



MÉDECINS OMNIPRATICIENS

MANUEL

Services de laboratoire en établissement



TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS TARIFAIRES.....	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
A - ANATOMO-PATHOLOGIE	1
1. PRÉAMBULE.....	1
HONORAIRES FORFAITAIRES ANNUELS	3
ANATOMO-PATHOLOGIE.....	4
LISTE DES EXAMENS COMPLEXES	7
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
B - BIOCHIMIE MÉDICALE	1
ANNEXE	5
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
C- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE	1
1. PRÉAMBULE.....	1
HONORAIRE D'EXAMEN.....	2
ÉPREUVES MULTIPLES	3
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
D - HÉMATOLOGIE.....	1
1. PRÉAMBULE.....	1
HÉMATOLOGIE	3
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
E - MÉDECINE NUCLÉAIRE	1
1. PRÉAMBULE.....	1
MÉDECINE NUCLÉAIRE	3
ÉPREUVES « IN VITRO ».....	6
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
F - MICROBIOLOGIE	1
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	1
1. PRÉAMBULE.....	1
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	6
PROTOCOLE I.....	14
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
J - ULTRASONOGRAPHIE.....	1

1. PRÉAMBULE.....	1
PROTOCOLE II	4
PRÉAMBULE PARTICULIER.....	1
K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE.....	1
1. PRÉAMBULE.....	1
ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE.....	2

DISPOSITIONS TARIFAIRES

1. Cette section du manuel est un document administratif pour fins de facturation des actes médicaux. Elle contient le texte des préambules et de la nomenclature des actes inclus dans l'annexe V de l'entente, partie Services de laboratoire en centre hospitalier, ainsi que des renseignements d'ordre administratif.
2. Lorsqu'il y a lieu d'interpréter, d'analyser et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente, il faut se rapporter aux lois mêmes, aux décrets, aux publications dans la *Gazette officielle* et aux ententes originelles.

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Ce tarif régit la pratique de la médecine de laboratoire.

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

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

Sauf disposition contraire, ce tarif ne s'applique pas aux soins donnés lors de l'examen médical du patient. À cet égard, le médecin est régi par les dispositions pertinentes des préambules général et particuliers de l'annexe V de l'entente.

RÈGLE 1

TARIFICATION

1.1 En centre hospitalier, seul le médecin qui détient des privilèges d'exercice en médecine de laboratoire a droit d'être rémunéré suivant le tarif régi par ce préambule.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Service de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte et pour chaque établissement où le médecin détient des privilèges.*

1.2 En cabinet privé, en radiologie diagnostique, seul le médecin qui exerce dans ce champ d'activités a le droit de se prévaloir du tarif de radiologie diagnostique régi par ce préambule.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Service de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte et pour chaque établissement où le médecin détient des privilèges.*

1.3 Indicateurs administratifs - Les numéros de codes d'acte et de modificateurs apparaissant à la nomenclature des actes ou aux divers préambules sont des indicateurs administratifs qui relèvent de l'autorité exclusive de la Régie. Celle-ci doit informer le médecin de tout ajout ou de toute modification à ceux-ci.

1.4 Formulaire de facturation - Les services d'ultrasonographie, de tomographie par ordinateur, de mammographie, d'angioradiologie (sauf l'interprétation seule) et les actes de radiologie d'intervention sont, à compter du 1^{er} juin 1988, facturés selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

Les épreuves in vivo sont, à compter du 1^{er} avril 1990, facturées selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

La mesure de la densité osseuse est, à compter du 1^{er} mars 1993, facturée selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

AVIS : *Utiliser la facture de services médicaux.*

RÈGLE 2

TARIFICATION NOUVELLE

2.1 Un médecin peut demander la tarification d'un nouvel examen de laboratoire relié à l'un des champs d'activités régis par ce préambule.

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. PRÉAMBULE

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

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le code de facturation **09990**.

Voir la section Actes non tarifés du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#).

2.2 Sur réception d'une demande de tarification nouvelle, la 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 un effet rétroactif. Est alors payé le relevé d'honoraires qui a été présenté 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 Les frais de déplacement et de séjour du médecin sont régis par les dispositions des paragraphes 30.05 et suivants de l'entente.

AVIS : Utiliser la facture de frais de déplacement ou le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement \(1988\)](#) selon le mode de rémunération du médecin.

Voir la section Frais de déplacement et de séjour du [Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement](#).

RÈGLE 4

URGENCE

4.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin qui est appelé pour un examen d'urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'un honoraire majoré 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.

4.2 L'honoraire majoré, pendant l'horaire de garde, est établi comme suit :

- Seul est majoré l'examen urgent pour lequel le médecin a été appelé pendant l'horaire de garde;
- La majoration est de 46 % pour un examen pratiqué entre 19 h et 7 h.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** et indiquer l'heure de début du service.

4.3 Pendant un horaire de garde, le forfait de l'urgence par déplacement du médecin est de **57,65 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 59,70 \$ au 1^{er} septembre 2018 et de 60,30 \$ au 1^{er} octobre 2019**.

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

AVIS : Pour le forfait de l'urgence, inscrire le code de facturation :

- **92040** sur la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#);
- **09204** sur la facture de services médicaux.

4.4 L'honoraire majoré ou, selon le cas, le forfait de l'urgence, est facturé 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 le cas d'une urgence pendant l'horaire de garde, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale \(1944\)](#) et inscrire :

- le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence;
- l'heure de l'appel et celle de la visite;
- le motif de l'urgence;
- le numéro de la ou des lignes correspondantes si la facture comprend plus d'un service.

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

RÈGLE 5

CONSIDÉRATION SPÉCIALE

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 : Utiliser l'élément de contexte **Service médical dont la complexité est inhabituelle**.

Attendre de recevoir la correspondance de la RAMQ pour fournir les renseignements décrivant l'acte posé et si nécessaire le compte rendu opératoire servant à l'appréciation de la demande d'honoraire additionnel.

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 prévue au chapitre VII de l'Entente.

RÈGLE 6

RAPPORTS MÉDICAUX

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

RÈGLE 7

CONSULTATION

7.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

7.2 En radiologie diagnostique, effectuée en centre hospitalier, lorsque le médecin effectue un examen chez un patient dont il est le médecin traitant, l'interprétation radiologique que le médecin consigne au dossier médical du patient est réputée constituer un rapport au sens du paragraphe 7.1 ci-dessus.

AVIS : Voir le paragraphe 18.1 du préambule particulier sous l'onglet [G – Radiologie diagnostique](#).

PRÉAMBULE PARTICULIER

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

1. PRÉAMBULE

Ce préambule régit la tarification de l'anatomo-pathologie en centre hospitalier.

RÈGLE 1.

HONORAIRE D'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

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

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

RÈGLE 2.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

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

RÈGLE 3.

CHIRURGIES

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

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

3.3 Ce tarif prévoit un honoraire particulier pour la détermination, au moyen de techniques spéciales de marges multiples de résection, dans le cas de lésions malignes du sein ou de la peau, au cours d'une même chirurgie.

Dans les autres cas, on applique le tarif habituel.

RÈGLE 4.

CONSULTATION PER-OPÉRATOIRE

4.1 Un seul honoraire de consultation est payé pour l'ensemble des examens macroscopiques pratiqués lors d'une consultation per-opératoire.

RÈGLE 5.

EXAMENS PAR CONGÉLATION

5.1 Un seul honoraire d'examen est payé pour l'identification de nerfs vagues ou de chaînes sympathiques, les coupes paraffinées comprises.

5.2 L'examen microscopique de coupes paraffinées faites sur la partie résiduelle d'un spécimen de congélation, est payé au plein tarif, sauf le contrôle à la paraffine de la congélation elle-même.

Un seul examen de ce type est payé, pour une même chirurgie.

Nul honoraire de ce type n'est exigible s'il s'agit d'une chirurgie apparaissant sous le titre « Chirurgie majeure extensive » ou dans la liste des examens complexes.

