



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

**MISE À JOUR 52
MAI 2009**

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 49, en vigueur le 1^{er} MAI 2009, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

MODIFICATION 49

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Le point 7.1 de la Règle 7, la Pédiatrie et la Médecine Nucléaire a été ajoutée.

Page : [6](#)

RÈGLES D'APPLICATION

- Les Règles d'application n^{os} 4, 6, 11, 14, 19, 22, 27, 35 et 36 ont été modifiées ou ajoutées.

Pages : [3](#), [4](#), [5](#) à 8, [10](#) à 12 et [14](#).

- Les Plafonnements d'activités PA 34 et PA 37 ont été modifiés.

Page : [17](#) et 18

- Le Plafonnement d'activités PA 20 a été modifié.

Page : [16](#) - **en vigueur le 1^{er} juillet 2008.**

- Les Plafonnements d'activités PA 13, PA 17, PA 18, PA 27 ont été modifiés ou supprimés.

Pages : [15](#) et [16](#) - **en vigueur le 1^{er} janvier 2009.**

- Les Plafonnements particuliers PG 7 et PG 9 ont été modifiés ou supprimés.

Pages : [21](#), **en vigueur le 1^{er} janvier 2009.**

ONGLETS A, C, F, H, L, M,

- Modification de libellés, codes d'acte abolis, ajouts et changements de tarification de certains codes d'acte. (*Prend effet le 1^{er} mai 2009, sauf mention contraire*)

Pages : [A-3](#) à A-6

Page : [C-1](#)

Page : [D-2](#)

Pages : [F-2](#) à F-6

Pages : [H-1](#) à H-3, [H-6](#) et [H-7](#), [H-9](#) et H-10, [H-12](#) à H-32

Pages : [L-2](#) et [L-3](#)

Pages : [M-2](#) à M-4

- Des modifications ont été apportées à la Règle 1 à 1.4 de l'onglet H ainsi que l'honoraire de numérisation - *en vigueur le 1^{er} juin 2009*

Pages : [H-1](#), [H-2](#) et [H-12](#) à H-22

B - BIOCHIMIE MÉDICALE

- L'article 2.2 ii) et iii) de l'ADDENDUM 3 ont été modifiés.

Page : [B-1](#)

- L'article 3.1 et 3.4 de l'ADDENDUM 3 ont été modifiés.

Page : [B-2](#)

- L'article 3.5 sous - ADJOINT PAVILLONNAIRE HOSPITALIER D'UN SERVICE OU D'UN DÉPARTEMENT DE BIOCHIMIE a été ajouté et la numérotation des articles subséquents à 3.5 a été modifiée.

Pages : [B-2](#) et [B-3](#)

- La valeur d'un K à l'annexe a été modifié pour 1 935\$.

Page : [B-5](#)

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

- La valeur à l'annexe a été modifié pour 127 500\$.

Page : [G-4](#)

K- ULTRASONOGRAPHIE

- La Règle 1 - Honoraire - a été modifiée.

Page : [K-1](#)

- La Règle 2.1 - Types d'examen - a été modifiée.

Page : [K-2](#)

- La Règle 4 - Échographie abdominale supérieure - a été modifiée.

Page : [K-2](#)

- La Règle 8 - Consultation exceptionnelle en échographie obstétricale - a été modifiée.

Page : [K-4](#)

- La Règle 9 - Substance de contraste - et la Règle 10 - EXAMEN AU CHEVET DU PATIENT - ont été ajoutés.

Page : [K-4](#)

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

Pages : [K-5](#) à K-16

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Des avis administratifs ont été ajoutés sous l'article 1.3

Page : [1](#)

- Un avis administratif a été ajouté sous l'article 2.3

Page : [2](#)

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT-RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS sous la règle d'application n° 19, un code d'acte a été supprimé au MOD=041

Page : [17](#)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE le Modificateur 043 a été ajouté.

Page : [18](#)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE les Modificateurs 105, 106 et 107 ont été ajoutés - **en vigueur le 1^{er} juin 2009**

Page : [18](#)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE le Modificateur 066 a été modifié.

Page : [18](#)

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT-RÉMUNÉRATION À L'ACTE (suite)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE le Modificateur 044 a été supprimé.

Page : [18](#)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- ULTRASONOGRAPHIE, le Modificateur 051 a été modifié.

Page : [19](#)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- ULTRASONOGRAPHIE, les Modificateurs 144, 198 et 055 ont été ajoutés.

Page : [19](#)

- À l'Annexe I- LISTE DES MODIFICATEURS- Modificateurs multiples, les modificateurs: 820; 824; 825; 821; 822 et 823 ont été ajoutés.

Pages : [21](#) et [22](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Le message explicatif 216 a été modifié.

Page : [11](#)

RÈGLES D'APPLICATION

- À la Règle d'Application N^O19- CARDIOLOGIE- l'avis sous l'article n^o 5 a été modifié

Page : [8](#)

- À la Règle d'Application N^O19- CARDIOLOGIE-, l'avis sous l'article n^o 7 a été supprimé.

Page : [8](#)

- À la règle d'application N^O 21- CHIRURGIE-, l'avis administratif a été modifié

Page : [9](#)

ONGLETS A, H

- Des avis administratifs ont été ajoutés, modifiés ou retirés.

Page : [A-7](#)

Pages : [H-2](#), [H-6](#), [H-7](#), [H-11](#), [H-16](#) à H-18, [H-26](#), [H-28](#), [H-30](#) à H-32 et [H-34](#)

B - BIOCHIMIE MÉDICALE

- Les avis sous l'article 4.3 et sous l'annexe ont été modifiés.

Pages : [B-4](#) et [B-5](#)

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

- L'avis sous l'article 3.4 et celui sous l'annexe ont été modifiés.

Pages : [G-3](#) et [G-4](#)

K- ULTRASONOGRAPHIE

- L'avis sous la Règle 4.1 a été modifié.

Page : [K-2](#)

- Des avis sous les Règle 9 et 10 ont été ajoutés.

Page : [K-4](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué et infolettres suivants : Communiqué 180 - 29 janvier 2009, Infolettre 014 - 5 mai 2009 et Infolettre 9-026 - juin 2009.

LÉGENDE

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

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

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

4.3 Le forfait de l'urgence est de 180 \$ entre minuit et 7 heures et de 120 \$ 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 « Document complémentaire » (Formulaire 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 du centre hospitalier qui coïncide avec la date d'une fête légale ou, si elle tombe le week-end, le jour de sa célébration.

