L'acte codé 08329 ne peut être facturé que par un anesthésiologiste possédant des privilèges hospitaliers en échographie cardiaque périopératoire.		
	NOTE : Un rapport d'examen écrit devra être consigné au dossier hospitalier du patient.		
+	NOTE : L'acte codé 08309 et l'acte codé 08329 sont mutuellement exclusifs, à la même séance.		
+	NOTE : L'acte codé 08329 est exclusif à l'anesthésiologie.		

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 19.

Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
---	---

PROTOCOLE II

Concernant les examens d'échographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1- Les examens d'échocardiographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier par un radiologiste, un cardiologue, un interniste ou un anesthésiste sont payés suivant la tarification suivante :

+08309	Échographie avec sonde endoesophagienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardiaques à l'aide du Doppler ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient	129,60
+08371	Si effectuée en salle d'opération avec ou sans mise en place de la sonde endoesophagienne et avec ou sans l'administration de médicaments.	129,60
+08372	Si autre ETO requise lors de la même chirurgie, par séance	64,80
+	NOTE : Maximum 2 ETO.	
+08338	Échographie avec sonde endoesophagienne pour monitoring ou guidance lors d'intervention cardiaque en salle d'hémodynamie.	249,00
+	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec les codes d'acte 08309, 08371 et 08372.	

2- Le protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

+08315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisation placentaire, localisation d'un stérilet, etc.) -ne peut être facturé en sus de 08312, 08316, 08317, 08318, 08321, 08322, 08323, 08324, 08328 et 08339 (1*).	15,00
08314	Évaluation complète de retard de croissance intra-utérine (comprend l'examen complet du 3 ^e trimestre, Doppler du cordon, des artères cérébrales moyennes, un index de liquide amniotique et un profil biophysique).	75,00
	NOTE : Les services médicaux codés 08317, 08318, 08319 et 08339 ne peuvent être facturés avec le code d'acte 08314.	
+08321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale (1*)	23,50
+08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (1*)	29,90
08316	Échohystérogographie avec injection de liquide intra-utérin (1*)	41,00

AVIS :

(1*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
	Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales		
	Moins de 16 semaines de grossesse		
08323	par voie transvésicale ou endovaginale	22,40	
08324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (2*)	28,50	
08312	pour étude de grossesse multiple (2*)	27,00	
	À partir de la 16 ^e semaine de grossesse		
+ 08317	étude complète (3*)	47,90	
+ 08318	étude complète de grossesse gémellaire (3*)	74,20	
+ 08339	par fœtus additionnel, au-delà du deuxième	21,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de fœtus additionnels dans la case UNITÉS. Indiquer le nombre de fœtus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	À partir de la 28 ^e semaine de grossesse		
08319	Étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance	5,20	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 10.		
+ 08313	Consultation exceptionnelle, supplément	127,30	
	<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Voir la règle 8 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.		
+ 08381	Consultation et supervision en temps réel d'une ultrasonographie de l'abdomen ou du pelvis ou les deux, transmise(s) à distance, comportant un rapport de consultation au médecin traitant	52,50	
	<u>AVIS :</u> (1*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. (2*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10. (3*) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.		

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE			
	Écho A-oeil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
08336	un oeil	7,00	
08337	deux yeux	13,00	
08320	Écho B-oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	60,00	
+08373	Biomicroscopie ultrasonique (UBM) du segment antérieur	60,00	
ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE			
+08382	Interprétation des images supplémentaires suite à l'injection de substance de contraste lors d'une échographie abdominale, à l'exclusion du salin agité pour produire des microbulles, supplément	21,00	
+08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (PG-7) (1*)	29,90	
+08326	Complète (trois organes et plus) (PG-7) (1*)	47,90	
ÉCHOGRAPHIE DES VOIES RESPIRATOIRES			
08383	Échographie endobronchique	100,00	
08384	avec ponction gaglionnaire ou tumorale transtrachéale ou transbronchique, supplément	100,00	
ÉCHOGRAPHIE DIGESTIVE			
NOTE : Une endoscopie gastro-entérologique ne peut pas être facturée avec les services médicaux codés 08348, 08365 et 08370 sauf dans les cas de sténose oesophagienne, anale ou colique.			
<u>AVIS :</u> <i>S'il s'agit d'un cas de sténose oesophagienne, anale ou colique, l'indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
+08348	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen, par jour, par patient	133,00	
+08349	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément	33,30	
<u>AVIS :</u> (1*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.			