RÈGLE 6.

CYTOLOGIE

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

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

RÈGLE 7.

RAPPORTS AU CORONER

7.1 Les évaluations médicales demandées suivant la *Loi des coroners*, sont payées par la Régie.

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

HONORAIRES FORFAITAIRES ANNUELS

A) HÔPITAL DE MOINS DE 200 LITS

	Annuel	Code d'acte	Mensuel
1 ^{er} laboratoire	7 235,00	14010	600,00
2 ^e laboratoire	3 600,00	14030	300,00
3 ^e laboratoire	3 600,00	14050	300,00

B) HÔPITAL DE PLUS DE 200 LITS

1 ^{er} laboratoire	9 650,00	14020	800,00
2 ^e laboratoire	3 600,00	14040	300,00
3 ^e laboratoire	3 600,00	14060	300,00

ANATOMO-PATHOLOGIE

2. TABLEAU DES HONORAIRES

AUTOPSIE

10020	Autopsie, examen macroscopique et microscopique	224,50
10021	Autopsie faite sur un foetus complet suite à un avortement thérapeutique incluant l'étude du placenta, le cas échéant, dans les cas de malformations, maladies génétiques, infectieuses ou métaboliques	224,50
10022	Autopsie faite à la demande du coroner	244,90
Consultation per-opératoire :		
10030	avec ou sans congélation	51,05
10033	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément	25,55
10042	examen effectué par un médecin sur requête écrite d'un autre médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité : le médecin 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 requérant	43,05
10050	demandée par un médecin d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic	79,40
10052	demandée par un médecin d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière	153,10
Immunopathologie (tarif établi par cas, quel que soit le nombre d'anticorps utilisés, excluant la recherche de chlamydia)		
Immunofluorescence		
10090	Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation	5,70
10101	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques	51,05
10111	Immunoperoxydase	51,05
Moelle osseuse		
10120	Interprétation	30,60
Pathologie chirurgicale :		
10121	examen microscopique et/ou macroscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires)	2,40
	examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires	
10131	non complexe	15,40
10132	complexe (voir liste)	22,65
	chirurgie mineure extensive	
	examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive	
10142	biopsie hépatique et biopsies ganglionnaires multiples en vue d'un staging de maladie de Hodgkin	43,05
10143	Laryngectomie et évidement cervical	43,05
10144	tumeur osseuse maligne	43,05
10145	Mélanome	43,05
10146	cas de cancer avec étude ganglionnaire	43,05

10147	Lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle	43,05
10148	Colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung	43,05
10149	globe oculaire	43,05
	Marges de résection	
	examen microscopique de spécimen (un ou plusieurs) :	
10156	détermination de marges de résections multiples au moyen de techniques spéciales dans le cas de lésion maligne du sein, de la peau ou d'une chirurgie extensive de la sphère O.R.L.	27,20
	Biopsies	
10151	biopsie pleurale	26,05
10152	biopsie cérébrale	26,05
10153	biopsie par endoscopie excluant la colposcopie	26,05
10154	biopsie myocardique	26,05
10155	biopsie rénale	26,05
10157	biopsie hépatique	26,05
10158	résection trans-urétrale de la prostate	26,05
10159	biopsie de ganglion(s) lymphomateux	26,05
10170	par colposcopie, un (1) ou plusieurs fragments ou biopsie conique du col utérin	20,40
	Microscopie électronique :	
10160	technique et interprétation	204,10
	Histoenzymologie :	
10180	étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non	
	biopsie musculaire	
	dissection de fibres nerveuses	
	histogramme de nerfs ou muscles	56,70
	CYTOLOGIE (examen microscopique) :	
11010	Liquide amniotique (maturité foetale)	9,65
11020	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	17,00
11025	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	14,15
11085	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	2,05
11090	Cytologie hormonale (sur lame à part)	3,65
11095	Spécimens non gynécologiques	10,75
11140	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus)	13,05
	CYTOGÉNÉTIQUE :	
12010	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	104,35
12020	Chromatine sexuelle X	9,65
12030	Chromatine Y (par fluorescence)	14,80
	AUTRES ANALYSES :	
13010	Spermogramme complet	13,25
13020	Dermatoglyphes	29,45
13030	Étude quantitative de la biopsie osseuse (méthode de Jung)	104,35
13040	Cultures de tissus pour identification de souches cellulaires néoplasiques	104,35

A - ANATOMO-PATHOLOGIE
ANATOMO-PATHOLOGIE

13050	Hybridation moléculaire (méthode de Southern, méthode de Northern ou hybridation in situ sur coupe(s) avec tissulaire(s), avec sondes radioactives, excluant le test Vira-Pap)	51,05
13060	Étude de la ploïdie nucléaire (cytométrie de flux et cytophotométrie) par spécimen	11,35

LISTE DES EXAMENS COMPLEXES

O.R.L.

Exérèse de tumeur salivaire

SEIN

Biopsie simple ou multiple du sein

SYSTÈME LYMPHOÏDE

Exérèse de ganglion(s) lymphatique(s) (un ou plusieurs)

Splénectomie

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Exérèse de lésion médiastinale

Biopsie pulmonaire par thoracotomie

Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie

SYSTÈME DIGESTIF

Résection de un ou plusieurs segments du tube digestif (sauf l'appendice)

Hépatectomie ou pancréatectomie totale ou partielle

SYSTÈME GÉNITO URINAIRE

Néphrectomie totale ou partielle

Cystectomie totale ou partielle

Prostatectomie sus ou rétropubienne

Orchiectomie (sauf castration thérapeutique)

Vulvectomie

Salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale

Hystérectomie

Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Thyroïdectomie totale ou partielle

Surrénalectomie

Hypophysectomie

PRÉAMBULE PARTICULIER

B - BIOCHIMIE MÉDICALE

Ce préambule détermine la rémunération du médecin omnipraticien pour sa participation aux activités de laboratoire en biochimie et à certaines activités médico-administratives et d'enseignement.

Article 1 Mode de rémunération

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

Article 2 La charge professionnelle

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

- i) Les activités médicales, lesquelles intègrent les étapes pré-analytiques, analytiques et post-analytiques et comprennent notamment le choix et la mise au point des méthodes analytiques, la sélection des équipements, l'assurance qualité, l'interprétation de résultats, la supervision professionnelle de l'activité des technologues, le suivi de l'évolution bio-technologique, l'utilisation et l'adaptation des systèmes d'information de laboratoire (SIL) et des systèmes experts. Ceci inclut également les discussions avec le médecin prescripteur, la prescription d'examen complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examen spéciaux, la rationalisation de l'utilisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue des analyses et les études de pertinence.
- ii) Les activités médico-administratives, soit la participation aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* par le CMDP de l'établissement de même que la participation aux réunions du service ou du département de biochimie ou de biologie médicale. Elles s'étendent de plus à la participation aux comités mis sur pied par l'agence de la santé et des services sociaux, ou par des organismes nationaux, dans le domaine de la médecine de laboratoire.
- iii) Les activités d'enseignement excluant toutefois celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

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

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

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

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

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

Article 3 Supplément de charge

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

La somme des lettres K pour les suppléments de charge ne peut dépasser 15 par médecin.

Les suppléments de charge prévus aux articles 3.5 à 3.7 s'appliquent seulement lorsque les centres visés à ces articles ne bénéficient pas des services d'un médecin biochimiste à pleine charge ou à charge partielle ou dans le cas de remplacement de ce médecin biochimiste absent temporairement pour invalidité ou grossesse.

Gestion des ressources du laboratoire

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

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

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

Est accordé un minimum de 6 lettres K. S'y en ajoutent 2 K lorsque le nombre de médecins utilisateurs se situe entre 100 et 149 et 4 K lorsque ce nombre se situe entre 150 et 199. S'y en ajoute 1 K pour chaque groupe additionnel de 50 médecins utilisateurs. Le maximum est de 12 K.