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

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

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

RÈGLE 5.

HONORAIRE ADDITIONNEL

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

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

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

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

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

RÈGLE 6.

RAPPORTS MÉDICAUX

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

RÈGLE 7.

SÉDATION-ANALGÉSIE

7.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en cardiologie ou en radiologie diagnostique qui procède à une sédation-analgésie (narcose) 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.

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 85 \$ 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 85 \$ 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 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.*

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 85 \$ 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 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 85 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

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**

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 tomodensitométrie **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**

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

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 n° 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

RÉMUNÉRATION À L'ACTE
SLE - Spécialistes

	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
#	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
	051 - 111 - 144	331	1,2750
#	055 - 144	823	2,2500
	074 - 109	259	1,7000

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

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
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
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 le programme confié à la Régie par le MSSS

K :

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

N :

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

S :

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

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

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

RÈGLES D'APPLICATION

6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION NO. 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 3**OPHTALMOLOGIE****Actes chirurgicaux**

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

Ces chirurgies sont:

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

07802 - Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG

07051 - Sphinctérotomie

07052 - Synéctomie irienne (corélyse)

07055 - Cataracte membraneuse : discission

07137 - Iridectomie périphérique ou complète

07295 - Section de bande du vitré

07811 - Cyclodialyse

07814 - Corectopie

07461 - Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

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

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

- + Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie » (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, nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie, lorsqu'un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par ce médecin est également payée à plein tarif.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 6

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

- Soins d'un nouveau-né.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgie oncologique complexe (sauf pour les honoraires d'anesthésie).
- Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque ou cardiaque-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire.
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- + - 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 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 « SYSTÈME CARDIAQUE », sous les rubriques « Actes généraux », « Cœur et péricarde », « Chirurgie coronarienne », « Stimulateur cardiaque », « Chirurgie de l'arythmie » et « Appareil vasculaire, thoracique ». Sont également visées les chirurgies codées 04662, 04677 et 04688.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 8**URGENCES**

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 9**OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**

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

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 NO. 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

Les services médicaux « Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique DXA » (codes 8243, 8245 et 8246) et « Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA » (code 8247) 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 NO. 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 19

+ CARDIOLOGIE

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

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

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 au regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.*

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

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

4. En cardiologie, l'honoraire du service médical « Évaluation - greffe cardiaque et arythmie : Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne » (code 09208) ne peut être réclamé lorsque ce service médical est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Stimulation programmée du 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 et 08311 (rôles 1 et 7). Voir sous l'onglet K - Ultrasonographie.*

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

6. Le service médical « Stimulation programmée du 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 NO. 20**NEUROCHIRURGIE**

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

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

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 21**CHIRURGIE**

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

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

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

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer ou d'une tumeur intra-crânienne, 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 ou inscrire le modificateur 003 pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 22

DERMATOLOGIE

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

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

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

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

- + **2.** En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie 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 NO. 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 24

NEUROLOGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 25

UROLOGIE

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre « **Procédés diagnostiques et thérapeutiques** » sous la rubrique « BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES » ainsi que la rémunération pour le service médical « implantation sous-cutanée de substances hormonales » sont comprises dans la tarification du service médical principal.
2. En urologie, le médecin qui voit un patient pour une injection médicamenteuse (papavérine ou autre) pour traiter l'impuissance n'a pas droit au paiement d'honoraires de visites.
3. En urologie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 26

PSYCHIATRIE

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, en clinique externe ou en cabinet privé.
Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.
2. En psychiatrie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient, en ce qui a trait aux visites de contrôle et aux tournées de malades.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

- + 1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable 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 cabinet privé. 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 NO. 28

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

- 1.** En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, 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 NO. 29

ALLERGIE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 31**NÉPHROLOGIE**

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 32**EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE**

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 33**ENDOCRINOLOGIE**

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 34**RADIO-ONCOLOGIE**

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 35**HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE**

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

- + En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par période de sept (7) jours, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale.

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 36**PHYSIATRIE**

En physiatrie, 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 physiatre.

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 « Electroencéphalogramme 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'hétérotropie, 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 217 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 45 160 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

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

2.10 PA 24. Examens in vitro

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

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

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

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

2.13 PA 29. Neurologie

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

Code 00356 Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles

Code 09412 Électromyographie extensive, 7 muscles et plus

Code 00357 Étude de la conduction nerveuse

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

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

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

2.14 PA 30 Dermatologie

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

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

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

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

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

2.15 PA 31 Chirurgie générale

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

1. Un plafonnement de 141 750 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux suivants :
 - i) les forfaits patient et forfaits unité payable aux soins intensifs en vertu de l'Annexe 29;
 - ii) l'ensemble des services médicaux accomplis sur les lieux d'une unité de soins intensifs.

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

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

2.16 PA 33 Radio-oncologie

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

2.17 PA 34 Cardiologie

- + Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de 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 d'un semestre (pour les professionnels qui utilisent la demande de paiement n° 1606).*

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

Spécialité	Montant
Santé communautaire	143 850 \$
Biochimie	156 450 \$
Psychiatrie	197 400 \$
Neurologie	233 100 \$

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 159 600 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

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

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

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 267 750 \$ par année civile.

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

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

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

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

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

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

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

3.5 PG 5 Radio-oncologie

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

3.9 PG 8 Chirurgie générale

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

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

+ 3.10 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 102 300 \$ 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.

ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

AUTOPSIE

10020	Autopsie : examen macroscopique et microscopique	450,00
+ 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	450,00
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, utiliser une ligne distincte pour chacun des services rendus, inscrire l'heure du début dans la case NOMBRE D'ACTES du formulaire n° 1606 «Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte».*

Consultation per-opératoire

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

Consultation

+ 10042	examen effectué par un anatomo-pathologiste sur requête écrite d'un médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité; l'anatomo-pathologiste consultant revoit en outre les résultats de laboratoire et les autres données pertinentes et soumet par écrit ses constatations, ses opinions ainsi que ses recommandations au médecin	75,00
+ 10050	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic	132,00
+ 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	132,00
+	NOTE : L'acte codé 10051 ne peut pas s'appliquer à l'examen du cœur d'un donneur.	
10052	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité	236,60
10054	demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre qui justifie d'une formation particulière en neuropathologie et est reconnu à ce niveau par les parties négociantes, eu égard à l'étude du système nerveux sur des pathologies primaires dominantes avec corrélations cliniques et/ou incidence génétique et sur des pathologies systémiques avec composantes du système nerveux ayant entraîné une symptomatologie neurologique	210,30

