



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

**MISE À JOUR 37  
DÉCEMBRE 2003**

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

---

**SOMMAIRE**

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

**MODIFICATION 34, EN VIGUEUR LE 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 2003**

**- Onglet ENTENTE**

. Ajout de la Règle 7 - Sédation-analgésie

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

**- Onglet RÈGLES D'APPLICATION**

. Ajout de l'article 7 à la Règle d'application n° 19, concernant l'étude de la morphologie cardiaque

**Page :** [7](#)

**- Onglet K - Ultrasonographie**

. Modification à l'article 5.1 de la Règle 5 - Limitations

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

. Nouveau code d'acte (8341) dans Ultrasonographie cardiaque ainsi qu'une Note

**Page :** [K-5](#)

. Ajout de la section - Echographie articulaire

**Pages :** [K-8](#) et [K-9](#)

**Suite au verso**

## MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

### - Onglet FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

. Ajout d'informations concernant la facturation des frais de déplacement

**Pages :** [4](#) à 7

### - Onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

. Ajout d'un code d'acte pouvant être facturé avec le modificateur 040

**Page :** [15](#)

### - Onglet PAIEMENT

. Nouveaux calendriers de paiement 2004 et 2005

**Pages :** [9](#) et [10](#)

. Nouveaux messages explicatifs

**Pages :** [11](#), [12](#) et [17](#)

### - Onglet H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

. Ajout d'un AVIS à la section - Mammographie

**Page :** [H-16](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : [088 / 2003-10-14](#).

## LÉGENDE

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

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN 2-551-12537-5

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



## INTRODUCTION

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

Le manuel est conçu de façon à favoriser son utilisation; il comporte une table des matières et des sections identifiées par des onglets. Pour faciliter la consultation, les dispositions tarifaires ont été placées après le guide de rédaction de la demande de paiement. Elles comportent les addenda, la nomenclature des actes et leur tarif, ainsi que **des renseignements d'ordre administratif** précédés du mot **AVIS**.

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

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

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

Outre ce manuel, la Régie remet à chaque médecin spécialiste intéressé, le matériel nécessaire en fonction de son mode de facturation.

# Enfin, la Régie offre un service d'assistance aux professionnels où des préposés aux renseignements les informent sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives liées aux régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

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

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN 2-551-12537-5

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle **Publications**

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

**Par le site Internet :**

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

**Par courrier électronique Internet :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

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

- à Québec : (418) 528-7763  
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

**Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :**

- Québec : (418) 643-8210  
- Montréal : (514) 873-3480  
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

**Par télécopieur :**

- Québec : (418) 646-9251  
- Montréal : (514) 873-5951

**Par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'information aux professionnels  
Case postale 6600  
Québec QC G1K 7T3

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

# Exemple : MAJ 37 / XXXX 2003 / 99

- MAJ** = mise à jour.  
**37** = numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier.  
**XXXX 2003** = mois de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.  
**99** = ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
- le **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout d'un « **AVIS** », correction d'une erreur de transcription d'un document officiel, nouvelle présentation, etc.);
  - le **00** signifie qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret ou règlement;
  - le **34** indique que des modifications ont été apportées en fonction de **la Modification n° 34** relative à l'Accord-cadre.
    - Si, sur la même page, les changements proviennent de plus d'une modification, le **00** est utilisé.
    - Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un document officiel et d'une directive administrative, le **numéro** du document officiel est utilisé.

