



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

**MISE À JOUR 39  
OCTOBRE 2004**

*Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.*

---

**SOMMAIRE**

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

**MODIFICATION 36 (2<sup>e</sup> partie) EN VIGUEUR LE 1<sup>er</sup> OCTOBRE 2004 et modifications d'ordre administratif**

**- Onglet ENTENTE - PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

. Règle 7 abrogée par la Modification 36.

**Page :** [6](#)

**- Onglet RÈGLES D'APPLICATION**

. Ajout de prestations de soins à la Règle d'application no. 6

**Page :** [3](#)

**- Onglet E - HÉMATOLOGIE**

. Modification de la NOTE sous le code d'acte 60017 (études biochimiques) ainsi que la NOTE sous Génétique moléculaire.

**Pages :** [E-9](#) et [E-11](#)

**- Onglet H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

. Modification des honoraires du code d'acte 9943 (Lecteur B/ CSST).

**Page :** [H-11](#)

**- Onglet K - ULTRASONOGRAPHIE**

. Retrait de PG-07 pour les codes d'acte 8344 et 8345.

**Page :** [K-8](#)

**- Onglet L - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE**

. Modification des honoraires du code d'acte 8479 et le code d'acte 8458 est aboli.

**Page :** [L-2](#)

. Ajout de nouveaux codes d'acte.

**Pages :** [L-3](#), [L-4](#) et [L-5](#)

**- Onglet M - GÉNÉTIQUE MÉDICALE**

. Modification de la NOTE sous le code d'acte 9619 (études biochimiques) et de la NOTE sous Génétique moléculaire.

**Pages :** [M-2](#) et [M-4](#)

**MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF**

**- Onglet PAIEMENT**

. Ajout de nouveaux codes de transaction.

**Page :** [8](#)

**Remarque :** *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 052 / 2004-08-04 et 067 / 2004-09-28.*

**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 nationale du Québec  
ISBN 2-551-12537-5

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
**Service de l'information aux professionnels**



**4.3** Le forfait de l'urgence est de 150 \$ entre minuit et 7 heures et de 100 \$ pendant le reste de l'horaire de garde.

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

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

*code d'acte 92030 de minuit à 7 heures ;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**RÈGLE 5.****HONORAIRE ADDITIONNEL**

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

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

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

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

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

**RÈGLE 6.****RAPPORTS MÉDICAUX**

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

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

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

## 5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS

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

Aucun code :

Demande de paiement payée au montant demandé.

### 5.6.1 CODES DE TRANSACTIONS

- 00** Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02** Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03** Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12 (ne pas faire de demande de révision).
- 04** Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05** Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10** Rectification après appréciation (déjà paru avec code 03).
- 11** Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà paru avec code 03).
- 12** Paiement maintenu après appréciation (déjà paru avec code 03).
- 20** Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21** Demande de paiement révisée à votre demande.
- 22** Demande de paiement 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).
- # 90** Codes spéciaux de révision.
- # 91 à 98** Codes 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.

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 6**

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

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

---

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

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

Pour les fins d'application de cette règle, les chirurgies visées sont celles apparaissant au chapitre « SYSTEME CARDIAQUE », sous les rubriques « Actes généraux », « Coeur et péricarde », « Chirurgie coronarienne », « Stimulateur cardiaque », « Chirurgie de l'arythmie » et « Appareil vasculaire, thoracique ». Sont également visées les chirurgies codées 4662, 4677 et 4688.

---

---

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 8**

URGENCES

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

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

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

---

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 9**

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

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

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

---

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 10**

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

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

---

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 11**

TOMODENSITOMÉTRIE

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

---

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 12**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

---

**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. (*)	
	<b>Métabolites</b>	
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 . . . . .	10,00
60047	Mucopolysaccharides (qualitatif) . . . . .	25,00
60048	Mucopolysaccharides (quantitatif) . . . . .	30,00
60049	Oligosaccharides (qualitatif) . . . . .	25,00
60050	Purines et pyrimidines . . . . .	25,00
60051	Sphingolipides (qualitatif) . . . . .	25,00
60052	Succinylacétone (quantitatif) . . . . .	10,00
60053	Autres métabolites . . . . .	10,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	

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

**Génétique moléculaire :**

+	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (*)	
	Étude moléculaire par PCR pour détection directe de mutations à l'intérieur d'un même gène ou à l'intérieur de séquences voisines du gène lorsqu'il s'agit d'étude de liaison	
60060	recherche d'une ou deux mutation(s) différente(s) . . . . .	30,00
60061	recherche de plus de deux mutations différentes . . . . .	75,00
60062	Étude moléculaire par PCR quantitatif d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène. . . . .	200,00
60063	Étude moléculaire par PCR et séquençage d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène. . . . .	200,00
	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réaction(s) de digestion différente(s) (polymorphismes différents)	
60064	utilisation d'une réaction . . . . .	37,50
60065	utilisation de deux réactions ou plus. . . . .	100,00
60066	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion. . . . .	42,50
60067	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragment(s) différent(s) de la protéine codée par le gène étudié. . . . .	200,00

