



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

**MISE À JOUR 51  
OCTOBRE 2008**

*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 47 et 48 en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2008, ainsi que des modifications administratives**

**MODIFICATION 47**

**PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

- Le point 4.2 de la Règle 4, la majoration a été modifiée.

**Page :** [4](#)

- Le point 4.2.1 de la Règle 4 a été retiré.

**Page :** [4](#)

- Le point 4.3 de la Règle 4, le forfait a été modifié.

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

**FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR**

- Aux points 1.3, 2.2, 2.4 et le point B des dispositions particulières, l'indemnité a été modifiée.

**Pages :** [1](#), [2](#) et [5](#)

## **MODIFICATION 48**

### **FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR**

- Aux points 1.1, 2.1 et le point A des dispositions particulières, l'indemnité a été modifiée.

**Pages :** [1](#), [2](#) et [4](#)

### **RÈGLES D'APPLICATION**

- À la Règle d'application no 9- OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE, le 1<sup>er</sup> paragraphe a été modifié. *(Prend effet le 4 février 2008)*

**Page :** [4](#)

### **A- ANATOMO-PATHOLOGIE**

- Le montant des codes 10020 à 10022 a été modifié. *(Prend effet le 28 juillet 2008)*

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

### **K- ULTRASONOGRAPHIE**

- Le code 08329 et les notes 1 à 4 ont été ajoutés.

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

## MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

### PRÉAMBULE GÉNÉRALE

- Les articles 4.2 et 4.3 ont été modifiés.
- Les avis sous les articles 4.1, 4.2 et 4.3 ont été modifiés.

**Pages :** [3](#) à 5

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

- À la fin de la section 2.2.4.1, les tarifs ont été modifiés et un avis a été ajouté.

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

- À la Liste des modificateurs, des ajouts, des modifications et des retraits ont été apportés.

**Pages :** [17](#) et [20](#) à 22

### MESSAGES EXPLICATIFS

- Le message 723 a été modifié.

**Page :** [19](#)

**Remarque :** *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 013 / 2008-05-01*

### LÉGENDE

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

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

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

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 



**RÈGLE 1.****TARIFICATION**

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

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

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

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

**DÉROGATIONS**

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

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

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

**RÈGLE 2.****TARIFICATION NOUVELLE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**RÈGLE 4.****URGENCES**

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

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

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

+ **4.2** Les honoraires majorés sont établis comme suit :

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

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

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

**MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE**

**MOD=018** :

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

**MOD=017**

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

**MOD=019**

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

- + **4.3** Le forfait de l'urgence est de 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 - Anatomicopathologie - code d'acte 10022.*

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

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

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

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

## RÈGLE 5.

### HONORAIRE ADDITIONNEL

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

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

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

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

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

## RÈGLE 6.

### RAPPORTS MÉDICAUX

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

## 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 \$.

**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.

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

**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, 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 suivant la publication « Distances routières » du ministère des Transports du Gouvernement du Québec.

**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).

**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 l'indemnité de 0,86 \$ 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° 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 : Ne pas utiliser le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (n° 1988).</b></p> <p>Si vous utilisez le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 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>

<b>Dispositions particulières</b>	a) Aux territoires désignés (territoires sujets à la rémunération majorée) b) et à certaines catégories de professionnels
<b>+ A) DÉPLACEMENT (Frais de transport)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voiture personnelle : 0,86 \$ 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 <b>frais 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° <b>1606</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplir le formulaire de la façon habituelle.</li> <li>• <b>Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être réclamés sur une « Demande de paiement » correspondant à des soins données dans le centre hospitalier visité.</b></li> <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° 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° 1606).</li> </ol>
<b>+ B) TEMPS DE DÉPLACEMENT</b> <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 85 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement.</li> <li>• Il est accordé une indemnité de 85 \$ 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 <b>facturé le déplacement correspondant</b> :</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 consacré au déplacement.</li> <li>• Taux horaire : 85 \$.</li> </ul>

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

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

**Exemple 2**

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

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

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

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

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



## 2.2.4.1 Section 4

Forfait minimum pour les déplacements d'urgence

#	CODE D'ACTE	PÉRIODE VISÉE	TARIF \$
	92030	De minuit à 7 h en tout temps . . . . .	180
	92040	De 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés; De 19 h à minuit les autres jours ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte).	120

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

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

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

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

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

- # **AVIS :** *Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :*
- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients ou;
  - la facturation des actes posés avec les modificateurs appropriés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**
- Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur 094 ou un de ses multiples.*



*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, 08311 ou 08341 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 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5  
Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative . . . . . **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**
- RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (section cardiaque)  
Honoraires des services médicaux majorés de 50% lorsque effectués chez un enfant de moins de 10 ans . . . . . **MOD=044**