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+ 08370	Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient	72,10	
+ 08365	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen par jour, par patient	133,00	
+ 08369	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément	33,30	
08327	Échographie prostatique transrectale (1*)	40,00	
+ 08328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (1*)	63,00	
NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.			

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (pour la facturation des codes 08327 et 08328).*

ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE

(s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)

+ 08342	Examen détaillé (implique l'évaluation des récessus articulaires ainsi que l'ensemble des bourses, muscles, tendons et ligaments pertinents autour de l'articulation en question), par articulation (PG-7) (2*)	38,50	
+ 08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	24,80	

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.*

AVIS : (1*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.
(2*) Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+ 08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (1*).	24,80	
	NOTE : Le service médical codé 08346 ne peut pas être facturé le même jour que le service médical codé 08342 pour la même articulation.		
+	NOTE : Le service médical codé 08342 ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 08352, 08353, 08354, 08355, 08356, 08358, 08359 et 08360.		

ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

+ 08330	Face ou cou ou les deux (PG-7)	24,80	
+ 08331	Épanchement pleural (PG-7)	24,80	
+ 08333	Sein (par sein) (2*).	24,80	
+	En CRID dans le cadre du PQDCS		
+ 08385	sein - unilatéral	38,20	
+ 08386	sein - bilatéral	50,90	
+ 08334	Scrotum (un ou deux testicules) incluant le Doppler au besoin	37,30	
+ 08335	Divers	24,80	

ÉCHOSCOPIE

+ 08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	27,10	
---------	--	-------	--

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

+ 08387	Administration intraveineuse de substance de contraste, supplément	15,80	
	NOTE : Payable une fois, par patient, par séance.		

AVIS : *Voir la règle 9 de l'Addendum 8 – Ultrasonographie*

AVIS : (1*) *Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.*

(2*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*

Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
DOPPLER ARTÉRIEL CERVICO-ENCÉPHALIQUE (INCLUANT L'EXAMEN DOPPLER TRANSCRÂNIEN COMPLÉT, LE CAS ÉCHÉANT)			
	Examen complet		
+ 08388	Analyse de fréquence (Doppler mode pulsé) avec Écho-B Duplex associé au besoin au mode couleur ou de puissance (comprend l'étude bilatérale des carotides primitives, externes, internes, ophtalmiques si nécessaire, vertébrales, sous-clavières) incluant les manoeuvres de compression jugées nécessaires. Cela comprend l'enregistrement des courbes de vitesse et des images mode B.	83,00	
	NOTE : L'acte codé 08388 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08330.		
	Examen limité		
+ 08389	Examen partiel du polygone de Willis (étude d'un seul vaisseau pour suivi d'un vasospasme)	27,60	
	NOTE : Maximum de deux fois par jour, par patient.		
+ 08425	Monitoring de condition(s) vasculaire(s) cérébrale(s) aigue(s) ou subaigue(s) incluant l'enregistrement graphique de routine du segment carotidien submandibulaire, des artères ophtalmiques, du siphon carotidien, des artères cérébrales moyennes, des artères cérébrales antérieures, des artères vertébrales et de l'artère basilaire.	100,00	
DOPPLER CONTINU ARTÉRIEL PÉRIPHÉRIQUE			
08352	Étude étagée au Doppler continu du système artériel des deux membres supérieurs (artères sous-clavières, humérales, radiales et cubitales) ou des deux membres inférieurs (artères fémorales communes et superficielles, poplitées, tibiales antérieures et postérieures) avec prise de tension artérielle incluant, dans le cas des membres inférieurs, l'indice de pression cheville/bras (indice tibio-huméral) avec prise de tension artérielle et enregistrement graphique des courbes de vitesse.	34,00	
+ 08353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément.	20,50	
+ 08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	39,00	
	pour évaluation complète des artères interdigitales incluant la manoeuvre d'Allen (enregistrement des courbes de vitesse des artères interdigitales avant et pendant la compression de l'artère radiale au poignet), unilatérale		
08355	sans test de provocation au froid, supplément	15,70	
08356	avec test de provocation au froid, supplément	31,50	