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



		L R = 7	C R = 1
+ 9943	Lecteur B/ CSST : pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste .....		10,00
	<b>AVIS :</b> <i>Cet acte doit être facturé sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ». Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».</i>		
	<b>ABDOMEN</b>		
8150	Abdomen simple .....	12,12	4,46
8152	2 incidences ou plus .....	19,02	6,40
	<b>VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant la fluoroscopie)</b>		
	NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.		
	<b>AVIS :</b> <i>Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est <b>obligatoire</b>.</i>		
8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie .....	30,42	23,54
8133	Étude du pharynx et de l'oesophage .....	30,42	23,54
8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 8133, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés) .....	28,66	13,67
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)		
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum .....	56,18	24,33
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum .....	60,56	29,55
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle .....	72,10	31,76
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle .....	81,15	37,17
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés) .....	36,98	16,81
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle .....	67,31	63,36
	Colon, lavement baryté		
8149	simple contraste .....	58,50	18,76
8179	pour réduction d'intussusception .....	52,89	82,70

**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

**SLE - Spécialistes**

		L R = 7	C R = 1
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) . . . . .	76,70	40,00
	<b><u>AVIS :</u> Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.</b>		
8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique . . . . . NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 8257, 8262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.		150,00
8161	Cholécystographie orale . . . . . Cholangiographie		3,54
8171	par tube en T, incluant l'injection . . . . .	24,51	13,63
8163	per-opératoire . . . . .		7,15
8165	par infusion intraveineuse, incluant l'injection . . . . .	35,00	16,50
8180	Pancréatographie per-opératoire . . . . .		12,17
8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie . . . . .	25,44	12,17

**VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE**

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

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

8181	Pyélographie i.v. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	58,53	26,63
------	---	-------	-------

**AVIS : Utiliser le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » peu importe le lieu de dispensation.**

	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 fœtales		
Moins de 16 semaines de grossesse		
8323		
8324	3,75	11,25
par voie transvésicale ou endovaginale . . . . .		
par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (*) . . . . .		
8312	4,60	13,90
pour étude de grossesse multiple (*) . . . . .		
À partir de la 16 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
8317	4,60	13,90
8318	6,75	20,25
8339	3,50	10,25
étude complète (**) . . . . .		
étude complète de grossesse gémellaire (**) . . . . .		
par fœtus additionnel, au-delà du deuxième . . . . .		
<p><b><u>AVIS :</u></b> 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.</p>		
À partir de la 28 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
8319		
Étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance. . . . .		
	1,30	3,90
<p><b><u>AVIS :</u></b> Voir la Règle d'application no 10.</p>		
8313		
Consultation exceptionnelle, supplément. . . . .		
	70,00	
<p><b><u>AVIS :</u></b> 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.</p>		
<b>ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE</b>		
Écho A-œil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
8336		
8337	2,00	5,00
un œil . . . . .		
8320	3,50	9,50
deux yeux . . . . .		
Écho B-œil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A. . . . .		
	7,00	20,75
<p><b><u>AVIS :</u></b> (*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n<sup>o</sup> 10. (**) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n<sup>o</sup> 10.</p>		

**K - ULTRASONOGRAPHIE**

**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE</b>			
8325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326 (*).	4,75	14,25
8326	Complète (trois organes et plus) (*)	7,50	22,50
+8344	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique et, le cas échéant, les biopsies et la cytologie.	150,00	
+8345	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique et, le cas échéant, les biopsies et la cytologie.	150,00	
8327	Échographie prostatique transrectale (*)	10,00	30,00
8328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*)	10,00	30,00
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 8327 et 8328).*

**ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE**

(s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)

8342	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 (**)	6,20	18,30
8343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	4,00	11,80

**AVIS :** *Inscrire l'indication clinique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.*

**AVIS :** (\*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.  
(\*\*) Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.

## 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**

	<b>Épreuves de routine :</b>	
+ 8479	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés .	63,00
8480	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément. . . . .	8,00
8481	lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément . . . . .	9,50
	<b>Volumes :</b>	
8454	volume de fermeture . . . . .	5,00
	<b>Diffusion :</b>	
8455	capacité de diffusion, au repos . . . . .	9,50
	NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	
8456	capacité de diffusion, à l'exercice . . . . .	60,00
	<b>Échanges gazeux :</b>	
8459	évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins . . . . .	35,00
8460	évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins . . . . .	50,00
8461	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50) . . . . .	25,00
8462	mesure de la carboxyhémoglobine . . . . .	5,00
	<b>Épreuves d'effort respiratoire :</b>	
	stades de Jones	
8463	stade 1 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO <sub>2</sub> et d'oxygène. . . . .	100,00
8464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO <sub>2</sub> et d'oxygène expirés, pCO <sub>2</sub> de fin d'expiration, pCO <sub>2</sub> du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène . . . . .	120,00