Médecins-conseils en laboratoire de biochimie d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

3.5 Sont allouées 16 lettres K pour les activités des médecins-conseils dans un laboratoire de biochimie d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Le nombre maximal de lettres K est de 8 par centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour chacun des médecins participants.

Pratique en centre d'hébergement et de soins de longue durée ou en CLSC

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

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

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

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

Article 4 Modalités de paiement

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

AVIS : Consulter les [calendriers des jours fériés](#).

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

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le code de facturation **09735**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

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

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

- le nombre de lettres « K » représentant votre pleine charge professionnelle ou vos charges partielles

plus

- le nombre de lettres « K » représentant vos suppléments de charge

multiplié par 4 929 948 \$

multiplié par 1/180

Exemple

Pour une pleine charge dans un établissement (80 K) ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, la charge totale est de 88 K (80 + 8). Les honoraires pour une quote-part équivalent donc à :

$$(80 + 8) \times 4\,929\,948 \$ \times 1/180 = 964\,259\,52\,35 \$$$

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

Article 5 Avis d'assignation

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

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

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

AVIS : Faire parvenir à la RAMQ un formulaire [Avis d'assignation – Services de laboratoire en établissement – Biochimie médicale \(préambule particulier\) \(3795\)](#) dûment rempli et signé ainsi que contresigné par le chef du département ou du service concerné.

Cet avis d'assignation est envoyé lors d'une première inscription ou pour toute modification à la charge professionnelle ou aux suppléments de charge, s'il y a lieu.

B - BIOCHIMIE MÉDICALE
LISTE DES EXAMENS COMPLEXES

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

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

ANNEXE

Aux fins de l'application du préambule de biochimie médicale,
la valeur d'un K est la suivante :

1 929 \$
1 948 \$

PRÉAMBULE PARTICULIER

C- ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. PRÉAMBULE

RÈGLE 1.

TARIFICATION

1.1 Le préambule régit la tarification de l'électroencéphalographie en centre hospitalier.

HONORAIRE D'EXAMEN

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

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

ÉPREUVES MULTIPLES

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

On accorde alors l'honoraire le plus élevé.

ÉPREUVES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

2. TABLEAU DES HONORAIRES

Électroencéphalogramme de base :

40010	Interprétation effectuée à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou dans l'autre cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente	13,60
	Études complémentaires : à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :	
40020	a) tracé de sommeil	10,75
40030	b) activation chimique	12,50
40040	c) enregistrement avec électrodes sphénoïdales	15,90
40050	d) audio-électroencéphalographie avec étude des potentiels évoqués	15,90
40060	e) étude avec électrodes pharyngées	3,95
40062	f) étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)	13,60
	Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme :	
40070	par fonction explorée	7,85
40080	maximum par séance	23,75
	Analyse quantitative de l'électrogénèse :	
40090	a) un hémisphère	32,85
40100	b) deux hémisphères	55,50
	Surveillance et interprétation d'enregistrement prolongé spécial excédant une heure :	
40110	a) première heure d'enregistrement	38,55
40120	b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement	16,40
	<i>AVIS : Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.</i>	
	Investigation spéciale du processus épileptique :	
	1. Télémétrie :	
40130	a) tracé sans enregistrement de crise	22,10
40140	b) tracé avec enregistrement de crise	44,25
	2. Surveillance et interprétation d'enregistrement continu sur le scalp avec étude audio et vidéo :	
40150	a) première heure	55,50
40160	b) pour chaque heure supplémentaire	22,10
	<i>AVIS : Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.</i>	
	3. Surveillance et interprétation d'un enregistrement stéréo-électroencéphalographique avec étude audio et vidéo :	
40170	a) première heure	55,50
40180	b) pour chaque heure supplémentaire	22,10
	<i>AVIS : Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.</i>	
40190	4. Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	192,75
40200	5. Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopenthal)	77,10

40210	6. Test à l'amytal intracarotidien	69,15
40220	Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	91,85

PRÉAMBULE PARTICULIER

D - HÉMATOLOGIE

1. PRÉAMBULE

Ce préambule régit la rémunération de l'hématologie en centre hospitalier.

RÈGLE 1.

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

1.1 En hématologie, on distingue l'établissement principal et l'établissement secondaire.

1.2 L'établissement principal est le centre hospitalier dans lequel le médecin exerce la majeure partie de ses activités professionnelles.

À titre exceptionnel, un médecin qui partage son temps entre plusieurs centres hospitaliers, peut être payé suivant le tarif de l'établissement principal pour l'ensemble de sa pratique. Cette dérogation exige l'approbation préalable des parties négociantes.

1.3 Tout autre centre hospitalier est traité comme établissement secondaire.

AVIS : Une nomination du centre hospitalier est requise et doit mentionner s'il s'agit de l'établissement principal ou d'un établissement secondaire.

L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges.

L'avis d'assignation peut être transmis :

Par courrier

*Service de l'admissibilité et du paiement
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4*

Par télécopieur

418 646-8110

RÈGLE 2.

TARIFICATION EN ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL

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

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

2.2 Un honoraire est accordé pour l'hémogramme.

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

RÈGLE 3.

D - HÉMATOLOGIE
1. PRÉAMBULE

TARIFICATION EN ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE

3.1 Le médecin qui prend charge du laboratoire d'hématologie d'un établissement secondaire, est payé suivant un contrat particulier établi par les parties négociantes.

Sont compris dans ce tarif, les examens de laboratoire pratiqués lors de ces visites.

HÉMATOLOGIE

2. TABLEAU DES HONORAIRES

Actes médicaux		
50030	Hémogramme complet incluant	0,90
	Numération	
	Différentielle	
	Morphologie	
	Avec ou sans sédimentation	
	Avec ou sans réticulocytes	
	NOTE : Le médecin doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués dans le centre hospitalier.	
Moelle :		
50040	Myélogramme	27,20
Frottis spécial :		
50050	Recherche de cellules LE	3,50
50060	Adénogramme	8,55
50070	Recherche de parasites	8,55
50080	Splénogramme	8,55
50090	Cytologie de liquides autres que le sang	5,60
50100	Analyse cytochimique	12,50
50110	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire	8,55
COAGULATION		
51010	Dépistage	1,75
	Il comprend notamment :	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Appréciation des plaquettes	
51020	Coagulogramme complet	6,25
	Il comprend notamment :	
	Temps de saignement	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Décompte plaquettaire	
51030	Étude des fonctions plaquettaires	12,50
51040	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation	8,55
51050	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant	8,55
51060	Recherche d'une coagulation intra-vasculaire disséminée et/ou d'une fibrinolyse	8,55
51070	Thromboélastographie	6,25
BANQUE DE SANG		
52010	Requête pour transfusion sanguine par requête	1,75

D - HÉMATOLOGIE
HÉMATOLOGIE

52005	Dépistage d'anticorps en-dehors d'une requête pour transfusion	0,80
52020	Identification d'anticorps	12,50
52030	Recherche d'anticorps anti-plaquettaires	2,10
52040	Recherche d'anticorps anti-leucocytaires	2,10
52050	Étude d'une réaction transfusionnelle	20,40
52060	Étude immuno-hématologique d'une réaction hémolytique immune	24,95
52065	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh	10,50
52075	Plasmaphérèse, par sac	12,60
52070	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus)	170,05
52085	Groupes salivaires	24,40

HÉMATOLOGIE SPÉCIALE

53010	Étude des enzymes érythrocytaires	12,50
53020	Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine	12,50
53030	Recherche d'une anomalie de la membrane du globule rouge	12,50
53040	Étude des facteurs de l'érythropoïèse	12,50
55120	Étude d'une protéine marquée in vivo ou in vitro	8,55

GÉNÉTIQUE

54010	Karyotype	63,55
--------------	-----------	-------

HÉMATOLOGIE RADIOISOTOPIQUE

Cinétique globulaire érythrocytaire :

55010	Masse globulaire	8,55
55020	Survie globulaire	8,55
55030	Courbe d'accumulation dans les organes cibles	17,00

Cinétique leucocytaire :