**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**

**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**

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)
	<b>009 - 017</b>	<b>700</b>	2,5000
	<b>009 - 018</b>	<b>701</b>	1,7000
	<b>009 - 019</b>	<b>702</b>	1,7000
	<b>009 - 109</b>	<b>703</b>	2,5000
	<b>009 - 110</b>	<b>704</b>	1,7000
	<b>009 - 111</b>	<b>705</b>	2,5000
	<b>009 - 051</b>	<b>038</b>	0,5000
	<b>009 - 093</b>	<b>080</b>	1,0000
	<b>009 - 094</b>	<b>081</b>	1,0000
	<b>009 - 144</b>	<b>631</b>	1,5000
	<b>017 - 051</b>	<b>576</b>	1,2500
	<b>017 - 051 - 144</b>	<b>332</b>	1,8750
	<b>017 - 078</b>	<b>706</b>	3,1250
	<b>017 - 093 - 144</b>	<b>335</b>	3,7500
	<b>017 - 093</b>	<b>617</b>	2,5000
	<b>017 - 094</b>	<b>089</b>	2,5000
	<b>017 - 144</b>	<b>610</b>	3,7500
	<b>017 - 178</b>	<b>640</b>	2,5000
	<b>018 - 051</b>	<b>599</b>	0,8500
	<b>018 - 051 - 144</b>	<b>333</b>	1,2750

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

#	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	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 - 078	618	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 - 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
	074 - 109	259	1,7000
	074 - 110	260	2,5000
	074 - 111	261	1,7000
	074 - 118	257	à calculer
	074 - 119	258	1,0000
	074 - 124	262	à calculer
	078 - 094	603	1,2500

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

#	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	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
	<b>Autres combinaisons</b>	<b>099</b>	à calculer

## PAIEMENT

### 5. PAIEMENT

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

#### 5.1 MODE DE PAIEMENT

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

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

#### 5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

### **5.3 ÉTAT DE COMPTE**

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

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

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

**5.3.1 DESCRIPTION**

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

**5.3.1.1 Renseignements généraux**

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

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

**5.3.1.2 Sommaire**

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

**Messages généraux  
Paiements et retenues**

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

**Déductions cumulatives****Description des codes de transactions**

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

#

**# 5.6.2 CALENDRIER DE PAIEMENT 2008**

**# CALENDRIER DE PAIEMENT 2009**

- 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 des outils de mesures déterminés par les parties négociantes.
- 726** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 729** Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 731** La réclamation des frais de déplacement n'est pas acceptée étant donné que les services qui les justifient ont été refusés ou sont absents. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 735** Cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038 (ref. : Règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie).
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

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

**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.

---

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

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

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

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

---

**RÈGLE D'APPLICATION NO. 12**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

---

**ANATOMO-PATHOLOGIE**

## TABLEAU DES HONORAIRES

**AUTOPSIE**

+ 10020	Autopsie : examen macroscopique et microscopique . . . . .	450,00
+ 10021	Autopsie faite sur un fœtus complet suite à un avortement thérapeutique incluant l'étude du placenta, le cas échéant, dans les cas de malformations, maladies génétiques, infectieuses ou métaboliques . . . . .	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 . . . . .	57,80
10050	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic . . . . .	115,70
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
00004	demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre dans des cas de néoplasie maligne ou fortement suspecte de malignité . . . . .	37,90

NOTE : Les honoraires de ce service sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

**AVIS :** *Pour la facturation du code d'acte 00004, utiliser le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - Médecin ». L'identification de la personne assurée est obligatoire.*

**A - ANATOMO-PATHOLOGIE**

**SLE - Spécialistes**

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.*

**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) . . . . .	36,80

**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. . . . .	77,80
10145	mélanome. . . . .	68,40
10147	lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle. . . . .	68,40
10148	colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung . . . . .	68,40
10149	globe oculaire. . . . .	68,40
10190	segmentectomie mammaire localisée au harpon . . . . .	73,60
10191	spécimen de chirurgie radicale pour lésion maligne (excluant les lésions cutanées mais incluant l'étude des marges de résection du spécimen) . . . . .	75,70
10192	étude des ganglions accompagnant ou suite à une chirurgie radicale pour lésion maligne . . . . .	36,80
10193	étude protocolaire d'un ganglion sentinelle. . . . .	36,80
10194	cartographie tumorale osseuse pour détermination de la réponse à la chimiothérapie ou la radiothérapie . . . . .	178,80

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

**ULTRASONOGRAPHIE**

NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultrasonographie » (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 5 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 . . . . .	1,60	4,70
08301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux . . .	3,20	9,80
08302	Complète . . . . .	9,60	28,70

**ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :**

08310	Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens (*). . . . .	126,00	
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 (*). . . . .	18,00	54,00
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). (*). . . . .	120,00	
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 (*). . . . .	26,00	78,00
08304	Avec épreuve au dobutrex incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques, supplément (*). . . . .	15,80	47,30

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

**K - ULTRASONOGRAPHIE****SLE - Spécialistes**

		<b>Hono- raires de consul- tation R = 1</b>	<b>Supplé- ment de manipu- lation R = 7</b>
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 . . . . .	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 endo-oesophagienne 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.		