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

A - ANATOMO-PATHOLOGIE**SLE - Spécialistes**

+ 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.	2,10
10101	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques.	47,30
10111	Immunoperoxydase	26,30
	NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP	

Pathologie chirurgicale

10121	examen macroscopique ou microscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires)	2,10
10131	examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires non complexes.	14,70
+ 10132	examen macroscopique et microscopique de spécimens tissulaires complexes (voir liste)	68,00

AVIS : Voir la liste à la page A-8.

	examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive :	
+ 10144	tumeur osseuse maligne, primaire.	144,00
10145	mélanome.	68,40
+ 10147	lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle.	74,00
+ 10148	colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung	121,00
+ 10149	globe oculaire.	121,00
+ 10190	segmentectomie mammaire localisée au harpon	116,00
+ 10191	spécimen de chirurgie radicale pour lésion maligne (excluant les lésions cutanées mais incluant l'étude des marges de résection du spécimen)	132,00
+ 10192	étude des ganglions accompagnant ou suite à une chirurgie radicale pour lésion maligne	47,00
+ 10193	étude protocolaire d'un ganglion sentinelle.	47,00
+ 10194	cartographie tumorale osseuse pour détermination de la réponse à la chimiothérapie ou la radiothérapie	237,00

Marges de résection		
10156	Détermination de marges de résections multiples au moyen de techniques spéciales dans le cas de lésion maligne de la peau.	25,20
	Technique de Mohs (avec ou sans congélation)	
10195	première couche excluant le curetage initial	73,60
10196	chaque couche additionnelle	34,70
Biopsies		
+ 10200	artère temporale	22,00
+ 10201	au trocart autre que le sein	47,00
10152	cérébrale	42,10
+ 10202	cutanée au poinçon, applicable seulement pour étude d'une maladie inflammatoire cutanée	46,00
10203	cutanée par curetage ou rasage de néoplasie épidermique ou annexielle	16,80
10171	endométriale (à l'exception des produits de conception et de la datation de l'endomètre)	21,00
+ 10157	hépatique	52,00
10204	intestin pour maladies inflammatoires, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	63,10
+ 10205	moelle osseuse	83,00
+ 10154	myocardique	57,00
10206	nerf périphérique	73,60
+ 10207	ORL excluant les polypes du nez, les lésions de l'oreille, les lésions de parodontite marginale et les sacs folliculaires	31,55
	col utérin	
+ 10170	par colposcopie, un ou plusieurs fragments soumis ensemble dans un seul contenant.	20,00
+ 10161	par colposcopie, une biopsie du col et un curetage endocervical soumis séparément dans des contenants différents	20,00
+ 10162	par colposcopie, plusieurs biopsies du col avec ou sans curetage endocervical soumis séparément dans des contenants différents	20,00
+	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 .	20,00
+ 10153	par endoscopie excluant la colposcopie	34,00
+	Étude de polypes multiples réséqués par voie endoscopique reçus dans des contenants séparés et identifiés	
+ 10164	2 ou 3 spécimens	31,55
+ 10165	plus de 3 spécimens.	31,55
10151	pleurale ou péricardique	42,10
+ 10208	prostate, à l'aiguille, 3 et moins	38,00
+ 10209	prostate, à l'aiguille, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	86,00
+ 10210	pulmonaire par thoracotomie et thoracoscopie	95,00
+ 10155	rénale	109,00
+ 10133	sarcome des tissus mous	144,00
+ 10211	sein au trocart	50,00
+ 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	50,00
+ 10159	tissus lymphomateux	89,00

A - ANATOMO-PATHOLOGIE**SLE - Spécialistes**

Microscopie électronique		
10160	technique et interprétation	92,50
Histoenzymologie		
+ 10180	étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non biopsie musculaire dissection de fibres nerveuses histogramme de nerfs ou muscles.	73,00
CYTOLOGIE (examen microscopique) :		
+ 11020	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	28,00
11140	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus) . . .	13,10
11030	Capture d'hybride	2,00
11085	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	1,80
11040	Immunocyte.	2,10
11095	Spécimens non gynécologiques	11,00
11025	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	15,80
13010	Spermogramme complet	12,30
CYTOGÉNÉTIQUE		
12010	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	58,90
BIOLOGIE MOLÉCULAIRE		
13051	Hybridation moléculaire (méthode de Southern, méthode de Northern)	52,60
13052	Hybridation in situ sur coupe(s) tissulaire(s) avec sondes radioactives ou non radioactives, avec rapport écrit du pathologiste NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP	21,00
Technique d'amplification élective des acides nucléiques (PCR) avec évaluation du produit d'amplification		
13054	par électrophorèse seulement	10,50
13055	avec digestion enzymatique	20,00
13056	avec séquençage.	50,00
13061	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie en flux avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	21,00
13062	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie statique avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	20,00

HONORAIRES FORFAITAIRES ANNUELS**A) HÔPITAL DE MOINS DE 200 LITS**

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

B) HÔPITAL DE PLUS DE 200 LITS

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

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

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

ORL

Tumeur salivaire

SEIN

Lésion(s) du sein, par sein

SYSTÈME DIGESTIF

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

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Hypophysectomie
Parathyroïdectomie
Surrénalectomie
Thyroïdectomie totale ou partielle

SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE

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

SYSTÈME LYMPHOÏDE

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

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Lésion médiastinale
Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie

B - BIOCHIMIE MÉDICALE**+ ADDENDUM 3.**

Cet addendum détermine la rémunération du médecin biochimiste pour sa participation aux activités de laboratoire 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'examens complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examens spéciaux, la rationalisation de l'utilisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue des analyses et 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 3.1 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 de l'établissement. L'adjoint hospitalier doit être dûment désigné par le chef d'un service ou d'un département de l'établissement.