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
DOPPLER ARTÉRIEL (DUPLEX) DES MEMBRES			
	Membres supérieurs		
+ 08390	Étude du système artériel des membres supérieurs par Duplex (Écho-B et Doppler pulsé avec au besoin Doppler couleur ou Doppler puissance). Cela comprend la visualisation et l'enregistrement des courbes de vitesse des structures artérielles des deux membres supérieurs depuis la sous-clavière jusqu'au radial et cubital distal		78,80
	Membres inférieurs		
+ 08391	Étude du système artériel des membres inférieurs par Duplex (Écho-B et Doppler pulsé avec au besoin Doppler couleur ou Doppler puissance). Cela comprend la visualisation et l'enregistrement des courbes de vitesse des structures artérielles des deux membres inférieurs depuis l'iliaque externe jusqu'aux artères tibiales antérieure et postérieure et, le cas échéant, le calcul de l'indice tibio-huméral		78,80
+	ÉTUDE DES VEINES SUPERFICIELLES ET PROFONDES DES MEMBRES PAR ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE ET DOPPLER (recherche de phlébothrombose / thrombophlébite profonde et superficielle)		
+	Membres supérieurs		
+	Étude complète d'un membre depuis l'axe sous-clavier jusqu'au poignet incluant les veines sous-clavière, axillaire, céphalique, basilique et brachiale. Cela comprend la visualisation directe (mode B) avec, le cas échéant, la compression et l'évaluation du flux par l'utilisation du Doppler (pulsé ou couleur ou puissance au besoin) et les enregistrements nécessaires. Les tissus mous sont exclus.		
+ 08426	étude unilatérale		68,40
+ 08427	étude bilatérale		110,70
+	NOTE : Le service médical codé 08427 peut être facturé seulement sur indication médicale. L'examen du membre contralatéral pour fins de comparaison est non facturable.		
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+	Membres inférieurs Étude complète d'un membre depuis l'axe ilio-fémoral jusqu'à la cheville incluant les veines jambières tibiales postérieures et péronières. Cela comprend la visualisation directe (mode B) avec, le cas échéant, la compression et l'évaluation du flux par utilisation du Doppler (pulsé ou couleur ou puissance au besoin) et les enregistrements nécessaires. Les tissus mous sont exclus		
+ 08392	étude unilatérale.	68,40	
+ 08393	étude bilatérale.	110,70	
	NOTE : Le service médical codé 08393 peut être facturé seulement sur indication médicale. L'examen du membre contralatéral pour fins de comparaison est non facturable.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
+ 08394	Étude partielle d'un membre depuis l'axe ilio-fémoral jusqu'à la bifurcation poplitée. Cela comprend la visualisation directe (mode B) avec la compression et l'évaluation du flux par utilisation du Doppler pulsé ou couleur au besoin.	41,10	
	NOTE : L'étude du flux au Doppler pulsé comprend l'évaluation de la spontanéité et de la modulation respiratoire.		
	EXAMEN DOPPLER VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE RÉGIONAL POUR PROBLÈME LOCALISÉ		
08358	Analyse de fréquence.	10,00	
08359	Prise de pression.	10,00	
+ 08360	Analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	27,30	
+ 08395	Étude de fistule artério-veineuse (shunt pour hémodyalyse).	83,00	
+ 08396	Étude de faux anévrisme ou fistule artério-veineuse post-cathétérisme, post-traumatique ou iatrogénique incluant les mensurations de la ou des logettes du faux anévrisme, l'identification de l'artère d'origine, origine du pertuis et l'enregistrement des vitesses.	55,30	

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
DOPPLER PORTAL			
+ 08397	Chez le greffé hépatique Examen Doppler pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines spléniques, mésentériques supérieure ou inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destinée digestive dont l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et courbes Doppler.	127,30	
	NOTE : Ce service médical ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 08325 ou 08326, le même jour.		
DOPPLER HÉPATIQUE			
+ 08398	Étude échographique de l'étage abdominal haut avec attention particulière au foie, étude Doppler de la veine porte (perméabilité), des branches segmentaires de la veine porte, des artères hépatiques droite et gauche, de la vascularisation d'une masse, des veines sus-hépatiques et de la veine cave ou étude Doppler des artères digestives (tronc coeliaque, veines mésentériques supérieure et inférieure)	83,00	
	NOTE : L'acte codé 08398 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08325 ou 08326, le même jour.		
DOPPLER PÉNIEN AVEC INJECTION D'UN PRODUIT VASO-ACTIF			
08363	Doppler pénien pour documentation de dysfonction érectile. Étude de la réponse des vitesses systoliques maximales artérielles caverneuses bilatérales lors d'une érection.	50,00	
DOPPLER RÉNAL			
+ 08399	Doppler rénal uni ou bilatéral incluant l'échographie abdominale complète ou partielle.	83,00	
	NOTE : Aucun autre code d'interprétation Doppler ne peut être facturé à la même séance pour le même patient.		
+ 08366	Caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)	13,80	

L - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

ADDENDUM 11

1.1 Cet addendum prévoit la tarification des épreuves de fonction respiratoire.

Il s'applique au pneumologue ainsi qu'au médecin interniste, rhumatologue ou allergologue qui, au 31 mai 1987, justifiait de privilèges de pratique hospitalière pour l'exécution d'épreuves de fonction respiratoire.