**Remarque :** Conserver la page sommaire de la mise à jour pour s'y reporter ultérieurement.

#	<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<i>Page</i>
	ENTENTE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À LA MÉDECINE DE LABORATOIRE .....	1
	PRÉAMBULE GÉNÉRAL .....	2
	1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR.....	1
	Annexe 23.....	1
	Article 1 : Dispositions générales.....	1
	Article 2 : Territoires désignés .....	2
	Article 3 : Frais maximaux .....	3
	1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement .....	4
	1.2 Demande de remboursement des frais de déplacement ( <i>Formulaire n° 1988</i> ).....	7
	1.2.1 Description du formulaire.....	7
	RÉMUNÉRATION À L'ACTE	
	2. DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE.....	1
	2.0 AVANT-PROPOS .....	1
	2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - ASSURANCE HOSPITALISATION DESCRIPTION DU FORMULAIRE ( <i>Formulaire n° 1606</i> ) .....	3
	2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT .....	5
	2.2.1 Section 1 - Période de dispensation des services.....	5
	2.2.2 Section 2 - Identité du médecin ayant fourni les services assurés.....	5
	2.2.3 Section 3 - Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis.....	5
	2.2.4 Section 4 - Facturation des actes et considération spéciale .....	7
	2.2.4.1 Section 4 - Forfait minimum pour déplacements d'urgence .....	9
	2.2.5 Section 5 - Signature du médecin et attestation de l'établissement.....	11
	2.3 EXPÉDITION .....	11
	2.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE ( <i>Formulaire n° 1944</i> ).....	12
	2.5 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN .....	14
	ANNEXE I : LISTE DES MODIFICATEURS.....	15
	ANNEXE II : LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION .....	19

	<i>Page</i>
PAIEMENT	
5. PAIEMENT .....	<b>1</b>
5.1 MODE DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT .....	<b>1</b>
5.3 ÉTAT DE COMPTE	
5.3.1 Description .....	<b>3</b>
5.3.1.1 Renseignements généraux .....	<b>3</b>
5.3.1.2 Sommaire .....	<b>3</b>
5.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction .....	<b>5</b>
5.3.2 Vérification des paiements .....	<b>5</b>
5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT .....	<b>5</b>
5.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé .....	<b>5</b>
5.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement .....	<b>5</b>
5.4.3 Paiement refusé en partie .....	<b>6</b>
5.4.4 Paiement refusé en totalité .....	<b>6</b>
5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT .....	<b>7</b>
5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS .....	<b>8</b>
5.6.1 Codes de transactions .....	<b>8</b>
# 5.6.2 Calendrier de paiement (2004) .....	<b>9</b>
# 5.6.2 Calendrier de paiement (2005) .....	<b>10</b>
5.6.3 Codes de messages explicatifs .....	<b>11</b>
RÈGLES D'APPLICATION	
6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS .....	<b>1</b>
1. RÈGLES D'APPLICATION .....	<b>1</b>
2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS .....	<b>13</b>
6.3 PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE .....	<b>17</b>
PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX .....	<b>17</b>
PLAFONNEMENTS PARTICULIERS .....	<b>18</b>
DISPOSITIONS TARIFAIRES .....	<b>1</b>
ADDENDUM 2 - ANATOMO-PATHOLOGIE .....	<b>A-1</b>
Tableau des honoraires .....	<b>A-3</b>
Autopsie .....	<b>A-3</b>
Cytologie (examen microscopique) .....	<b>A-6</b>
Cytogénétique .....	<b>A-6</b>
Biologie moléculaire .....	<b>A-6</b>
Honoraires forfaitaires annuels .....	<b>A-7</b>
Liste des examens complexes .....	<b>A-8</b>
ADDENDUM 3 - B - BIOCHIMIE MÉDICALE .....	<b>B-1</b>
Annexe .....	<b>B-4</b>
ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES .....	<b>C-1</b>
Tableau des honoraires .....	<b>C-1</b>