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, aux rubriques suivantes: Établissements du réseau de la santé; Calendrier des jours fériés; puis, choisir le calendrier de l'établissement ou celui de la Régie.*

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

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

Dans la section ACTES, inscrire:

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

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

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

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

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

AVIS : La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :
Nombre de lettres K représentant la pleine charge professionnelle ou les charges partielles
plus
Nombre de lettres K représentant les suppléments de charge
multiplié par
1 935 \$
multiplié par 1/180
Exemple: Si le médecin a une pleine charge dans un établissement ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, les honoraires pour une quote-part équivalent à :
 $(80 + 8) \times 1\,935 \$ \times 1/180 = 946,00\$$

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

**ARTICLE 5.
AVIS D'ASSIGNATION**

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

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

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

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

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

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

ANNEXE

- + Aux fins de l'application de l'addendum de biochimie médicale,
la valeur d'un K est la suivante : **1 935 \$**
- # Du 1^{er} juillet 2007 au 30 avril 2009, la valeur d'un K était de 1 894 \$, et à compter du 1^{er} mai 2009, cette valeur est de 1 935 \$.

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	1,45
30140	Électrocardiogramme à haute amplitude moyennée (signal averaging electrocardiogram)	2,00
30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaordique	5,00
30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,60

D - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

ADDENDUM 10.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

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

HONORAIRE D'EXAMEN

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

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

ÉPREUVES MULTIPLES

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

On accorde alors l'honoraire le plus élevé.

ÉPREUVES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

Électroencéphalogramme de base

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

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 38,20 \$ (**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 le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

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

+ 08600	Captation simple ou multiple	3,50
+ 08601	Scintigraphie	21,00
+ 08602	Épreuve de stimulation	3,50
+ 08603	Épreuve de freinage	3,20
+ 08604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	10,50
+ 08605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,90
+ 08606	Courbe d'épuration sanguine du radio iode	10,50
+ 08607	Mesure de l'excrétion urinaire de radio iode	4,20
+ 08608	PBI - I 131	1,50
+ 08609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	69,90

Parathyroïdes

+ 08610	Scintigraphie	49,00
---------	---------------------	-------

Surrénales

+ 08611	Scintigraphie	69,90
---------	---------------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

+ 08612	Volume plasmatique	7,00
+ 08613	Masse globulaire	13,90
+ 08614	Survie globulaire	28,00
+ 08615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	41,90
+ 08616	Index de séquestration splénique	13,90
+ 08617	Survie de leucocytes	41,90
+ 08618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	38,20
+ 08619	Survie des plaquettes	35,10
+ 08620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	41,90
+ 08621	Mesure de l'absorption du fer	25,40
+ 08622	Épuration plasmatique du fer clearance	11,70

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**SLE - Spécialistes**

+ 08623	Taux de renouvellement plasmatique turnover	12,90
+ 08624	Incorporation globulaire du fer utilisation	12,90
+ 08625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	41,90
+ 08626	Volume de la sidérophilline marquée	11,70
+ 08627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,60
+ 08628	Fer globulaire total	1,50
+ 08629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	21,00
+ 08630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	69,90
+ 08631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autres agents	56,00
+ 08632	Lymphographie régionale	28,00
+ 08633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marqué	41,90

SYSTÈME URINAIRE

+ 08634	Scintigraphie rénale (PG-7)	17,60
+ 08635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	10,50
+ 08636	Rénogramme(PG-7)	21,00
+ 08637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	41,90
+ 08638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	21,00
+ 08639	Taux de filtration glomérulaire	21,00
+ 08640	Recherche du reflux vésico-urétéral (PG-7)	34,90
+ 08641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	34,90

SYSTÈME DIGESTIF

+ 08642	Scintigraphie hépatique et splénique	17,60
	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent	
+ 08643	Courbe et/ou taux d'épuration	13,90
+ 08644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	56,00
+ 08645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	10,50
+ 08646	Recherche de diverticule	49,00
+ 08647	Étude de protéine marquée	34,90
+ 08648	Vidange gastrique et/ou reflux	69,90
+ 08649	Absorption du calcium	21,00
+ 08650	Trioléine	13,90
+ 08651	Acide oléique	11,70
+ 08652	Schilling	13,90
+ 08653	Schilling avec facteur intrinsèque	13,90
+ 08654	Pertes protéiques	41,90
+ 08655	Recherche de sang dans les selles	41,90
+ 08656	Élimination fécale de substances marquées	41,90
+ 08657	Métabolisme des sels biliaires	28,00
+ 08658	Scintigraphie du pancréas	32,20

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

+ 08659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	17,80
+ 08660	Perfusions myocardiques dynamiques	34,90

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

SLE - Spécialistes**F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**

+ 08661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	29,80
+ 08662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique . . .	23,80
+ 08663	Mesure du débit cardiaque	11,90
+ 08664	Mesure du temps de circulation	10,70
+ 08665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,50
+ 08666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	6,00
+ 08667	Scintigraphie du myocarde	29,80
+ 08668	Scinti-angiographie aorte/ses branches, excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	17,80
+ 08669	Phlébographie isotopique	69,90
+ 08670	Ventriculographie isotopique	29,80

SYSTÈME RESPIRATOIRE

+ 08671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	34,90
+ 08672	Angiographie pulmonaire	17,60
+ 08673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	49,00
+ 08674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	49,00

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

+ 08675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	11,90
+ 08676	Scintigraphie cérébrale	28,00
+ 08677	Cisternographie (2-6-24 hres)	104,80

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

+ 08704	Ostéodensitométrie isotopique (PG-7)	19,10
---------	--	-------

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	21,00
+ 08679	sites multiples	49,60
	Scintigraphie articulaire :	
+ 08680	un site	21,00
+ 08681	sites multiples	49,60

DIVERS

+ 08682	Scintigraphie de l'abdomen	34,90
+ 08683	Scintigraphie des voies lacrymales	49,00
+ 08684	Scintigraphie des glandes salivaires	49,00
+ 08685	Placentographie	17,60
+ 08686	Recherche de foyer d'abcès (PG-7)	56,00
+ 08687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre au P32	34,90
+ 08688	Recherche de néoplasie du sein	21,00
+ 08689	Scintigraphie des testicules	69,90
+ 08690	Étude du taux d'épuration	17,60
+ 08691	Scintigraphie des chaînes mammaires	34,90

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**SLE - Spécialistes**

	Autre scintigraphie :	
+ 08692	un site	21,00
+ 08693	sites multiples	56,00
+ 08694	Scintigraphie par fluorescence-X	34,90
+ 08695	Mesure des éléments tracés « in vivo » par activation neutronale . .	63,60
	Tomographie assistée	
+ 08701	cerveau (PG-7)	73,80
+ 08702	coeur (PG-7)	52,20

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

+ 08703	autre	61,50
+ 08700	Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance (PG-7)	250,00