55050	Survie	9,75
55060	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	19,50

Cinétique plaquettaire :

55070	Survie	8,55
55080	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	19,50

Volumes sanguins :

55090	Volume globulaire	8,55
55100	Volume plasmatique	4,15

Ferrocinétique

55130	Épuration du fer plasmatique (turnover)	8,55
55140	Taux d'incorporation du fer dans les globules rouges	8,55
55150	Courbe d'accumulation du fer dans les organes cibles	17,00
55180	Épreuves d'absorption du fer	8,55
55190	Calcul des pertes sanguines par globules rouges marquées	12,50

Divers

55170	Test de Schilling	8,55
55200	Étude du fibrinogène et des plaquettes par la sélénométhionine	8,55

IMMUNOLOGIE

56010	Immuno-électrophorèse sérique ou urinaire pour recherche et/ou identification d'une protéine anormale :	8,55
	Histocompatibilité HL-A :	
56020	Phénotype	4,15
56030	Génotype	8,55
56040	Identification d'antigène par cytotoxicité	1,75
56050	Recherche et identification d'anticorps anti HL-A	12,50
	Immunofluorescence :	
56075	Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus	12,50
56090	Anticorps, anti-tissus et anti-microorganisme	3,40
56100	Fluorescence de membrane cellulaire	20,40
56110	Fluorescence intra-cytoplasmique	20,40
	Sérologie :	
56120	Étude néphélométrique du complément	2,50
56125	Étude du complément par méthode hémolytique	20,40
56130	Recherche de cryoglobuline : quantification et identification	12,50
	Hémopoïèse in vitro :	
	Évaluation de la granulopoïèse in vitro (colonie en agar)	
56140	Capacité de formation de colonies, cinétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	37,40
56150	Capacité de stimuler la formation des colonies	17,00
56160	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	12,50
	Immunologie cellulaire :	
	Évaluation de la réponse immune :	
	1) Sensibilisation à un ou plusieurs antigènes primaires thymo-dépendants et évaluation de la réponse secondaire à cet antigène.	
56170	2) Intradermo réactions à au moins 3 antigènes secondaires thymo-dépendants 3) Décompte de l'ensemble de ces deux techniques, lymphocytes/mm ³ et des monocytes. 4) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase et, le cas échéant, après fixations et colorations spéciales.	8,55
56180	Pour quatre (4) techniques ou plus	14,80
	Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un mitogène non spécifique (PHA, PWN, CON A, etc.) :	
	1) Population lymphocytaire purifiée	
	2) Triplicata minima	
56190	2 patients et 1 plasma ou sérum	8,55
56200	2 patients et 2 plasma ou sérum (contrôle et patient)	12,50
	Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un antigène spécifique (P.P.D., médicaments, etc.) :	
	1) Population lymphocytaire purifiée	
	2) Données en triplicata (minimum)	
56210	2 individus et 1 plasma ou sérum	9,90
56220	2 individus et 2 plasma ou sérum	17,00

Évaluation de la fonction lymphocytaire en transformation à l'aide de la PHA (méthode isotopique) :		
Étude de la cinétique cellulaire (minimum 3 points en 6 jours) :		
1) Lymphocytes purifiés		
2) Données de chaque point en triplicata (minimum)		
56230	2 patients (contrôle et patient)	17,00
Cinétique sensibilité à la PHA :		
1) Minimum 3 points en 6 jours		
2) Minimum 3 concentrations de PHA		
3) Lymphocytes purifiés		
4) Données de chaque point en triplicata (minimum)		
56240	2 patients (contrôle et patient)	58,95
Culture mixte de lymphocytes (méthode isotopique) :		
1) Lymphocytes purifiés		
2) Données en triplicata (minimum)		
3) Stimulation unidirectionnelle pour la capacité de stimulation et de transformation		
56250	Culture mixte et 1 plasma (sérum)	17,00
56260	Culture mixte et 2 plasma (sérum)	29,45
Évaluation de l'activité métabolique du lymphocyte (méthode isotopique) :		
1) Morphologie en contraste de phase		
2) Lymphocytes purifiés		
56270	Données en triplicata (minimum)	4,15
Évaluation de la lymphocytotoxicité (à visée spécifique ou non) et recherche d'anticorps bloquants (relarguage isotopique ou autres) :		
1) Données en triplicata (minimum)		
2) Analyse qualitative de la cytolyse		
56280	Lymphocytotoxicité et 1 plasma (sérum)	17,00
56290	Lymphocytotoxicité et 2 plasma (sérum)	29,45
Évaluation des populations lymphocytaires du sang périphérique ou de tissu lymphoïde en suspension :		
1) Lymphocytes purifiés		
2) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase en fixation de coloration spéciale		
3) Énumération des lymphocytes formant des rosettes spontanées sur érythrocytes de mouton		
4) Énumération des lymphocytes avant des immunoglobulines de surface (antisérum polyvalent) (Ig ^G , Ig ^A , Ig ^M), par fluorescence directe		
56300	5) Énumération des lymphocytes formant des rosettes EA et EAC (optionnel) Pour l'ensemble	41,95
Évaluation des populations lymphocytaires et monocytaires par la technique des rosettes EA et EAC sur tissu congelé :		
1) Histologie sur congélation (coloration spéciale)		

	2) Évaluation de la nature et de la distribution des cellules ayant récepteurs Fc et C ₃ par la technique des rosettes sur congélation	
56310	Pour l'ensemble	20,40
56320	Dosage du MIF sérique par la planimétrie ou par la méthode en agarose/ou par la méthode de migration unidirectionnelle	20,40
	Évaluation de l'arc afférent de la réponse immune par l'analyse des facteurs solubles capables d'inhiber la migration des leucocytes/ou des macrophages/ou des monocytes :	
	1) Méthode directe ou indirecte	
	2) Minimum 3 concentrations de l'antigène	
	3) Données en triplicata (minimum)	
	4) Évaluation du «phénomène de fuite»	
	5) Évaluation de l'agrégation cellulaire	
	6) Colorations spéciales (optionnel)	
56330	Pour l'ensemble	24,95
	Immunosérologie :	
57010	Recherche de complexes immuns solubles circulants	12,50
57020	Recherche d'anticorps anti-tissulaires, anti-fractions tissulaires ou cellulaires par autre méthode que l'immunofluorescence	8,55
57030	Étude néphélobométrique d'une protéine	2,50
57040	Contenu en ADN de spécimens tissulaires : moelle osseuse, liquide pleural, ascite, tumeurs	20,40
57050	Recherche et/ou dosage des récepteurs d'oestrogène ou progestérone	17,00
57060	Isolement et identification d'antigène ou d'anticorps par chromatographie	29,45

PRÉAMBULE PARTICULIER

E - MÉDECINE NUCLÉAIRE

1. PRÉAMBULE

Ce préambule régit la rémunération de la médecine nucléaire en centre hospitalier.

RÈGLE 1.

EXAMENS IN VIVO

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

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

1.3 On accorde une majoration de 15 % de l'honoraire de l'examen lorsque le médecin pratique, outre la technique conventionnelle, un complément d'épreuve. (MOD=076)

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Complément d'épreuve.**

Il en est de même lorsque l'examen est pratiqué en comparant les données de l'épreuve et celles d'un enregistrement électronique. (MOD=077)

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Comparaison des données de l'épreuve et celles d'un enregistrement électronique.**

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

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

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Consultation pour l'interprétation d'une épreuve complexe.**

Il rédige alors un rapport de sa consultation.

RÈGLE 2.

EXAMENS IN VITRO

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

RÈGLE 3.

MODIFICATEURS

3.1 Certains modificateurs sont prévus au présent préambule, pour majorer la tarification des examens.

À l'égard d'un même examen, on ne peut se prévaloir de plus d'un modificateur de majoration : la Régie paie le modificateur le plus élevé.

On ne peut se prévaloir d'un modificateur de majoration pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire.

RÈGLE 4.