	<i>Page</i>
ADDENDUM 10 - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE .....	<b>D-1</b>
Tableau des honoraires .....	<b>D-2</b>
ADDENDUM 6 - HÉMATOLOGIE .....	<b>E-1</b>
Tableau des honoraires .....	<b>E-3</b>
Actes médicaux .....	<b>E-3</b>
Coagulation .....	<b>E-3</b>
Banque de sang .....	<b>E-4</b>
Hématologie spéciale .....	<b>E-4</b>
Hématologie radioisotopique .....	<b>E-4</b>
Immunologie .....	<b>E-5</b>
Biologie moléculaire .....	<b>E-9</b>
ADDENDUM 7 - MÉDECINE NUCLÉAIRE .....	<b>F-1</b>
Tableau des honoraires .....	<b>F-3</b>
Épreuves «In vivo» .....	<b>F-3</b>
Diagnostic .....	<b>F-3</b>
Système endocrinien .....	<b>F-3</b>
Système hémapoïétique .....	<b>F-3</b>
Système urinaire .....	<b>F-4</b>
Système digestif .....	<b>F-4</b>
Système cardiovasculaire .....	<b>F-4</b>
Système respiratoire .....	<b>F-5</b>
Système nerveux central .....	<b>F-5</b>
Système musculo-squelettique .....	<b>F-5</b>
Divers .....	<b>F-5</b>
Traitement .....	<b>F-6</b>
Épreuves «In vitro» .....	<b>F-6</b>
ADDENDUM 5 - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE .....	<b>G-1</b>
Annexe .....	<b>G-4</b>
ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE .....	<b>H-1</b>
Protocole .....	<b>H-6</b>
Tableau des honoraires .....	<b>H-8</b>
Tête et cou .....	<b>H-8</b>
Colonne et bassin .....	<b>H-9</b>
Membres supérieurs .....	<b>H-10</b>
Membres inférieurs .....	<b>H-10</b>
Études du squelette .....	<b>H-10</b>
Thorax .....	<b>H-10</b>
Abdomen .....	<b>H-11</b>
Voies gastro-intestinales et biliaires .....	<b>H-11</b>
Voies génito-urinaires, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie .....	<b>H-12</b>
Obstétrique et gynécologie .....	<b>H-13</b>
Fluoroscopie diagnostique .....	<b>H-13</b>
Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction .....	<b>H-14</b>
Divers .....	<b>H-15</b>
Mammographie .....	<b>H-16</b>
# Angioradiologie (technique) .....	<b>H-20</b>
# Angioradiologie (interprétation) .....	<b>H-21</b>
# Tomographie par ordinateur .....	<b>H-22</b>
# Protocole I- Examens de résonance magnétique .....	<b>H-24</b>

	<i>Page</i>
ADDENDUM 8 - ULTRASONOGRAPHIE .....	<b>K-1</b>
Échoencéphalographie.....	<b>K-5</b>
Ultrasonographie cardiaque.....	<b>K-5</b>
Protocole II .....	<b>K-6</b>
Échographie pelvienne ou obstétrique .....	<b>K-6</b>
Ultrasonographie ophtalmologique .....	<b>K-7</b>
Échographie abdominale.....	<b>K-8</b>
# Échographie articulaire.....	<b>K-8</b>
Échographie de surface .....	<b>K-9</b>
Échoscopie .....	<b>K-9</b>
Examens Doppler pour fins de diagnostic .....	<b>K-9</b>
 ADDENDUM 11- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE .....	 <b>L-1</b>
Épreuves de routine.....	<b>L-2</b>
Volumes.....	<b>L-2</b>
Échanges gazeux .....	<b>L-2</b>
Épreuves d'effort respiratoire.....	<b>L-2</b>
Autres épreuves .....	<b>L-3</b>
 ADDENDUM 12 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE .....	 <b>M-1</b>
Tableau des honoraires .....	<b>M-2</b>
Cytogénétique.....	<b>M-2</b>
Génétique biochimique.....	<b>M-2</b>
Métabolites .....	<b>M-3</b>
Génétique moléculaire .....	<b>M-4</b>
 8. FORMULAIRES	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : *Voir l'AVIS sous l'onglet A - Anato-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**

En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en gastro-entérologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose) pour effectuer un examen identifié par la mention PG-07, a droit à un supplément d'honoraires de 40 \$.

# **AVIS :** Utiliser le code d'acte **70001**

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

Indiquer s'il s'agit d'une sédation-analgésie, d'un bloc veineux ou d'un bloc régional (spécifier le type de bloc régional) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**ARTICLE 3.  
FRAIS MAXIMAUX**