TRAITEMENT

+ 08705	Brachythérapie	127,10
+ 08696	Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne	217,00
+ 08697	Traitement par radio-isotope métabolisé	119,40
+ 08698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire.	104,80
+ 08699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire, par visite	15,30

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 thyroéstimulante (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

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 (127 500 \$)

multiplié par

1/180

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

$(1,00 + 0,12) \times 127\,500 \$ \times 1/180 = 793,33 \$$

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

GAINS EXTERNES

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

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

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

Article 4

Avis d'assignation

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE

+ Aux fins de l'application de l'addendum de microbiologie-infectiologie,
le montant forfaitaire de base est de : **127 500 \$**

AVIS : *1^{er} juillet 2007 au 30 avril 2009, il était de 120 750 \$ et à compter du 1^{er} mai 2009 il est au montant de 127 500\$.*

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**ADDENDUM 4.**

AVIS : *Sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », 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 DEMANDÉE PAR.*

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

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

- + En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), 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 n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » sauf indication contraire aux tarifs. Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

TARIF DE LABORATOIRE

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

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

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

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

- + **1.4** En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7) 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 n° 1200, « Demande de paiement – médecin ». 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 baryum 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 baryum approprié.

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

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

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

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

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

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

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

RÈGLE 9.**EXAMEN DE LA COLONNE**

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

RÈGLE 10.**PHARYNX ET OESOPHAGE**

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

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

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

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

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

RÈGLE 12.**BILATÉRALITÉ**

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

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

RÈGLE 13.**RADIOGRAPHIE DENTAIRE**

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

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

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

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

RÈGLE 14.**SUBSTANCES DE CONTRASTE**

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 16.**STÉRÉOSCOPIE**

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

RÈGLE 17.**CONSULTATION EXCEPTIONNELLE**

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins 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 34,20 \$.

AVIS : Voir le code d'acte 08240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit sur le formulaire n°1200 « Demande de paiement - médecin » ou sur le formulaire n°1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte ». 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 de la demande de paiement à l'assurance hospitalisation (n° 1606), utiliser un « Document complémentaire » (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 n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». 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 doit 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 doivent être la propriété d'un ou de médecins radiologistes qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie ou d'une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts de cette personne morale ou de cette société sont détenus à plus de 50 % par un ou plusieurs médecins radiologistes.

Cette condition est présumée rencontrée lorsque la détention de l'équipement par le médecin radiologiste, la personne morale ou la société visée ci-dessus est octroyée par le biais d'un contrat de crédit bail consenti par une institution financière ou un fournisseur de cet équipement.

- 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

L	C	N
R = 7	R = 1	R = 9

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

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

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire au tarif, utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'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 3.2.5 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).

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
TÊTE ET COU				
	Crâne			
+8010	3 incidences ou moins	26,40	11,10	15 %
+8013	4 incidences ou plus	32,90	13,80	15 %
	Selle turcique			
+8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,00	6,50	15 %
	Massif facial			
+8123	3 incidences ou moins	20,20	8,50	15 %
+8124	4 incidences ou plus	25,20	8,80	15 %
	Nez			
+8031	minimum de 2 incidences	13,10	5,40	15 %
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)			
+8023	minimum de 3 incidences	20,20	8,70	15 %
	Articulations temporo-maxillaires			
+8024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	20,20	8,70	15 %
	Sinus			
+8125	3 incidences ou moins	19,20	8,20	15 %
+8126	4 incidences ou plus	23,00	8,50	15 %
	Mastoides, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant			
+8076	minimum de 6 incidences	25,30	12,10	15 %
	Conduit auditif interne			
+8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	23,00	8,70	15 %
	Oeil			
+8030	recherche de corps étrangers	13,10	7,70	15 %
+8028	recherche et localisation de corps étrangers	28,30	27,50	15 %
+8011	Trous optiques	15,30	7,70	15 %
+8038	Région des glandes salivaires	14,30	6,80	15 %
	Tissus mous du cou			
+8037	minimum de 2 incidences	12,40	6,80	15 %
+8036	Étude panoramique des maxillaires	15,60	6,80	15 %
	Dents			
+8034	1-2 régions dentaires	5,70	1,50	15 %
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radio- logie diagnostique.			
	Céphalométrie			
+8077	avec mesure des angles	18,30	27,60	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
COLONNE ET BASSIN				
	Colonne cervicale			
+8127	3 incidences ou moins	23,00	7,20	15 %
+8128	4 incidences ou plus	29,50	9,50	15 %
+8042	Colonne dorsale (1*)	21,90	7,50	15 %
+8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (1*)	25,70	7,50	15 %
+8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	32,30	8,40	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 n° 1200 « Demande de paiement - Médecin » est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.				
	Colonne entière (série scoliotique)			
+8053	minimum de 4 incidences	49,30	18,30	15 %
+8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,10	6,10	15 %
+8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	27,40	9,70	15 %
+8058	Articulations sacro-iliaques	19,20	9,40	15 %
	Bassin			
+8054	1 incidence (1*)	13,10	6,20	15 %
+8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	24,40	8,70	15 %
+8055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	28,20	9,50	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	15,50	6,10	15 %
+8075	Articulations acromio-claviculaires	19,20	9,40	15 %
+8118	Articulations sterno-claviculaires	15,80	7,50	15 %
+8074	Omoplate	17,20	7,50	15 %
+8062	Épaule	17,10	7,50	15 %
+8063	Humérus	13,10	6,10	15 %
+8064	Coude	13,10	6,10	15 %
+8065	Avant-bras	13,10	6,10	15 %
+8066	Poignet	13,10	6,10	15 %
+8067	Main	13,10	6,10	15 %
+8068	Poignet et main	19,20	11,70	15 %
+8069	Doigt ou pouce	10,10	4,60	15 %

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application no 14.