ORGANES DOUBLES

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

RÈGLE 5.

EXAMENS ASSOCIÉS

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

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

RÈGLE 6.

EXAMEN OSSEUX

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

RÈGLE 7.

SUPPLÉMENT

7.1 Une épreuve avec administration d'une substance pharmacologique ayant pour effet de stimuler ou d'inhiber l'action d'un organe donne droit à un supplément de ~~37,60 \$~~ **39,35 \$ (code 8713)** au ~~1^{er} juin 2013 et de 38,95 \$ au 1^{er} septembre 2018~~ **au 1^{er} octobre 2019** incluant la surveillance immédiate.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

2. TABLEAU DES HONORAIRES

ÉPREUVES « IN VIVO »

AVIS : Pour les examens de médecine nucléaire in vivo, utiliser la facture de services médicaux.

Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.

DIAGNOSTIC

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Thyroïde

8600	Captation simple ou multiple	3,15
8601	Scintigraphie	18,95
8602	Épreuve de stimulation	3,00
8603	Épreuve de freinage	3,00
8604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	9,40
8605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,95
8606	Courbe d'épuration sanguine du radio iode	8,95
8607	Mesure de l'excrétion urinaire du radio iode	3,55
8608	PBI - I 131	1,45
8609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	62,90

Parathyroïdes

8610	Scintigraphie	44,05
------	---------------	-------

Surrénales

8611	Scintigraphie	62,90
------	---------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

8612	Volume plasmatique	5,95
8613	Masse globulaire	11,85
8614	Survie globulaire	23,70
8615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	35,60
8616	Index de séquestration splénique	11,85
8617	Survie de leucocytes	35,60
8618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	35,60
8619	Survie des plaquettes	35,60
8620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	35,60
8621	Mesure de l'absorption du fer	23,70
8622	Épuration plasmatique du fer « clearance »	11,85
8623	Taux de renouvellement plasmatique « turnover »	11,85
8624	Incorporation globulaire du fer « utilization »	11,85
8625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	35,60
8626	Volume de la sidérophilline marquée	11,85
8627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,45
8628	Fer globulaire total	1,45
8629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	17,80
8630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	59,30

8631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autre agent	50,35
8632	Lymphographie régionale	25,15
8633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marquée	35,60
SYSTÈME URINAIRE		
8634	Scintigraphie rénale	15,75
8635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	9,40
8636	Rénogramme	17,80
8637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	37,70
8638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	17,80
8639	Taux de filtration glomérulaire	17,80
8640	Recherche du reflux vésico-urétéral	29,65
8641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	29,65
SYSTÈME DIGESTIF		
8642	Scintigraphie hépatique et splénique	15,75
8643	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent. Courbe et/ou taux d'épuration	11,85
8644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	37,70
8645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	9,40
8646	Recherche de diverticule	44,05
8647	Étude de protéine marquée	29,65
8648	Vidange gastrique et/ou reflux	62,90
8649	Absorption du calcium	17,80
8650	Trioléine	11,85
8651	Acide oléique	11,85
8652	Schilling	12,65
8653	Schilling avec facteur intrinsèque	11,85
8654	Pertes protéiques	35,60
8655	Recherche de sang dans les selles	35,60
8656	Élimination fécale de substances marquées	35,60
8657	Métabolisme des sels biliaires	23,70
8658	Scintigraphie du pancréas	29,65
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE		
8659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	18,95
8660	Perfusions myocardiques dynamiques	59,30
8661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	29,65
8662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	23,70
8663	Mesure du débit cardiaque	11,85
8664	Mesure du temps de circulation	10,60
8665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,95
8666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	6,30
8667	Scintigraphie du myocarde	29,65
8668	Scinti-angiographie aorte/ses branches excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	18,95
8669	Phlébographie isotopique	62,90
8670	Ventriculographie isotopique	31,35

SYSTÈME RESPIRATOIRE

8671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	31,35
8672	Angiographie pulmonaire	15,75
8673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	41,45
8674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	44,05

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

8675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	8,95
8676	Scintigraphie cérébrale	25,15
8677	Cisternographie (2-6-24 hres)	94,35

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

8704	Ostéodensitométrie isotopique	18,95
-------------	-------------------------------	--------------

NOTE : L'ostéodensitométrie isotopique ne peut être pratiquée que sur indications médicale précises.

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

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

Scintigraphie osseuse, (excluant ostéodensitométrie isotopique)

8678	un site	17,80
8679	sites multiples	34,55

Scintigraphie articulaire :

8680	un site	17,80
8681	sites multiples	37,70

DIVERS

8682	Scintigraphie de l'abdomen	31,35
8683	Scintigraphie des voies lacrymales	41,45
8684	Scintigraphie des glandes salivaires	44,05
8685	Placentographie	17,80
8686	Recherche de foyer d'abcès	50,35
8687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre P ³²	29,65
8688	Recherche de néoplasie du sein	17,80
8689	Scintigraphie des testicules	65,40
8690	Étude du taux d'épuration	14,80
8691	Scintigraphie des chaînes mammaires	29,65

Autre scintigraphie :

8692	un site	17,80
8693	sites multiples	50,35
8694	Scintigraphie par fluorescence-X	29,65
8695	Mesure des éléments traces « in vivo » par activation neutronale	59,30

Tomographie assistée

8701	cerveau	75,50
8702	coeur	81,65
8703	autre	62,90
8700	Tomographie assistée par positron	296,50

TRAITEMENT

8697	Traitement par radio isotope métabolisé	62,90
8698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire	88,95
8699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire par visite	13,10

ÉPREUVES « IN VITRO »

82744	Acide folique	1,40
82604	Adrénocorticotropine (ACTH)	1,40
82605	Aldostérone	1,40
82625	AMP cyclique	1,40
82606	Angiotensine I	1,40
82614	Angiotensine II	1,40
82664	Antigène australien (HAA)	1,40
82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	1,40
82676	Anti-human IgE	1,40
82624	Cortisol	1,40
82644	Digitoxine	1,40
82626	Digoxine	1,40
82645	Estradiol	1,40
82646	Folliculostimuline (FSH)	1,40
82654	Gastrine	1,40
82655	Glucagon	1,40
82656	GMP cyclique	1,40
82665	Gonadotropine chorionique	1,40
82666	Hormone de croissance (HGH)	1,40
82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	1,40
82686	Hormone lutéinisante (LH)	1,40
82726	Hormone thyroïdostimulante (TSH)	1,40
82675	IgE	1,40
82684	Insuline	1,40
82694	LSD	1,40
82685	Lupus érythémateux (LE)	1,40
82695	Morphine	1,40
82696	Oubaine	1,40
82704	Progestérone	1,40
82705	Prostaglandine	1,40
82715	Prostaglandine E	1,40
82706	Prostaglandine F1	1,40
82714	Prostaglandine F2	1,40
82615	Rénine	1,40
82724	T3 résine	1,40
82716	T3 RIA	1,40
82736	T4 plasmatique libre	1,40
82735	T4 plasmatique total	1,40
82725	Testostérone	1,40

82734	Vitamine B12	1,40
82745	Dosage des éléments tracés par activation X, neutronale ou source radioactive scellée	1,40
82746	Autres	1,40

PRÉAMBULE PARTICULIER

F - MICROBIOLOGIE

AVIS : Le service de laboratoire à l'unité a pris fin le 31 décembre 2000.

PRÉAMBULE PARTICULIER

G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

1. PRÉAMBULE

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

Si le médecin est également le médecin traitant, inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de professionnel.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : Utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).

Voir la section Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire *du* [Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement](#).

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

TARIF DE LABORATOIRE

1.3 Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7).

1.4 S'ajoute l'honoraire de consultation s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS : Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

1.5 En laboratoire, seul l'examen dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis donne droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.6 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement.

RÈGLE 2.

EXAMENS

2.1 Le médecin qui, à la demande écrite du médecin traitant, exerce une activité radiologique, est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3.

EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Étude morphologique non comparative.*

RÈGLE 4.

FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5.

EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues, l'introduction d'air et de baryum sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de cinq (5) films grand format de l'abdomen.

RÈGLE 6.

TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de baryum approprié.

RÈGLE 7.

EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 8.

NEZ ET SINUS

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 9.

EXAMEN DE LA COLONNE

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

RÈGLE 10.

PHARYNX ET OESOPHAGE

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 11.

COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 12.

BILATÉRALITÉ

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

AVIS : *Utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*

- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche.**

RÈGLE 13.

RADIOGRAPHIE DENTAIRE

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

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

RÈGLE 14.

SUBSTANCES DE CONTRASTE

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

À titre exceptionnel, les substances à faible osmolalité sont payées par le patient, sauf dans le cas de la myélographie.

RÈGLE 15.

ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

15.1 On accorde un supplément de ~~39,65 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 41,05 \$ au 1^{er} septembre 2018~~ **41,45 \$ au 1^{er} octobre 2019** au médecin qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

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

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :

- le code de facturation **09222** pour un patient hospitalisé;
- le code de facturation **09299** pour un patient en hospitalisation d'un jour, en externe;
- le lieu de dispensation.

15.2 Le médecin qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de ~~13,60 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 14,10 \$ au 1^{er} septembre 2018~~ **14,25 \$ au 1^{er} octobre 2019** par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux et inscrire le code de facturation **09223**.

Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.

RÈGLE 16.

STÉRÉOSCOPIE

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

RÈGLE 17.

TARIFICATION

17.1 Le médecin qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.

Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 18.

RAPPORT

18.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : La révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé.

*Utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.***

RÈGLE 19.

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

19.1 On accorde un supplément de ~~28 \$~~ 28,30 \$ au médecin détenant de l'établissement des privilèges spécifiques en radiologie pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

AVIS : Utiliser le code de facturation **08279**.

L
R = 7

C
R = 1

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

2. TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : En cabinet, utiliser la facture de services médicaux.

En établissement, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).

*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.*

*Pour les actes bilatéraux, utiliser les éléments de contexte **Intervention côté droit et Intervention côté gauche**.*

TÊTE ET COU

	Crâne		
8010	trois (3) incidences ou moins	33,05	5,75
8013	quatre (4) incidences ou plus	41,05	8,15
	Selle turcique		
8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	26,00	6,50
	Massif facial		
8123	trois (3) incidences ou moins	25,20	6,45
8124	quatre (4) incidences ou plus	31,40	8,00
	Nez		
8031	minimum de deux (2) incidences	16,50	4,00
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
8023	minimum de trois (3) incidences	25,20	6,45
	Articulations temporo-maxillaires		
8024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	25,20	6,45
	Sinus		
8125	trois (3) incidences ou moins	24,00	5,85
8126	quatre (4) incidences ou plus	28,65	8,00
	Mastoïdes - bilatérales		
8076	minimum de six (6) incidences	28,75	9,25
	Conduit auditif interne		
8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	26,00	6,30
	Oeil		
8030	recherche de corps étranger	16,40	5,75
8028	recherche et localisation de corps étranger	35,30	21,55
8011	Trous optiques	19,20	5,30
8038	Région des glandes salivaires	16,25	4,95
	Tissus mous du cou		
8037	minimum de deux (2) incidences	15,55	4,95
8036	Étude panoramique des maxillaires	17,80	4,80
	Dents		
8034	deux (2) régions dentaires ou moins	6,40	1,35

AVIS : Voir le paragraphe 13.1 du préambule particulier.

	Céphalométrie		
8077	avec mesure des angles	20,75	24,35
COLONNE ET BASSIN			
	Colonne cervicale		
8127	trois (3) incidences ou moins	28,65	4,25
8128	quatre (4) incidences ou plus	36,90	6,95
8042	Colonne dorsale	27,40	4,95
8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	32,05	6,80
	Colonne entière (série scoliotique)		
8053	minimum de quatre (4) incidences	61,65	14,90
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	26,45	4,20
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	34,30	4,20
8058	Articulations sacro-iliaques	24,00	5,40
	Bassin		
8054	une (1) incidence	16,50	4,20
8056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	30,60	5,15
8055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	35,20	6,75
	NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		
MEMBRES SUPÉRIEURS			
8060	Clavicule	19,40	4,20
8075	Articulations acromioclaviculaires	24,00	5,40
8118	Articulations sterno-claviculaires	19,80	4,55
8074	Omoplate	21,50	4,55
8062	Épaule	21,30	4,65
8063	Humérus	16,50	4,20
8064	Coude	16,50	4,20
8065	Avant-bras	16,50	4,20
8066	Poignet	16,50	4,20
8067	Main	16,50	4,60
8068	Poignet et main	24,00	7,80
8069	Doigt ou pouce	12,80	3,15
MEMBRES INFÉRIEURS			
	Hanche unilatérale		
8080	deux (2) incidences ou plus	26,90	4,95
8083	Fémur	16,50	4,20
8084	Genou, incluant la rotule	16,50	4,60
8085	Jambe	16,50	4,20
8086	Cheville	16,50	4,60
	Pied		
8087	tarse, calcaneum ou talon	16,50	4,20

8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	25,25	9,00
8090	Orteil	12,80	2,90
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	24,80	6,75
ÉTUDES DU SQUELETTE			
Étude du squelette pour âge osseux			
8092	une (1) région (main)	16,50	7,50
8093	deux (2) régions (main et autres)	29,55	8,85
Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région			
8280	huit (8) incidences ou moins	65,70	12,10
8281	neuf (9) ou dix (10) incidences	70,75	21,20
8282	onze (11) incidences ou plus	90,35	23,45
THORAX			
8100	Poumons	23,95	5,50
8108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	55,40	11,00
Larynx, études spéciales			
8113	phonation	29,10	4,80
Hémithorax (côtes)			
8115	deux (2) incidences ou plus	19,80	4,55
8117	Sternum	20,80	4,95
Lecteur B			
9943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,70
AVIS : Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606).			
<i>Voir la section Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606) – Description du formulaire du Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement.</i>			
ABDOMEN			
Abdomen			
8150	simple	16,50	4,35
8152	deux (2) incidences ou plus	25,90	5,95
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)			
8132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	37,45	19,55
8133	étude du pharynx et de l'oesophage	37,45	19,55
8148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de 5 ans)	34,95	29,40

8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	35,40	9,45
	Tube digestif supérieur		
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	69,30	18,25
8153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de 5 ans)	64,50	32,30
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	74,70	25,15
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	98,00	29,05
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	100,10	30,25
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	45,65	18,00
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	83,00	49,85
	Colon, lavement baryté		
8149	simple contraste	72,15	16,65
8179	pour réduction d'intussusception	65,20	98,05
8160	double contraste, comprend au moins cinq (5) films pleine grandeur de l'abdomen	94,60	27,15
8161	Cholécystographie orale		3,80
	Cholangiographie		
8171	par tube en T, incluant injection	80,30	13,20
8163	peropératoire		6,75
8165	par infusion intraveineuse, incluant injection	43,20	19,55
8180	Pancréatographie peropératoire		13,10
8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	31,30	13,10
VOIES GÉNITO-URINAIRES			
	Pyélographie		
8181	i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels	72,20	24,20
8186	rétrograde ou antégrade per-cutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	44,85	6,75
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	35,40	5,95
8190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	57,50	11,85
8196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de 5 ans)	53,60	20,90
8189	Vasographie - Déférentographie	22,10	4,80
8191	Kystographie rénale	13,45	3,65
8198	Pneumographie abdominale, pelvigographie ou herniographie	45,65	8,25