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

## 1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement

Services de laboratoire en établissement Rémunération à l'acte et à l'unité	
Dispositions générales	Directives
<p>Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant en <b>territoire non désigné</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturer le déplacement selon les nouveaux barèmes : 0,72 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de sortie de la municipalité jusqu'au centre hospitalier.</li> <li>• Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport.</li> <li>• Sauf dans les cas autorisés par le Ministre, un médecin spécialiste ne peut demander paiement des frais de déplacement, y compris l'indemnité horaire que pour <b>la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine.</b></li> </ul>	<p>Si vous utilisez le formulaire « <b>Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte</b> » (n<sup>o</sup> 1606) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplir le formulaire de la façon habituelle.</li> </ul> <p><b>Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une « Demande de paiement » correspondant à des soins dans un centre hospitalier visé.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire sur une ligne différente chaque déplacement effectué (maximum 1 déplacement par semaine, par centre hospitalier).</li> <li>• Toujours préciser votre point de départ sur le formulaire. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ. <b>N.B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.</b></li> <li>• Utiliser plusieurs demandes de paiement pour la même période, si l'espace s'avère insuffisant.</li> <li>• Ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles.</li> <li>• Utiliser le code 99900 lequel remplace tous les codes antérieurement utilisés.</li> </ul> <p><b>IMPORTANT</b> : Ne pas utiliser le formulaire « <b>Demande de remboursement des frais de déplacement</b> » (n<sup>o</sup> 1988).</p> <p>Si vous utilisez le formulaire «Demande de paiement - médecin» (n<sup>o</sup> 1200), vous pouvez vous référer aux instructions figurant dans la section 1.2 de l'onglet «Frais de déplacement et de séjour» du manuel de facturation à l'acte.</p>

Dispositions particulières	a) Aux territoires désignés (territoires sujets à la rémunération majorée) b) et à certaines catégories de professionnels
<p><b>A) DÉPLACEMENT</b> (Frais de transport)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voiture personnelle : 0,72 \$ par kilomètre</li> <li>• Autres moyens de transport</li> <li>• Le professionnel qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un <b>territoire désigné</b> est remboursé de ses frais <b>réels</b> de déplacement.</li> </ul>	<p>Suivre la procédure décrite précédemment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utiliser le formulaire n<sup>o</sup> <b>1606</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplir le formulaire de la façon habituelle.</li> </ul> <p><b>Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une «Demande de paiement» correspondant à des soins donnés dans le centre hospitalier visité.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire sur une ligne différente chaque déplacement effectué.</li> <li>• Inscrire le code 99910 et inscrire pour chaque déplacement, le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire « <b>Demande de remboursement des frais de déplacement</b> » (n<sup>o</sup> 1988).</li> </ul> </li> <li>2. Remplir le formulaire « <b>Demande de remboursement des frais de déplacement</b> » en y précisant le détail des dépenses faites. Utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement.</li> <li>3. Attacher à chaque formulaire « <b>Demande de remboursement des frais de déplacement</b> » les pièces justificatives (reçus, billets, etc...) et joindre le tout à la « <b>Demande de paiement</b> » (n<sup>o</sup> 1606).</li> </ol>
<p><b>B) TEMPS DE DÉPLACEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'Annexe 23, une indemnité de 71 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement.</li> <li>• Il est accordé une indemnité de 71 \$ l'heure pour un temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un <b>territoire désigné</b>.</li> </ul>	<p>Utiliser le formulaire « <b>Demande de paiement</b> » sur lequel a été facturé le déplacement correspondant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrire le code 99920 dans la section CODE D'ACTE.</li> <li>• Préciser la date et le montant demandé pour le temps qui y a été consacré.</li> <li>• Taux horaire : 71 \$.</li> </ul>

Le formulaire « **Demande de remboursement des frais de déplacement** » (n<sup>o</sup> 1988) est disponible à la Régie et dans certains établissements.



**1.2 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT***Formulaire n° 1988***1.2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

- 1. PROFESSIONNEL** : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie.
- 2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : Indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération.
- 3. DÉPLACEMENT** : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro .

**FRAIS DE DÉPLACEMENT :**

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

Le nombre de kilomètres facturé doit correspondre à la distance unidirectionnelle. Celle-ci se calcule du point de sortie de la municipalité jusqu'à l'établissement visité.