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>PROTOCOLE II</b>			
Concernant les examens d'échographie transoesopha- gienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.			
<b>1-</b> 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 intracardia- ques à l'aide du Doppler ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient . . . . .	21,00	63,00
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 . . . . .	22,10	154,40
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code d'acte 08309.			
<b>2-</b> Le protocole est conclu selon la clause 2.3 du préam- bule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.			
<b>ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :</b>			
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, 08318, 08321, 08322, 08323, 08324, 08328 et 08339 (*). . . . .	3,75	11,25
08314	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 08317, 08318, 08319 et 08339 ne peuvent être facturés avec le code d'acte 08314.			

**AVIS :** (\*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie,  
ainsi que la Règle d'application n° 10.

**K - ULTRASONOGRAPHIE**

**SLE - Spécialistes**

		<b>Hono- raires de consul- tation R = 1</b>	<b>Supplé- ment de manipu- lation R = 7</b>
08321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale (*) . . . . .	4,60	13,90
08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (*) . . . . .	5,90	17,60
08316	Échohystérogaphie avec injection de liquide intra-utérin (*) . . . . .	11,00	30,00
	Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morpholo- gie et des mensurations foetales		
	Moins de 16 semaines de grossesse		
08323	par voie transvésicale ou endovaginale . . . . .	3,75	11,25
08324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (**) . . . . .	4,60	13,90
08312	pour étude de grossesse multiple (**) . . . . .	6,75	20,25
	À partir de la 16 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
08317	étude complète (***) . . . . .	4,60	13,90
08318	étude complète de grossesse gémellaire (***) . . . . .	6,75	20,25
08339	par foetus additionnel, au-delà du deuxième . . . . .	4,30	12,70

**AVIS :** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de foetus additionnels dans la case UNITÉS.  
Indiquer le nombre de foetus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

08319	À partir de la 28 <sup>e</sup> semaine de grossesse Etude 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
-------	--	------	------

**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 10.

08313	Consultation exceptionnelle, supplément . . . . .	100,00	
-------	---	--------	--

**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.  
Voir la règle 8 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

**AVIS :** (\*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.  
(\*\*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.  
(\*\*\*) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE</b>			
	Écho A-œil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
08336	un œil . . . . .	2,00	5,00
08337	deux yeux . . . . .	3,50	9,50
08320	Écho B-œil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A. . . . .	10,00	25,00
<b>ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE</b>			
08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (*) . . . . .	5,90	17,60
08326	Complète (trois organes et plus) (*) . . . . .	9,30	27,80
	NOTE : Une endoscopie gastro-entérologique ne peut pas être facturée avec les services médicaux codés 08348, 08370 et 08365 sauf dans les cas de sténose oesophagienne, anale ou colique.		
	<b><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.</b>		
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	

**AVIS :** (\*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.

**K - ULTRASONOGRAPHIE**

**SLE - Spécialistes**

		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 (*) . . . . .	10,00	30,00
08328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*) . . . .	12,40	37,10

**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 (**). . . . .	7,70	22,60
08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément . . . . .	4,90	14,60

**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 :** (\*) 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
08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (*). . . . .	4,90	14,60
	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.		
<b>ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE</b>			
08330	Face ou cou ou les deux . . . . .	4,90	14,60
08331	Épanchement pleural . . . . .	4,90	14,60
08333	Sein (par sein) (**). . . . .	4,90	14,60
08334	Testicule (par testicule) (**). . . . .	4,90	14,60
08335	Divers . . . . .	4,90	14,60

**ÉCHOSCOPIE**

08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure 21,30		
-------	--	--	--

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

**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 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
<b>EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC</b>			
08350	Doppler cervico-encéphalique L'examen de base : (comprend l'étude des deux carotides primitives, externes, internes, vertébrales sous-clavières, ophtal- miques) incluant l'enregistrement graphique de routine et les manoeuvres de compression jugées nécessaires	10,50	31,50
08351	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex) . . . . .	7,10	21,30
08352	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
08353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	4,60	13,90
08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs ini- tiales, supplément . . . . .	9,30	27,80
08355	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément	3,90	11,80
08356	sans test de provocation au froid . . . . .	7,90	23,60
08357	avec test de provocation au froid . . . . .		
	Examen veineux périphérique étude étagée des système veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire . . . . .	9,30	27,80
08358	Doppler périphérique régional pour problème localisé analyse de fréquence . . . . .	2,50	7,50
08359	prise de pression . . . . .	2,50	7,50
08360	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex) . . . . .	6,20	18,50

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
08361	Doppler pénien analyse de fréquence, sélective . . . . .	3,40	10,20
08362	enregistrement des pressions (minimum de deux) . . . .	4,60	13,90
08363	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	6,50	19,50
08364	Doppler abdomino-pelvien identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, ané- vrismes artériels, etc.) . . . . .	3,10	9,30
08368	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 . . . . .	10,20	30,60
08367	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 . . . . .	20,40	61,20
08366	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs) . . . . .	3,10	9,30