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	14,70	3,65
8193	Pelvimétrie	22,90	8,95
8197	Hystérosalpingographie, incluant scopie	46,30	10,95
FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE			
8102	Thorax	34,15	9,45
8151	Abdomen	34,15	9,45
8121	Squelette	34,15	9,45
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
8270	premier quart d'heure	14,60	18,30
8271	deux quarts d'heure	26,60	36,80
8272	trois quarts d'heure	39,90	55,10
8273	une heure ou plus	53,20	73,55
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT			
	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
8114	graphie seulement	35,85	20,45
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	60,80	35,45
	Bronchographie		
8109	unilatérale	33,90	17,15
8111	bilatérale	46,80	24,85
8166	Cholangiographie per-cutanée transhépatique	45,25	19,05
8007	Cisternographie opaque	77,65	25,95
8027	Dacryocystographie	29,65	7,70
8098	Discographie, un (1) niveau ou plus	34,10	20,20
8004	Encéphalographie	74,05	23,70
8214	Fistulographie	27,10	9,20
8201	Galactographie, incluant l'injection	41,05	34,10
8202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	53,85	28,15
8119	Laryngogramme, avec contraste opaque	72,40	18,30
	Mammographie		
	<i>AVIS : Utiliser la facture de services médicaux pour les services rendus en cabinet ou en établissement. Voir les listes des établissements reconnus.</i>		
	sans examen clinique		
8140	unilatérale	28,10	5,25
8141	bilatérale	42,30	11,25

avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique

8142	unilatérale	<u>28,10</u>	<u>13,85</u>
8143	bilatérale	<u>42,30</u>	<u>18,30</u>
8199	Radiographie d'une pièce biopsique	<u>25,70</u>	<u>4,95</u>

AVIS : Que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, utiliser la facture de services médicaux.

Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.

8204	Mesure de la densité osseuse	<u>42,00</u>	<u>15,60</u>
-------------	------------------------------	--------------	--------------

NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux pour les services rendus en cabinet ou en établissement.

8122	Microradiographie des mains	<u>13,10</u>	<u>4,05</u>
-------------	-----------------------------	--------------	-------------

Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire

8096	contraste huileux	<u>86,75</u>	<u>26,00</u>
-------------	-------------------	--------------	--------------

8097	contraste non-ionique	<u>186,10</u>	<u>26,00</u>
-------------	-----------------------	---------------	--------------

8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		<u>25,45</u>
-------------	---	--	--------------

8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	<u>71,05</u>	<u>78,15</u>
-------------	--	--------------	--------------

8025	Sialographie	<u>61,25</u>	<u>11,25</u>
-------------	--------------	--------------	--------------

8006	Stéréotaxie	<u>74,05</u>	<u>23,70</u>
-------------	-------------	--------------	--------------

8232	Tomographie	<u>62,90</u>	<u>13,30</u>
-------------	-------------	--------------	--------------

8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit.		
	en établissement		<u>10,40</u>
	en cabinet		<u>19,75</u>

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 + 9,35 \$ ~~9,45 \$~~ (MOD 008).

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.**

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

AVIS : Pour la technique et l'interprétation, utiliser :

- les codes de facturation sous les titres Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation;
- la facture de services médicaux et inscrire les données d'identité de la personne assurée.

Pour l'interprétation seulement, utiliser :

- les codes de facturation sous le titre Angioradiologie interprétation;
- le formulaire [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).

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 dissection si nécessaire et injection, si donnée	109,10
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 (1) ou plusieurs phlébographies non sélectives	109,10
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 une (1)) pour une seconde angiographie, supplément	54,45
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément	69,25
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément	18,25

AVIS : Pour les codes de facturation **8403** et **8404**, indiquer le nombre de vaisseaux.

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 de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.

8405	Artériographie périphérique par ponction directe	40,25
8406	Lymphographie unilatérale	40,25
8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	19,05

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une (1) ou plusieurs incidences

8408	non sélective	35,60
-------------	---------------	--------------

8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum quatre (4) <i>AVIS : Indiquer le nombre de vaisseaux.</i>	34,10
	sélective avec quantification par moyen objectif :	
8410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	15,90
8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum deux (2) <i>AVIS : Indiquer le nombre d'incidences.</i>	15,90
8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum quatre (4) <i>AVIS : Indiquer le nombre d'artères.</i>	27,85
8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum huit (8) vaisseaux <i>AVIS : Indiquer le nombre de vaisseaux.</i>	13,60
8414	sélective carotidienne, unilatérale	35,60
8415	sélective vertébrale, unilatérale	35,60
	périphérique, membres inférieurs	
8416	unilatérale	35,60
8417	bilatérale	71,10
8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	39,95
	Angiographie coronarienne	
8419	unilatérale	46,80
8420	bilatérale	93,70
8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	25,30
8422	Pontage mammaire-coronarien, unilatéral	46,80
8423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée	35,60
8424	Lymphographie unilatérale	34,70

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR

(un examen par région, par jour, par patient)

AVIS : Pour une tomographie par ordinateur, utiliser la facture de services médicaux. Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.

Voir les listes d'[établissements reconnus](#).

Tête

8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	56,15
8259	sans injection de substance de contraste	44,80

Cou

8260 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste 84,80

8261 sans injection de substance de contraste 67,85

Thorax

8262 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste 84,80

8263 sans injection de substance de contraste 73,50

Abdomen

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)

8264 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste 84,80

8265 sans injection de substance de contraste 73,50

Pelvis

(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 84,80

8267 sans injection de substance de contraste 73,50

Abdomen et pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)

8268 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste 120,75

8269 sans injection de substance de contraste 109,50

NOTE : La tarification de la région abdomen et pelvis ne s'applique pas si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

8274 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste 70,65

8275 sans injection de substance de contraste 65,10

Extrémités

8276 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste 55,15

8277 sans injection de substance de contraste 43,90

Tarif de révision en tomographie

8257 révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomographie 21,20

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	126,05
8571	Cou	126,15
8572	Thorax	158,40
8573	Abdomen	158,40
8574	Pelvis	158,40
8575	Extrémités	126,15
	Colonne	
8576	un (1) segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	117,60
8577	deux (2) segments	147,70
8578	trois (3) segments	198,75

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.

Tarif de révision en résonance magnétique :

8579	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	17,80
-------------	--	--------------

AVIS : Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la facture de services médicaux. Les données d'identité de chaque personne assurée sont essentielles.

Voir la liste d'[établissements reconnus](#).

PRÉAMBULE PARTICULIER

J - ULTRASONOGRAPHIE

1. PRÉAMBULE

Ce préambule prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier et dans les centres de santé et de services sociaux suivants :

1. Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance (des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc), région 06;
2. Centre de santé et de services sociaux de La Pointe-de-l'Île (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles), région 06;
3. Centre de santé et de services sociaux de Drummond, région 04;
4. Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière, région 14;
5. Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, région 14;
6. Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges (Vaudreuil-Dorion), région 16;
7. Centre de santé et de services sociaux de Laval, région 13;
8. Centre de santé et de services sociaux d'Ach加斯ic et de Montréal-Nord, région 06;
9. Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, région 02;
10. Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie, région 04;
11. Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda, région 08;
12. Centre de santé et de services sociaux Champlain, région 16.

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

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis :*

Par courrier

Service de l'admissibilité et du paiement
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur

418 646-8110

Utiliser la facture des services médicaux.

Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.

*Dans les CISSS ou les CIUSSS visés, les services d'ultrasonographie concernés sont codifiés **8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323 et 8324.***

RÈGLE 1.

TARIFICATION

Honoraire de consultation

Cet honoraire est payé au médecin qui donne l'interprétation des données de l'examen au moyen d'un rapport écrit.

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 (**présence**).

Le médecin 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 demandé sur une facture distincte.

Relevé d'honoraires

Celui qui demande paiement du supplément de manipulation, indique au relevé d'honoraires, au moyen des mots-clés, qu'il a rempli les exigences tarifaires prescrites.

RÈGLE 2.

TYPES D'EXAMENS

2.1 On distingue trois types de procédures d'ultrasonographie.

Le mode B (échographie) s'entend d'une procédure d'enregistrement bidimensionnelle.

Le mode M s'entend d'une étude temps/mouvement.