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

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



*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 0176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service

ou

# lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 8303, 8311 ou 8341 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**

**PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Pour les soins d'urgence rendus le soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration du 1/3) . . . . . **MOD=018**

en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) . . . . . **MOD=147**

Pour les soins d'urgence rendus la nuit, de minuit à 7 h (majoration de 50 %) . . . . . **MOD=017**

en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) . . . . . **MOD=148**

Pour les soins d'urgence rendus le week-end, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à minuit (majoration du 1/3) . . . . . **MOD=019**

en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) . . . . . **MOD=149**

**MÉDECINE NUCLÉAIRE****RÈGLE 1.3 DE L'ADDENDUM 7**

Pour un examen de tomographie ou d'ostéodensitométrie isotopique, lorsqu'il y a comparaison des données de l'épreuve avec celles d'un enregistrement électronique, le taux est majoré de 15 % . . . . . **MOD=077**

**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 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5  
Utilisation pour étude non comparative d'un membre (aucune modification du taux) ..... **MOD=074**

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 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 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**

ANGIORADIOLOGIE (technique)  
Services médicaux rémunérés à 150% du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 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  
L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure ..... **MOD=051**

Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent, utiliser. .... **MOD=038**

**# 5.6.2 CALENDRIERS DE PAIEMENT 2004**

# CALENDRIERS DE PAIEMENT 2005

**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.
- # **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 en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en anesthésie (réf. : Addendum 8 - Ultrasonographie et Protocole II, 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 no 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 no 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.
- 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.
- 322** Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.

- 630** L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.  
OU  
En fonction du maximum permis (ref. : Règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 631** En fonction du maximum permis et déjà payé à un autre professionnel (ref. : Règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 636** Vous n'avez droit qu'aux trois quarts des honoraires prévus pour la pratique de médecine en laboratoire ( ref. : Lettre d'entente #45 - Brochure no 1).
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Ref. : article 3.1 de l'Addendum 6 -Hématologie).
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 (Brochure no 5).
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante, et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686** Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687** Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690** Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- # **691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- # **692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (#1988) n'a pas été rempli.

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

3. En cardiologie, l'honoraire des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 0662) et « temps angioradiologique » (code 0631) ne peut être réclamé 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 aortocoronaires et/ou mammarocoronaires... avec coronarographie » (code 0224) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 0294).

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.

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 9208) 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 coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 0176).

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 8303, 8311 et 8341 (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 coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 0176) 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 0176.

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.

+ 7. Le service médical « 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) » (code 8341) est rémunéré au 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 8341.

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 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

---

**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 intracrânienne, ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

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

**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 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.*

**3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE****PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX****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	137 000 \$
Biochimie	149 000 \$
Psychiatrie	188 000 \$
Neurologie	222 000 \$

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 152 000 \$ 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 125 000 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 255 000 \$ 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, à l'exception du médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, lequel est payé au quart du tarif jusqu'à concurrence de 275 000 \$ de gains réclamés suivant la tarification de base et à 5% pour le surplus.

**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 147 000 \$ 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 89 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

### **3.6 PG 6 Gastro-entérologie**

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 98 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

### **3.7 PG 7 Physiatrie**

Pour le médecin classé en physiatrie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 122 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

### **3.8 PG 8 Chirurgie générale**

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 89 000 \$ 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 ».

L      C  
R = 7    R = 1

**DIVERS**

**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Pour les codes d'acte 8243, 8245, 8246 et 8247,** remplir le formulaire 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 . . . . .	37,00	18,50
	Suivi (« follow-up »):		
8245	un site . . . . .	33,00	11,00
8246	deux sites ou plus . . . . .	37,00	15,00
8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA . . . . .	10,60	3,40
8006	Stérotaxie . . . . .	60,00	20,00
8232	Tomographie . . . . .	50,98	13,15
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		30,97

**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 . . . . .		9,82
	en cabinet . . . . .		19,64

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 +8,00 \$. (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.

**Dans une région où le programme québécois de dépistage du cancer du sein n'est pas mis en place**

- # **AVIS :** Facturation d'un acte 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 ».

	sans examen clinique		
8140	unilatérale.....	22,76	6,50
8141	bilatérale.....	34,30	13,00
	avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
8142	unilatérale.....	22,76	15,26
8143	bilatérale.....	34,30	20,26
8199	radiographie d'une pièce biopsique.....	20,85	4,25

**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.

**Dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est mis en place**

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié ».

	diagnostique sans examen clinique		
8048	unilatérale.....	22,76	6,50
8049	bilatérale.....	34,30	13,00