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
MEMBRES INFÉRIEURS				
+8080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus	21,50	7,20	15 %
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 14.				
+8083	Fémur	13,10	6,10	15 %
+8084	Genou, incluant la rotule	13,10	6,10	15 %
+8082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (Type Télors ou autres)	38,80	14,40	15 %
+8085	Jambe	13,10	6,10	15 %
+8086	Cheville	13,10	6,10	15 %
	Pied			
+8087	Tarse, calcaneum ou talon	13,10	6,10	15 %
+8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,20	10,50	15 %
+8090	Orteil	10,10	4,60	15 %
+8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie) .	19,90	9,40	15 %
ÉTUDES DU SQUELETTE				
+8092	Étude du squelette pour âge osseux 1 région (main)	13,10	9,00	15 %
+8093	2 régions (main et autres)	23,60	10,20	15 %
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métas- tatique) par incidence ou région			
+8280	8 incidences ou moins	52,50	23,10	15 %
+8281	9 ou 10 incidences	62,30	27,90	15 %
+8282	11 incidences ou plus	72,20	31,40	15 %
THORAX				
+8100	Poumons	19,20	8,90	15 %
+8108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	44,20	12,30	60 %
+8113	Larynx, études spéciales phonation	25,60	22,40	15 %
	Hémithorax (côtes)			
+8115	2 incidences ou plus	15,80	6,50	15 %
+8117	Sternum	16,70	6,50	15 %
	Lecteur B/ CSST : pour l'examen radiologique du poumon par un méde- cin radiologiste			
9943	en établissement		12,50	
<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».				

		L R = 7	C R = 1	N 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 n° 1200 « Demande de paiement - médecin » dans la case ACTES;

- inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;

- inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais **ne rien inscrire** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

ABDOMEN

+8150	Abdomen simple	13,10	5,40	15 %
+8152	2 incidences ou plus	20,70	7,80	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 no 1200 «Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

+8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	33,00	26,20	60 %
+8133	Étude du pharynx et de l'oesophage	33,00	26,20	60 %
+8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés) ..	31,20	15,30	60 %
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
+8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	61,10	25,80	60 %
+8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	65,80	31,30	60 %
+8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle.	78,40	33,80	60 %
+8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	88,20	39,50	60 %

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés) . .	40,20	17,80	60 %
+8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	73,20	67,30	60 %
+8149	Colon, lavement baryté simple contraste	63,60	20,00	60 %
+8179	pour réduction d'intussusception (PG-7)	57,40	87,80	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)	83,30	42,40	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 et/ou modificateur pharmacologique		200,00	
+	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 08149, 08160, 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268 et 08269.			
8161	Cholécystographie orale		3,54	
	Cholangiographie			
+8171	par tube en T, incluant l'injection.	26,60	15,20	60 %
+8163	per-opératoire		7,90	60 %
+8165	par infusion intraveineuse incluant l'injection	38,10	18,30	60 %
+8180	Pancréatographie per-opératoire		13,50	
+8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	27,60	12,90	60 %

		L R = 7	C R = 1	N 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 : <i>Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 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.</i>			
+8181	Pyélographie I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant.	63,70	29,70	60 %
	AVIS : <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)	39,50	8,00	60 %
+8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	31,20	24,30	60 %
+8190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	50,70	30,50	60 %
+8189	Vasographie - Déférentographie	19,50	5,90	60 %
+8191	Kystographie rénale incluant la ponction	11,80	73,70	60 %
+8198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelviographie.	40,30	27,30	60 %
	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE			
+8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	13,00	5,50	15 %
+8193	Pelvimétrie.	20,10	9,20	15 %
+8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	40,90	46,00	60 %

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**SLE - Spécialistes**

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE				
+	NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Fluoroscopie diagnostique » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)			
+8102	Thorax	30,10	11,10	60 %
+8151	Abdomen	30,10	11,10	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	11,70	20,20	60 %
+8271	deux quarts d'heure	23,40	40,40	60 %
+8272	trois quarts d'heure	35,20	60,60	60 %
+8273	une heure ou plus	46,90	80,80	60 %
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION				
+	NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)			
+8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement	31,60	27,30	15 %
+8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	53,60	57,20	60 %
+8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	48,50	73,10	60 %
	Bronchographie			
+8109	unilatérale	29,90	50,80	60 %
+8111	bilatérale	41,30	71,40	60 %
+8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	36,10	21,90	60 %
+8007	Cisternographie opaque	68,50	30,80	60 %
+8027	Dacryocystographie	26,10	10,30	60 %
+8098	Discographie, un niveau ou plus	30,00	21,00	60 %
+8004	Encéphalographie	65,20	30,80	60 %

AVIS : (1*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+8214	Fistulographie	23,90	26,50	60 %
+8201	Galactographie	36,20	53,10	60 %
+8202	Kystographie mammaire	47,40	55,50	60 %
+8119	Laryngogramme avec contraste opaque	63,90	60,60	60 %
+8096	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire contraste huileux (PG-7)	76,40	28,80	60 %
+8097	contraste non ionique (PG-7)	163,90	31,90	60 %
+8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		54,70	
+8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	62,60	102,60	60 %
<u>AVIS :</u> Utiliser le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » peu importe le lieu de dispensation.				
+8025	Sialographie	49,00	43,60	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 08243, 08245, 08246 et 08247, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)				
+8243	Examen initial de base	40,30	22,50	15 %
Suivi (« follow-up »):				
+8245	un site	35,90	13,40	15 %
+8246	deux sites ou plus	40,30	18,30	15 %
+8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,50	4,10	15 %
+8006	Séréotaxie	65,20	24,40	15 %
+8232	Tomographie	55,40	16,00	15 %

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		34,20	
	AVIS : Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi de la « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation » (n° 1606), utiliser un « Document complémentaire » (n°1944) pour inscrire les renseignements demandés.			
+8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :			
	en établissement		10,90	
+	en cabinet		21,70	
	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 +8,40\$. (MOD=008)			

MAMMOGRAPHIE

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

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'accréditation reconnu.

SLE - Spécialistes

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+	diagnostique avec ou sans examen clinique			
+8048	unilatérale	24,70	8,60	15 %
+8049	bilatérale	37,30	17,10	15 %
	clichés supplémentaires			
+8072	unilatéral	22,70	7,90	15 %
+8073	bilatéral	37,30	15,90	15 %
	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 "Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale" (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*)	24,70	7,90	15 %
+8079	bilatérale (1*)	37,30	15,90	15 %
8081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente no107)	7,50		
	clichés supplémentaires			
+8103	unilatéral (1*)	22,70	7,90	15 %
+8104	bilatéral (1*)	37,30	15,90	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 la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1	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 "Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale" (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*)	24,70	7,90	15 %
+8135	bilatérale (1*)	37,30	15,90	15 %
	clichés supplémentaires			
+8129	unilatéral (1*)	22,70	7,90	15 %
+8130	bilatéral (1*)	37,30	15,90	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	22,70	5,20	15 %
	<u>AVIS :</u> Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », quelque soit le lieu où les services ont été rendus. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.			