8465	stade 3 Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO <sub>2</sub> , pCO <sub>2</sub> et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène . . . . .	190,00
	Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1. NOTE : Le service médical codé 0125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 8463, 8464 et 8465.	
+8487	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
+8488	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
	<b>Autres épreuves :</b>	
8466	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne) . . . . .	145,00
8482	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique . . . . .	145,00
8484	test de stimulation phrénique, supplément . . . . .	55,00
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466.	
8467	Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans . . . . .	40,00
8476	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans («Squeeze test») incluant la surveillance . . . . .	120,00
8477	avec bronchodilatateur, supplément. . . . .	10,00
8478	avec provocation bronchique, supplément. . . . .	40,00
+8468	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde. . . . .	60,00
8485	Analyse microscopique et interprétation du lavage broncho-alvéolaire Maximum de 1 par jour, par patient . . . . .	12,50
8486	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.	40,00
8469	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments) . . . . .	60,00

		R = 1
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
8470	bénéficiaire de 16 ans et moins . . . . .	80,00
8471	bénéficiaire de plus de 16 ans . . . . .	30,00
+ 8489	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.	
8472	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées)  Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient. . . . .	100,00
	NOTE : Pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique.	
	Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil. Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électro-encéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO2 trans-cutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.  Les interventions telles que l'installation d'un C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant. NOTE : Chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électro-encéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.	
8473	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient. . . . .	90,00
8474	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient. . . . .	150,00
8475	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 électro-encéphalographie.	

---

+8490	Mesures sériées de la latence d'endormissement. . . . .	90,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 20 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient.	
+	NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	
+8491	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.

<b>Cytogénétique</b>		
9601	Caryotype pour maladies constitutionnelles . . . . .	50,00
9602	Caryotype pour maladies constitutionnelles après synchronisation cellulaire. . . . .	75,00
9603	Caryotype pour maladies acquises. . . . .	70,00
9604	Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire. . . . .	95,00
9605	Chromatine sexuelle X ou Y. . . . .	10,00
9606	Décompte des cassures chromosomiques. . . . .	95,00
9607	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes. . . . .	40,00
9608	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes. . . . .	75,00
9609	Étude des échanges entre chromatides soeurs. . . . .	95,00
<b>Génétique biochimique</b>		
<b>Enzymologie</b>		
9612	Biotinidase . . . . .	75,00
9613	Carnitine acétyltransférase. . . . .	75,00
9614	Disaccharidases. . . . .	75,00
9615	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate. . . . .	250,00
9616	Enzymes du cycle de l'urée. . . . .	150,00
9617	Enzymes lysosomaux. . . . .	150,00
9618	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine . . . . .	150,00
9619	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. (*)	
9620	Fumarylacétoacétate hydrolase. . . . .	75,00
9621	Galactose-1-PO4 uridyl transférase. . . . .	75,00
9622	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale . . . . .	270,00

**# AVIS :** (\*) Incrire 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
9623	Autres enzymes . . . . .	75,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	
	<b>Métabolites</b>	
9626	7-Dehydrocholestérol . . . . .	10,00
9627	Acide hippurique . . . . .	10,00
9628	Acide homogentisique (quantitatif) . . . . .	10,00
9629	Acide méthylmalonique (quantitatif) . . . . .	10,00
9630	Acide orotique (quantitatif) . . . . .	10,00
9631	Acide phytanique (quantitatif) . . . . .	10,00
9632	Acide pipécolique (qualitatif) . . . . .	10,00
9633	Acide sialique . . . . .	10,00
9634	Acides aminés (quantitatif) . . . . .	54,00
9635	Acides gras à très longues chaînes . . . . .	25,00
9636	Acides gras libres . . . . .	10,00
9637	Acides organiques (quantitatif) . . . . .	50,00
9638	Acylcarnitines . . . . .	25,00
9639	Carnitine libre et estérifiée . . . . .	20,00
9640	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate . . . . .	20,00
9641	Galactose-1-PO4 . . . . .	10,00
9642	Homocystéine totale . . . . .	10,00
9643	Mucopolysaccharides (qualitatif) . . . . .	25,00
9644	Mucopolysaccharides (quantitatif) . . . . .	30,00
9645	Oligosaccharides (qualitatif) . . . . .	25,00
9646	Purines et pyrimidines . . . . .	25,00
9647	Sphingolipides (qualitatif) . . . . .	25,00
9648	Succinylacétone (quantitatif) . . . . .	10,00
9649	Autres métabolites . . . . .	10,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (*)	

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

**Génétique moléculaire :**

+	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (*)	
	Étude moléculaire par PCR pour détection directe de mutations à l'intérieur d'un même gène ou à l'intérieur de séquences voisines du gène lorsqu'il s'agit d'étude de liaison	
9652	recherche d'une ou deux mutation(s) différente(s) . . . . .	30,00
9653	recherche de plus de deux mutations différentes. . . . .	75,00
9654	Étude moléculaire par PCR quantitatif d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène. . . . .	200,00
9655	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)	
9656	utilisation d'une réaction. . . . .	37,50
9657	utilisation de deux réactions ou plus . . . . .	100,00
9658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion . . . . .	75,00
9659	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.*