		L R = 7	C R = 1
	diagnostique avec examen clinique fait par le radiologiste et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
8070	unilatérale .....	22,76	15,26
8071	bilatérale .....	34,30	20,26
	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 : 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(*) .....	22,76	6,50
8079	bilatérale(*) .....	34,30	13,00
8081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente 107) .....	7,50	
	clichés supplémentaires		
8103	unilatéral(*) .....	20,85	6,50
8104	bilatéral(*) .....	34,30	13,00
8105	si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément(*) .....		11,76
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique 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 :** (\*) 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
	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 : 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(*) .....	22,76	6,50
8135	bilatérale(*) .....	34,30	13,00
	clichés supplémentaires		
8129	unilatéral(*) .....	20,85	6,50
8130	bilatéral(*) .....	34,30	13,00
8131	si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément(*) .....		11,76
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique 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 .....	20,85	4,25
	<b><u>AVIS</u></b> : 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** : (\*) 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
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. (*) . . . . .		45,00
	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 . . . . .		6,50
8146	bilatérale . . . . .		13,00

**AVIS :** (\*) 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 (Technique)**

Les services médicaux de la section « Angioradiologie (technique) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)	
8401	insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste . . . . .	100,00
8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives . . . . .	91,94
8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément . . . . .	48,00
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément . . . . .	60,00
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément . . . . .	15,44

#### **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.

		C R = 1
8405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale . . . .	40,00
8406	Lymphographie unilatérale . . . . .	50,00
8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément . . . . .	16,04
<b>ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)</b>		
Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences		
8408	non sélective . . . . .	30,00
8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4 . . . . .	30,00
sélective avec quantification par moyen objectif:		
8410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément . . . . .	13,44
8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2 . . . . .	13,44
8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4 . . . . .	23,44
8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux . . . . .	11,44
8414	sélective carotidienne, unilatérale . . . . .	36,00
8415	sélective vertébrale, unilatérale . . . . .	35,00
périphérique, membres inférieurs		
8416	unilatérale . . . . .	30,00
8417	bilatérale . . . . .	60,00
8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie . . . . .	33,69
Angiographie coronarienne		
8419	unilatérale . . . . .	40,00
8420	bilatérale . . . . .	80,00
8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément . . . . .	21,34
8422	Pontage mammaire-coronarien, unilatéral . . . . .	39,49
8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée . . . . .	30,00
8424	Lymphographie, unilatérale . . . . .	29,23

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

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Tomographie par ordinateur (un examen par région, par jour, par patient) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

**AVIS :** Voir la Règle d'application no 11.  
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

	<b>Tête</b>	
8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste . . . . .	39,68
8259	sans injection de substance de contraste. . . . .	31,68
	<b>Cou</b>	
8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste . . . . .	59,93
8261	sans injection de substance de contraste. . . . .	51,93
	<b>Thorax</b> (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen »)	
8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste . . . . .	59,93
8263	sans injection de substance de contraste. . . . .	51,93
	<b>Abdomen</b> (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)	
8264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste . . . . .	59,93
8265	sans injection de substance de contraste. . . . .	51,93
	<b>Thorax et abdomen</b> (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)	
8255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste . . . . .	89,90
8256	sans injection de substance de contraste. . . . .	77,90
	<b>Pelvis</b> (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)	
8266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste . . . . .	59,93
8267	sans injection de substance de contraste. . . . .	51,93

		C R = 1
<b>Abdomen et pelvis</b>		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis »)		
8268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste. ....	85,38
8269	sans injection de substance de contraste. ....	77,38
NOTE : La tarification de la région abdomen et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.		
<b>Rachis</b>		
8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste. ....	54,00
8275	sans injection de substance de contraste. ....	46,00
<b>Extrémités</b>		
8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste. ....	39,00
8277	sans injection de substance de contraste. ....	31,00
<b>Tarif de révision en tomographie assistée par ordinateur:</b>		
8257	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomographie assistée par ordinateur. ....	15,00

**PROTOCOLE I**

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

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

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

8570	Tête .....	106,26
8571	Cou .....	106,33
8572	Thorax .....	133,63
8573	Abdomen .....	133,63
8574	Pelvis .....	133,63
8575	Extrémités .....	106,33
	Colonne	
8576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) .....	99,19
8577	deux segments .....	124,60
8578	trois segments .....	167,65

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

8579	Tarif de révision en résonance magnétique: Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique .....	15,00
------	--	-------

**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.*

**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 #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 de consultation

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.*

Supplément de manipulation

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

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

Le médecin ultrasonographe pose un diagnostic pendant la manipulation. Il rédige un rapport de son examen.