Le mode Doppler s'entend d'une procédure d'enregistrement de la vitesse du flot sanguin.

RÈGLE 3.

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 : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

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 : *Utiliser l'élément de contexte Échographie abdominale supérieure effectuée le même jour.*

RÈGLE 5.

ENREGISTREMENT ET RAPPORT

5.1 Seules sont payées suivant ce tarif, les ultrasonographies dont l'enregistrement et le rapport d'examen sont consignés au dossier médical tenu par le centre hospitalier ou par le Centre local de services communautaires inclus à la liste énumérée à l'article 1.

RÈGLE 6.

RELEVÉ D'HONORAIRES

6.1 Aucun honoraire d'ultrasonographie ne peut être demandé sans que le rapport d'examen n'ait été consigné au dossier médical.

AVIS : *Utiliser les modalités de facturation de la Règle 1 Tarification.
Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.*

R = 1 R = 7

ULTRASONOGRAPHIE

2. TABLEAU DES HONORAIRES

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

8300	Ligne médiane postérieure	1,50	4,45
8301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux	3,10	9,35
8302	Échographie cérébrale, complète	9,20	27,50

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

8305	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle	16,15	48,40
8306	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle (dans un centre de soins ultrasécialisés en pédiatrie)	22,55	67,65
8307	Analyse des flux intra-cardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux	6,95	21,00
8308	Analyse des flux intra-cardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (dans un centre de soins ultraspecialisés en pédiatrie)	8,95	26,70

PROTOCOLE II

Concernant les examens d'échographie trans-oesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1. Les examens d'échographie trans-oesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier sont payés suivant la tarification suivante :

8309	Échographie avec sonde endo-oesophagienne incluant, le cas échéant, l'anesthésie locale, l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient	26,15	71,10
-------------	---	-------	-------

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

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

NOTE : 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.

8315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisation placentaire, localisation d'un stérilet etc.) ne peut être facturé en sus de 8317, 8318, 8321, 8322, 8323, 8324 et 8328	5,25	15,50
-------------	--	------	-------

AVIS : Voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier.

8321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale	5,40	15,95
8322	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	6,25	18,60

AVIS : Voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier.

Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales
 Moins de 16 semaines de grossesse

8323	par voie transvésicale ou endovaginale	4,85	14,65
8324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	6,00	18,10

AVIS : Voir les paragraphes 3.1 et 4.1 du préambule particulier.

À partir de la 16^e semaine de grossesse

8317	étude complète	6,00	18,10
8318	étude complète de grossesse gémellaire	8,90	26,50

À partir de la 28^e 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	1,45	4,40
-------------	---	------	------

AVIS : Pour les codes de facturation **8317**, **8318** et **8319**, voir le paragraphe 3.1 du préambule particulier.

ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE

8320	Écho B - oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	8,25	24,60
-------------	--	------	-------

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

8325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326	6,25	18,60
8326	Complète (trois organes et plus)	10,55	31,85
8327	Échographie prostatique transrectale	9,45	28,20
8328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturée en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale)	11,85	35,60

NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.

AVIS : Pour les codes de facturation **8327** et **8328**, utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière.**

Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

AVIS : Pour les codes de facturation **8325 à 8328**, voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier.

ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

8330	Face ou cou ou les deux	5,30	15,50
8331	Épanchement pleural	4,70	13,95
8332	Membre	5,30	15,50
8333	Sein (par sein)	5,30	15,50

AVIS : Indiquer le nombre de seins.

8334	Testicule (par testicule)	5,30	15,50
-------------	---------------------------	------	-------

AVIS : Indiquer le nombre de testicules.

8335	Divers	5,30	15,50
ÉCHOSCOPIE			
8340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	20,40	
<i>AVIS : Indiquer la durée du contrôle.</i>			
EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC			
Doppler cervico-encéphalique			
8350	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	10,10	33,40
8351	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	6,80	22,55
Examen artériel périphérique			
8352	étude étagée au Doppler du système artériel périphérique des deux membres supérieurs ou inférieurs avec prise de tension artérielle incluant l'index cheville-bras et enregistrement graphique, si nécessaire	11,10	33,40
8353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	4,40	13,35
8354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	8,95	26,70
	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément		
8355	sans test de provocation au froid	4,40	13,35
8356	avec test de provocation au froid	8,95	26,70
Examen veineux périphérique			
8357	étude étagée des systèmes veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire	9,85	29,45
Doppler périphérique régional pour problème localisé			
8358	analyse de fréquence	3,00	9,85
8359	prise de pression	3,00	8,95
8360	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	5,95	19,60
Doppler pénien			
8361	analyse de fréquence, sélective	3,30	9,85
8362	enregistrement des pressions (minimum de deux)	4,40	13,35
8363	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	7,70	23,15
Doppler abdomino-pelvien			
8364	identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, anévrismes artériels, etc.)	3,00	8,95
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-parenchymateuse). Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler

9,85 29,40

8367 Doppler portal et/ou d'un greffon hépatique

Examen Doppler, pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines splénique, mésentériques, supérieure et inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destination digestive dont l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler

19,55 58,75

8366 caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)

3,00 8,95

PRÉAMBULE PARTICULIER

K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

1. PRÉAMBULE

1.1 Ce préambule prévoit la tarification des épreuves de fonction respiratoire. Il s'applique au médecin omnipraticien qui, au 1^{er} juillet 2003, détient des privilèges de pratique hospitalière pour l'exécution d'épreuves de fonction respiratoire.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire [Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique - Services de laboratoire en établissement - Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis :*

Par courrier

*Service de l'admissibilité et du paiement
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4*

Par télécopieur

418 646-8110

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

1.3 Les honoraires des épreuves de fonction respiratoire sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour toutes les épreuves de fonction respiratoire, utiliser la facture de services médicaux.*

Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles.

ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

2. TABLEAU DES HONORAIRES

Épreuves de routine :

8479 épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés **70,45**

8480 lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément **9,45**

8481 lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément **11,25**

Volumes :

8454 volume de fermeture **5,95**

Diffusion :

8455 capacité de diffusion, au repos **11,25**

NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.

8456 capacité de diffusion, à l'exercice **71,10**

Échanges gazeux :

8458 analyse de saturation en oxygène, à l'exercice ou sous oxygène **11,85**

8459 évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins **41,45**

8460 évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins **59,30**

8461 courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50) **29,65**

8462 mesure de la carboxyhémoglobine **5,95**

Épreuves d'effort respiratoire :

stades de Jones

8463 stade 1 **88,95**
Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO₂ et d'oxygène

8464 stade 2

	Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO ₂ et d'oxygène expirés, pCO ₂ de fin d'expiration, pCO ₂ du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	142,35
8465	stade 3 Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO ₂ , pCO ₂ et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1. NOTE : Le service médical codé 0125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 8463, 8464 et 8465.	225,30
8499	Test de marche de 6 minutes, à l'air libre ou avec oxygène incluant la mesure continue de la saturation digitale en oxygène et de la fréquence cardiaque, la mesure de la distance maximale parcourue et la mesure subjective de la dyspnée d'effort et de l'endurance à la marche, par patient + Maximum de 2 par jour, par patient	17,85
	Autres épreuves :	
8466	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	171,95
8482	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	171,95
8484	test de stimulation phrénique, supplément	65,20
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466.	
8467	Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	47,40
8476	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans (« Squeeze test ») incluant la surveillance	142,35
8477	avec bronchodilatateur, supplément	11,85
8478	avec provocation bronchique, supplément	47,40
8468	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	71,10
8469	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	71,10
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
8470	bénéficiaire de 16 ans et moins	94,85
8471	bénéficiaire de plus de 16 ans	35,60
8472	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées) Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures. L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient	118,55

K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE
ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

NOTE : pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique.

Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil. Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électro-encéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO₂ trans-cutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.

Les interventions telles que l'installation d'un C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant.

NOTE : chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électro-encéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.

8473	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	106,75
8474	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	177,85
8475	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	296,50