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

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

AVIS : *Toutes les épreuves de fonction respiratoire doivent être facturées sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement-médecin ». L'identification du bénéficiaire est essentielle*

ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

Épreuves de routine :		
08479	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés. . .	63,00
08480	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément.	8,00
08481	lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément.	9,50
Volumes :		
08454	volume de fermeture	5,00
Diffusion :		
08455	capacité de diffusion, au repos	9,50
	NOTE : Le service médical codé 08455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	
08456	capacité de diffusion, à l'exercice	60,00
Échanges gazeux :		
08459	évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins.	35,00
08460	évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins.	50,00
08461	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50).	25,00
08462	mesure de la carboxyhémoglobine	5,00
Test de provocation bronchique :		
+ +08498	test de provocation bronchique par hyperventilation isocapnique incluant la mesure des débits expiratoires forcés avant et après l'épreuve	40,00
Épreuves d'effort respiratoire :		
stades de Jones		
08463	stade 1 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO2 et d'oxygène.	100,00

08464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de 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.	120,00
08465	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 Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1. NOTE : Le service médical codé 00125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 08463, 08464 et 08465.	190,00
+ 08499	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	15,00
+	Maximum de 2 par jour, par patient	
08487	Test d'endurance à l'exercice Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge constante correspondant de 75 à 80 % du travail maximal : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, saturation en oxygène, temps d'endurance et mesure subjective de la dyspnée et de la fatigue des quadriceps.	100,00
08492	mesure non invasive de l'index tensio-temporel des muscles respiratoires (TTMUS), supplément	25,00
08488	Test de provocation bronchique à l'exercice Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge suffisante pour maintenir la ventilation minute entre 40 et 60 % de la ventilation minute maximale : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et débit expiratoire forcé avant et après l'exercice.	100,00

Autres épreuves :		
08466	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	145,00
08482	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	145,00
08484	test de stimulation phrénique, supplément	55,00
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 08466.	
08467	Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	40,00
08476	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans («Squeeze test») incluant la surveillance	120,00
08477	avec bronchodilatateur, supplément	10,00
08478	avec provocation bronchique, supplément	40,00
08468	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	60,00
08485	Analyse microscopique et interprétation du lavage broncho-alvéolaire Maximum de 1 par jour, par patient	12,50
08486	Mesure de la cellularité bronchique par la méthode de l'expectoration induite Maximum de 1 par jour, par patient	40,00
	NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.	
08469	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	60,00
08493	Mise en situation d'hypoxie contrôlée incluant la ponction artérielle et la supervision du patient	75,00
	NOTE : S'applique au patient présentant une pathologie pulmonaire obstructive ou restrictive, d'intensité modérée à sévère ou préalablement oxygéo-dépendant.	
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
08470	bénéficiaire de 16 ans et moins	80,00
08471	bénéficiaire de plus de 16 ans	30,00
08489	Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne	20,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : mesure continue de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque durant une nuit complète. L'interprétation doit inclure l'analyse qualitative du pattern oxymétrique, la fréquence des désaturations et le pourcentage du temps passé à chaque tranche de saturation.	

08472	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées)	
	Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient NOTE : Pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique. Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil. Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électroencéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO₂ transcutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe. Les interventions telles que l'installation du C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant. NOTE : Chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électroencéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.	100,00
08473	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	95,90
08474	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	150,00
08475	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient . . .	250,00
	NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	
08494	Test de vigilance d'OSLER	
	Évaluation de la vigilance via rétroaction monitorée par informatique au cours d'une à quatre séances, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	30,00

08490	Mesures sériees de la latence d'endormissement	90,00
-------	--	-------

Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :

le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 20 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient.

NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.

08491	Test de maintien d'éveil	90,00
-------	------------------------------------	-------

Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :

le monitoring électroencéphalographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient.

NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.

M - GÉNÉTIQUE MÉDICALE

ADDENDUM 12. GÉNÉTIQUE MÉDICALE

Le présent addendum détermine la rémunération du médecin généticien pour les activités accomplies dans le laboratoire de génétique médicale d'un centre hospitalier.