**AVIS** : *Ce supplément R=7 s'ajoute au R=1 et doit être facturé sur une ligne distincte. Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le Rôle=7 et les honoraires correspondants.*

**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.

**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 REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

**RÈGLE 4.**  
**ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE SUPÉRIEURE**

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

**AVIS :** *Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent pour les actes codés 8312, 8315, 8323 et 8324, utiliser le modificateur 038. Le modificateur 009 ne doit pas être utilisé avec les actes codés 8316, 8321 et 8322.*

**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 8342 et 8346), du sein (code 8333), des testicules (code 8334) ou du Doppler périphérique régional avec écho-B (code 8360) qui sont limités à deux par jour, par patient.

5.2 Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Divers (code 8335), 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 8331), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>ULTRASONOGRAPHIE</b>			
+	NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultrasonographie » (à l'exclusion des codes d'acte 8303, 8311, 8312, 8313, 8314, 8315, 8317, 8318, 8319, 8323, 8324 et 8341) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD-144)		
	<b>AVIS :</b> <i>Pour tout acte unilatéral ou bilatéral, indiquer le site anatomique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utiliser du formulaire n° 1200 seulement).</i>		
<b>ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :</b>			
8300	Ligne médiane postérieure . . . . .	1,30	3,80
8301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux . . .	2,60	7,90
8302	Complète . . . . .	7,75	23,25
<b>ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :</b>			
8310	Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens (*). . . . .	126,00	
8303	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 (*) . . . . .	17,30	51,90
+8341	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). (*) . . . . .	101,00	
+	NOTE : L'acte codé 8303 ne peut pas être facturé le même jour que l'acte codé 8341.		
8311	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 (*) . . . . .	26,00	78,00
+8304	Avec épreuve au dobutrex incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques, supplément (*). . . . .	15,00	45,00
	<b>AVIS :</b> (*) 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 :

8309	Échographie avec sonde endo-oesophasienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardia- ques à l'aide du Doppler ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient . . . . .	21,00	63,00
8338	Échographie avec sonde endo-oesophasienne 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 . . . . .	21,00	147,00

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le  
code d'acte 8309.

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 :**

8315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisa- tion placentaire, localisation d'un stérilet, etc.)-ne peut être facturé en sus de 8312, 8316, 8317, 8318, 8321, 8322, 8323, 8324, 8328 et 8339 (*) . . . . .	3,75	11,25
8314	Évaluation complète de retard de croissance intra-utérine (comprend l'examen complet du 3 <sup>e</sup> trimestre, Doppler du cordon, des artères cérébrales moyennes, un index de liquide amniotique et un profil biophysique) . . . . .	75,00	
NOTE : Les services médicaux codés 8317, 8318, 8319 et 8339 ne peuvent être facturés avec le code d'acte 8314.			
8321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale (**) . . . . .	3,75	11,25
8322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (**). . . . .	4,75	14,25
8316	Échohystérogaphie avec injection de liquide intra-utérin (**) . . . . .	11,00	30,00

**AVIS :** (\*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasono-  
graphie, ainsi que la Règle d'application no 10.

(\*\*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie  
ainsi que la Règle d'application no 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		
8323		
8324	3,75	11,25
par voie transvésicale ou endovaginale		
par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (*)		
8312	4,60	13,90
pour étude de grossesse multiple (*)		
À partir de la 16 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
8317	4,60	13,90
étude complète (**)		
8318	6,75	20,25
étude complète de grossesse gémellaire (**)		
8339	3,50	10,25
par fœtus additionnel, au-delà du deuxième		
<b>AVIS :</b> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de fœtus additionnels dans la case UNITÉS. Indiquer le nombre de fœtus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
À partir de la 28 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
8319		
Étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance		
	1,30	3,90
<b>AVIS :</b> Voir la Règle d'application no 10.		
8313		
Consultation exceptionnelle, supplément		
	70,00	
<b>AVIS :</b> Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Voir la règle 8 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.		
<b>ULTRASONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE</b>		
Écho A-œil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
8336		
un œil		
8337	2,00	5,00
deux yeux		
8320	3,50	9,50
Écho B-œil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A		
	7,00	20,75
<b>AVIS :</b> (*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application no 10. (**) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application no 10.		