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 la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+8144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologue en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc. (1*).....		54,40	
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologue qui a facturé l'examen de dépistage.			
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
+8145	unilatérale		7,80	
+8146	bilatérale		15,80	

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 la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

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

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

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire n° 1606, « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

ANGIORADIOLOGIE

- | | | |
|--------|---|-------|
| + 8433 | Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique ou interventionnelle avec rapport au dossier | 65,30 |
| + | 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 | 105,40 |
|--------|--|--------|

		R = 7	R = 1	R = 9
+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		96,90	
+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		50,60	
+8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément		63,20	
+8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément		16,30	
	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		42,10	
+8406	Lymphographie unilatérale		52,70	
+8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément		16,90	

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

+	Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)			
+8408	non sélective		31,60	
+8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4		31,60	
	sélective avec quantification par moyen objectif:			
+8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2 .		14,20	
+8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4		24,70	
+8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux		12,10	
+8414	sélective carotidienne, unilatérale		37,90	
+8415	sélective vertébrale, unilatérale		36,90	
	périphérique, membres inférieurs			
+8416	unilatérale		31,60	
+8417	bilatérale		63,20	
+8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie		35,50	
	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	

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
SLE - Spécialistes

		R = 7	R = 1	R = 9
+ 8422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		41,60	
+ 8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée.		31,60	
+ 8424	Lymphographie, unilatérale		30,80	
+	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 éta- blissements 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).			
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 11. Pour la facturation de la tomographie par ordi- nateur, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identi- fication de chaque personne assurée est obli- gatoire.			
#	<u>AVIS :</u> Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiolo- gie 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 inter- nes			
+ 8290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de subs- tance 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 08263) inclut l'examen des sur- rénales.			

		R = 7	R = 1	R = 9
+	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	

		R = 7	R = 1	R = 9
	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 : <i>Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.</i>			
+	Examen vasculaire :			
+ 8434	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		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).	
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.</i>	
+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 08591 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 n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». 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	105,00
		région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	
+	+8443	NOTE : L'acte codé 8442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8570.	105,00
		région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	
+	+8444	NOTE : L'acte codé 8443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8571.	105,00
		thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	
+	+8445	NOTE : L'acte codé 8444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8572 ou 8445.	105,00
		abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis.	
+		NOTE : L'acte codé 8445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8573, 8574 ou 8444.	

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**SLE - Spécialistes**

		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, 08444 ou 08446.			
+8448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00	
+	NOTE : L'acte codé 08448 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 n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement » 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 n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». 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.	

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
SLE - Spécialistes

		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)		25,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case unités.			
8586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7) Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique		50,00	
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)		75,00	
8589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		125,00	
	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » lors d'une même séance.			

K - ULTRASONOGRAPHIE**ADDENDUM 8.**

Cet addendum prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier.

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

AVIS : *Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin » utilisé pour les visites.*

Voir la section 2.6 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».

L'identification de la personne assurée est essentielle.

+ RÈGLE 1.**TARIFICATION**

Honoraire

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 1er 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 vélocité 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 100 \$.

AVIS : *Voir le code d'acte 08313 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) sont essentielles.*

+ RÈGLE 9.**SUBSTANCE DE CONTRASTE**

9.1 On accorde un supplément de 15 \$ 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, 08392, 08393 et 08394 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 du formulaire n° 1200 seulement).*

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

+08300	Ligne médiane postérieure.	7,60
+08301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux. . . .	15,80
+08302	Complète.	46,40

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*) . . .	20,00
+	Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens	
+08375	technique (1*)	125,00
+08376	interprétation (1*)	75,00
+08377	technique et interprétation (1*)	200,00

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application no 19.

K - ULTRASONOGRAPHIE
SLE - Spécialistes

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+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*)	85,80	
+08378	pour un cas d'un donneur potentiel incluant le rapport spécifique exigé par l'organisme Québec-Transplant, supplément (1*)	21,50	
+08379	si effectuée en centre de réadaptation ou institution, supplément (1*)	10,00	
+	NOTE : L'acte codé 8379 est réservé aux centres désignés par les parties négociantes		
+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*)	140,00	
	NOTE : L'acte codé 08303 ne peut pas être facturé le même jour que l'acte codé 08341.		
+08311	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (1*)	105,00	
+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*)	210,00	
+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*)	175,00	

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application no 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*)	126,00	
	NOTE : Le service médical codé 08347 ne peut pas être facturé le même jour que les services médicaux codés 08309 et 08338.		
08329	Échographie périopératoire avec sonde endoesophagienne dans le contexte d'une chirurgie cardiaque incluant 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.	127,80	
	NOTE : L'acte codé 08329 ne peut être facturé que par un anesthésiologiste certifié en ETO et possédant des privilèges hospitaliers en échographie cardiaque périopératoire.		
	NOTE : Un rapport d'examen écrit devra être consigné au dossier hospitalier du patient.		
	NOTE : Si les actes codés 00901 ou 00987 sont associés à l'acte codé 08329, le même jour chez le même patient, ils seront payés à demi-tarif.		
	NOTE : L'acte codé 08329 et l'acte codé 08309 sont mutuellement exclusifs, à la même séance.		

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application no 19.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
--	--	---	---

PROTOCOLE II

Concernant les examens d'échographie transoesopha-
gienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1- Les examens d'échocardiographie transoesopha-
gienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier par
un radiologiste, un cardiologue, un interniste ou un anes-
thésiste sont payés suivant la tarification suivante :

+ 08309	Echographie avec sonde endo-oesophagienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardiaques à l'aide du Doppler ainsi que la supervi- sion du patient pendant l'examen, par jour, par patient . .	110,00	
+ 08338	Echographie avec sonde endo-oesophagienne lors de l'oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	240,10	

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le
code d'acte 08309.

2- Le protocole est conclu selon la clause 2.3 du préam-
bule général du tarif d'honoraires de la médecine de
laboratoire.

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

+ 08315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisa- tion placentaire, localisation d'un stérilet, etc.)-ne peut être facturé en sus de 08312, 08316, 08317, 083108, 08321, 08322, 08323, 08324, 083208 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*)	22,40	
+ 08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (1*)	28,50	
+ 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 fœtales		
	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*)	45,60	
+08318	étude complète de grossesse gémellaire (3*)	70,70	
+08339	par fœtus additionnel, au-delà du deuxième	20,60	
	<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	121,20	
	<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	50,00	
	<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.		