RÈGLE 1. TARIFICATION

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

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

1.3 Les honoraires des services de laboratoire génétique sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir le formulaire Demande de paiement - médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 2. ÉTUDES MULTIPLES SUR UN MÊME ÉCHANTILLON

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

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

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

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir le formulaire Demande de paiement - médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.

Cytogénétique

+ 09601	Caryotype pour maladies constitutionnelles	73,50
+ 09602	si effectué à haute résolution ($\geq$ à 550 bandes), supplément	22,70
+ 09603	Caryotype pour maladies acquises	124,40
+ 09606	Décompte des cassures chromosomiques	113,20
+ 09607	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	50,90
+ 09608	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	90,50
#	AVIS : Lorsque les actes 09607 et 09608 sont dispensés en présence d'une grossesse multiple: - Inscrire le modificateur 093 dans la case MOD; - Inscrire «grossesse gémellaire» ou «grossesse multiple» ou «multiples échantillons de milieux différents» dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
+ 09609	Étude des échanges entre chromatides soeurs	113,20
+ 09660	Hybridation génomique comparative (chromosomique ou sur micropuce)	169,70

Génétique biochimique**Enzymologie**

+ 09612	Biotinidase	84,80
+ 09613	Carnitine acétyltransférase	84,80
+ 09614	Disaccharidases	226,30
+ 09615	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate	339,50
+ 09616	Enzymes du cycle de l'urée	226,30
+ 09617	Enzymes lysosomaux	226,30
+ 09618	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	226,30
+ 09619	Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique	339,50
	NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man »), le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient. (1*)	
+ 09620	Fumarylacétoacétate hydrolase	84,80
+ 09621	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	84,80
+ 09622	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	339,50

AVIS : (1*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres, le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

+ 09623	Autres enzymes.	84,80
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (1*)	
	Métabolites	
+ 09626	7-Dehydrocholestérol.	14,10
+ 09627	Acide hippurique	14,10
+ 09628	Acide homogentisique (quantitatif)	14,10
+ 09629	Acide méthylmalonique (quantitatif)	14,10
+ 09630	Acide orotique (quantitatif)	14,10
+ 09631	Acide phytanique (quantitatif)	14,10
+ 09632	Acide pipécolique (qualitatif)	14,10
+ 09633	Acide sialique.	14,10
+ 09634	Acides aminés (quantitatif)	84,80
+ 09635	Acides gras à très longues chaînes	28,20
+ 09636	Acides gras libres	28,20
+ 09637	Acides organiques (quantitatif)	84,80
+ 09638	Acylcarnitines.	84,80
+ 09639	Carnitine libre et estérifiée	28,20
+ 09640	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate	28,20
+ 09641	Galactose-1-PO4	14,10
+ 09642	Homocystéine totale	5,70
+ 09643	Mucopolysaccharides (qualitatif)	28,20
+ 09644	Mucopolysaccharides (quantitatif)	28,20
+ 09645	Oligosaccharides (qualitatif)	56,60
+ 09646	Purines et pyrimidines	28,20
+ 09647	Sphingolipides (qualitatif)	28,20
+ 09648	Succinylacétone (quantitatif)	14,10
+ 09649	Autres métabolites	5,70
+ 09661	Créatine et guanidinoacétate	28,20
+ 09662	Globotriaosylcéramide (Gb3)	14,10

AVIS : (1*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres.

Génétique moléculaire :

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (1*)

+09663	Étude moléculaire d'un ou 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	22,70
+09664	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	45,30
+09665	Étude moléculaire d'un ou de plusieurs segments d'un même gène pour détermination du nombre de copies de l'ADN	249,00
+09666	Étude moléculaire pour quantifier l'ARN d'un gène humain	249,00
+09667	Étude moléculaire pour recherche de mutation(s) par séquençage d'un segment d'un gène	45,30
+09668	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	67,90
+09658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	90,50
+09659	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragments différents de la protéine codée par le gène étudié	249,00
+09669	Étude du profil de méthylation d'un segment du génome	124,40
+09670	Étude moléculaire d'une ou plusieurs séquences microsatellites ou l'étude de l'instabilité des microsatellites	67,90

AVIS :

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

MANUELS ET FORMULAIRES

8.1 LISTE DES FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION

Une liste complète des formulaires et des manuels disponibles est publiée sous l'onglet **MANUELS ET FORMULAIRES** du Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.