**K - ULTRASONOGRAPHIE**

**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE</b>			
8325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326 (*).	4,75	14,25
8326	Complète (trois organes et plus) (*)	7,50	22,50
+8344	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique et, le cas échéant, les biopsies et la cytologie (PG-07)	150,00	
+8345	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique et, le cas échéant, les biopsies et la cytologie (PG-07)	150,00	
8327	Échographie prostatique transrectale (*)	10,00	30,00
8328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*)	10,00	30,00
	NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.		

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (pour la facturation des codes 8327 et 8328).*

+	<b>ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE</b> (s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)		
+8342	Examen détaillé (implique l'évaluation des récessus articulaires ainsi que l'ensemble des bourses, muscles, tendons et ligaments pertinents autour de l'articulation en question), par articulation (**)	6,20	18,30
+8343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	4,00	11,80
#	<b>AVIS :</b> <i>Inscrire l'indication clinique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.</i>		

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

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+8346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (*).....	4,00	11,80
+	NOTE : Le service médical codé 8346 ne peut pas être facturé le même jour que le service médical codé 8342 pour la même articulation.		
+	NOTE : Le service médical codé 8342 ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 8352, 8353, 8354, 8355, 8356, 8357, 8358, 8359, 8360 et 8364.		

**ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE**

8330	Face ou cou ou les deux .....	4,00	11,80
8331	Épanchement pleural.....	4,00	11,80
8333	Sein (par sein) (**).....	4,00	11,80
8334	Testicule (par testicule) (**).....	4,00	11,80
8335	Divers .....	4,00	11,80

**ÉCHOSCOPIE**

8340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure 17,20		
------	--	--	--

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

**EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC**

8350	Doppler cervico-encéphalique L'examen de base : (comprend l'étude des deux carotides primitives, externes, internes, vertébrales sous-clavières, ophtalmiques) incluant l'enregistrement graphique de routine et les manoeuvres de compression jugées nécessaires	8,50	25,50
8351	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex) .....	5,75	17,25

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

(\*\*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITES. Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie..

**K - ULTRASONOGRAPHIE**

**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
8352	Examen artériel périphérique étude étagée au Doppler du système artériel périphé- rique des deux membres supérieurs ou inférieurs avec prise de tension artérielle incluant l'index cheville-bras et enregistrement graphique, si nécessaire . . . . .	8,50	25,50
8353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	3,75	11,25
8354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs ini- tiales, supplément . . . . .	7,50	22,50
	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément		
8355	sans test de provocation au froid . . . . .	3,75	11,25
8356	avec test de provocation au froid . . . . .	7,50	22,50
8357	Examen veineux périphérique étude étagée des système veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire . . . . .	7,50	22,50
8358	Doppler périphérique régional pour problème localisé analyse de fréquence. . . . .	2,50	7,50
8359	prise de pression . . . . .	2,50	7,50
8360	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex) . . . . .	5,00	15,00
8361	Doppler pénien analyse de fréquence, sélective . . . . .	2,75	8,25
8362	enregistrement des pressions (minimum de deux). . . . .	3,75	11,25
8363	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	6,50	19,50
8364	Doppler abdomino-pelvien identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, ané- vrismes artériels, etc.) . . . . .	2,50	7,50
8368	Doppler rénal et/ou d'un greffon rénal examen Doppler pulsé avec ou sans Doppler couleur de l'aorte abdominale et des vaisseaux rénaux (artère rénale et veine rénale extra et/ou intra-parenchyma- teuse). Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler . . . . .	8,25	24,75
8367	Doppler rénal et/ou d'un greffon hépatique examen Doppler, pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines spléniques, mésentériques, supérieure et inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépa- tiques, 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 vélo- cités et des courbes Doppler. . . . .	16,50	49,50
8366	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs) . . . . .	2,50	7,50