K - ULTRASONOGRAPHIE**SLE - Spécialistes**

		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	
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	20,00	
+			
+08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (PG-7) (1*)	28,50	
+08326	Complète (trois organes et plus) (PG-7) (1*)	45,60	
+	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> S'il s'agit d'un cas de sténose oesophagienne, anale ou colique, l'indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
08348	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen, par jour, par patient	126,00	
08349	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément	31,50	
08370	Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient	68,30	
	<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
08365	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen par jour, par patient	126,00	
08369	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément	31,50	
+ 08327	Échographie prostatique transrectale (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*)	60,00	
	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*)	36,70	
+ 08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	23,60	

AVIS : Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.

AVIS : (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.

K - ULTRASONOGRAPHIE

SLE - Spécialistes

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (1*)	23,60	
	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, 08357, 08358, 08359, 08360 et 08364.		
ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE			
+08330	Face ou cou ou les deux (PG-7)	23,60	
+08331	Épanchement pleural (PG-7)	23,60	
+08333	Sein (par sein) (2*)	23,60	
+	En CRID		
+08385	sein - unilatéral	36,40	
+08386	sein - bilatéral	48,50	
+08334	Testicule (par testicule) (2*)	23,60	
+08335	Divers	23,60	
ÉCHOSCOPIE			
+08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	25,80	
	AVIS : <i>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.</i>		
EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC			
+08387	Administration intraveineuse de substance de contraste, supplément	15,00	
+	NOTE : Payable une fois, par patient, par séance.		
#	AVIS : <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 8 – Ultrasonographie</i>		

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 COMPLET, 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.	79,00	
+	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)	26,30	
+	NOTE : Maximum de deux fois par jour, par patient.		
+	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 .	19,50	
+08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	37,10	
+	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	75,00	
+	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	75,00	
+	ÉTUDE DES VEINES SUPERFICIELLES ET PROFONDES DES MEMBRES INFÉRIEURS PAR ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE ET DOPPLER (recherche de phlébothrombose/thrombophlébite profonde et superficielle)		
+	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	65,10	
+08393	étude bilatérale	105,40	
+	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>		

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+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	39,10	
+	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)	26,00	
+08395	Étude de fistule artério-veineuse (shunt pour hémodia-lyse).	79,00	
+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.	52,70	
+	DOPPLER PORTAL		
+	Chez le greffé hépatique		
+08397	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	121,20	
+	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).	79,00	
+	NOTE : L'acte codé 08398 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08325 ou 08326, le même jour.		

K - ULTRASONOGRAPHIE**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+	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.	79,00	
+	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)	13,10	

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 CO ₂ et d'oxygène	100,00

08464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de 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 oxygène-dépendant.		
Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes		
08470	bénéficiaire de 16 ans et moins	80,00
08471	bénéficiaire de plus de 16 ans	30,00
08489	Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne	20,00
Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :		
mesure continue de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque durant une nuit complète.		
L'interprétation doit inclure l'analyse qualitative du pattern oxymétrique, la fréquence des désaturations et le pourcentage du temps passé à chaque tranche de saturation.		

08472	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées) Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient 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

		R = 1
08490	Mesures sériées de la latence d'endormissement Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électro-cardiographique, 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.	90,00
08491	Test de maintien d'éveil 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.	90,00

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	65,00
+ 09602	si effectué à haute résolution (>= à 550 bandes), supplément .	20,00
+ 09603	Caryotype pour maladies acquises	110,00
+ 09606	Décompte des cassures chromosomiques	100,00
+ 09607	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	45,00
+ 09608	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	80,00
+ 09609	Étude des échanges entre chromatides soeurs	100,00
+ 09660	Hybridation génomique comparative (chromosomique ou sur micropuce)	150,00
Génétique biochimique		
Enzymologie		
09612	Biotinidase	75,00
09613	Carnitine acétyltransférase	75,00
+ 09614	Disaccharidases	200,00
+ 09615	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate . .	300,00
+ 09616	Enzymes du cycle de l'urée	200,00
+ 09617	Enzymes lysosomiaux	200,00
+ 09618	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	200,00
+ 09619	Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique	300,00
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. (1*)		
09620	Fumarylacétoacétate hydrolase	75,00
09621	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	75,00
+ 09622	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	300,00

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.

R = 1

09623	Autres enzymes.	75,00
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (1*)	
	Métabolites	
+ 09626	7-Dehydrocholestérol.	12,50
+ 09627	Acide hippurique.	12,50
+ 09628	Acide homogentisique (quantitatif)	12,50
+ 09629	Acide méthylmalonique (quantitatif)	12,50
+ 09630	Acide orotique (quantitatif)	12,50
+ 09631	Acide phytanique (quantitatif)	12,50
+ 09632	Acide pipécolique (qualitatif)	12,50
+ 09633	Acide sialique.	12,50
+ 09634	Acides aminés (quantitatif)	75,00
+ 09635	Acides gras à très longues chaînes	25,00
+ 09636	Acides gras libres	25,00
+ 09637	Acides organiques (quantitatif)	75,00
+ 09638	Acylcarnitines.	75,00
+ 09639	Carnitine libre et estérifiée	25,00
+ 09640	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate	25,00
+ 09641	Galactose-1-PO4	12,50
+ 09642	Homocystéine totale	5,00
+ 09643	Mucopolysaccharides (qualitatif)	25,00
+ 09644	Mucopolysaccharides (quantitatif)	25,00
+ 09645	Oligosaccharides (qualitatif)	50,00
09646	Purines et pyrimidines	25,00
09647	Sphingolipides (qualitatif)	25,00
+ 09648	Succinylacétone (quantitatif)	12,50
+ 09649	Autres métabolites	5,00
+ 09661	Créatine et guanidinoacétate	25,00
+ 09662	Globotriaosylcéramique (Gb3)	12,50

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.

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	20,00
+ 09664	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	40,00
+ 09665	Étude moléculaire d'un ou de plusieurs segments d'un même gène pour détermination du nombre de copies de l'ADN	220,00
+ 09666	Étude moléculaire pour quantifier l'ARN d'un gène humain	220,00
+ 09667	Étude moléculaire pour recherche de mutation(s) par séquençage d'un segment d'un gène	40,00
+ 09668	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	60,00
+ 09658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	80,00
+ 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	220,00
+ 09669	Étude du profil de méthylation d'un segment du génome	110,00
+ 09670	Étude moléculaire d'une ou plusieurs séquences microsatellites ou l'étude de l'instabilité des microsatellites	60,00

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.