

MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS  
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT

**ENTENTE**  
**RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE**  
**ENTRE**  
**LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**  
**ET**  
**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**

VOIR LA *BROCHURE N° 1* DU *MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS* À LA SECTION *ENTENTE*

## 4. PRÉAMBULE GÉNÉRAL

### DISPOSITIONS TARIFAIRES

1. Cette section du manuel (les onglets A à J) 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 Régie 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 Régie 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<sup>er</sup> juin 1988, facturés selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

Les épreuves in vivo sont, à compter du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> mars 1993, facturée selon le formulaire de relevé d'honoraires prévu pour l'examen.

**AVIS** : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins omnipraticiens.

## 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.

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

*Les services médico-administratifs (annexe XIII, CNESST) ne sont pas des services médicaux. Ils ne sont donc pas visés par la présente règle.*

**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.

## 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 ~~55,30 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012~~ et de ~~57,65 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013~~. 57,65 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013 et de 59,70 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018.

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 facturer 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.

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** : Pour demander un honoraire additionnel, utiliser l'élément de contexte **Service médical dont la complexité est inhabituelle**. Attendre de recevoir la correspondance de la Régie 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 de 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 <sup>er</sup> laboratoire	7 235,00	14010	600,00
2 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14030	300,00
3 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14050	300,00

### B) HÔPITAL DE PLUS DE 200 LITS

1 <sup>er</sup> laboratoire	9 650,00	14020	800,00
2 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14040	300,00
3 <sup>e</sup> laboratoire	3 600,00	14060	300,00

## ANATOMO-PATHOLOGIE

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### AUTOPSIE

<b>10020</b>	Autopsie, examen macroscopique et microscopique	224,50
<b>10021</b>	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
<b>10022</b>	Autopsie faite à la demande du coroner	244,90

#### Consultation per-opératoire :

<b>10030</b>	avec ou sans congélation	51,05
<b>10033</b>	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément	25,55

<b>10042</b>	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
<b>10050</b>	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
<b>10052</b>	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

<b>10090</b>	Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation	5,70
<b>10101</b>	Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques	51,05
<b>10111</b>	Immunoperoxydase	51,05

	<b>Moelle osseuse</b>	
<b>10120</b>	<b>Interprétation</b>	<b>30,60</b>
	<b>Pathologie chirurgicale :</b>	
<b>10121</b>	<b>examen microscopique et/ou macroscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires)</b>	<b>2,40</b>
	<b>examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires</b>	
<b>10131</b>	<b>non complexe</b>	<b>15,40</b>
<b>10132</b>	<b>complexe (voir liste)</b>	<b>22,65</b>
	<b>chirurgie mineure extensive</b>	
	<b>examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive</b>	
<b>10142</b>	<b>biopsie hépatique et biopsies ganglionnaires multiples en vue d'un staging de maladie de Hodgkin</b>	<b>43,05</b>
<b>10143</b>	<b>Laryngectomie et évidement cervical</b>	<b>43,05</b>
<b>10144</b>	<b>tumeur osseuse maligne</b>	<b>43,05</b>
<b>10145</b>	<b>Mélanome</b>	<b>43,05</b>
<b>10146</b>	<b>cas de cancer avec étude ganglionnaire</b>	<b>43,05</b>
<b>10147</b>	<b>Lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle</b>	<b>43,05</b>
<b>10148</b>	<b>Colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung</b>	<b>43,05</b>
<b>10149</b>	<b>globe oculaire</b>	<b>43,05</b>
	<b>Marges de résection</b>	
	<b>examen microscopique de spécimen (un ou plusieurs) :</b>	
<b>10156</b>	<b>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.</b>	<b>27,20</b>
	<b>Biopsies</b>	
<b>10151</b>	<b>biopsie pleurale</b>	<b>26,05</b>
<b>10152</b>	<b>biopsie cérébrale</b>	<b>26,05</b>
<b>10153</b>	<b>biopsie par endoscopie excluant la colposcopie</b>	<b>26,05</b>
<b>10154</b>	<b>biopsie myocardique</b>	<b>26,05</b>
<b>10155</b>	<b>biopsie rénale</b>	<b>26,05</b>
<b>10157</b>	<b>biopsie hépatique</b>	<b>26,05</b>
<b>10158</b>	<b>résection trans-urétrale de la prostate</b>	<b>26,05</b>
<b>10159</b>	<b>biopsie de ganglion(s) lymphomateux</b>	<b>26,05</b>
<b>10170</b>	<b>par colposcopie, un (1) ou plusieurs fragments ou biopsie conique du col utérin</b>	<b>20,40</b>
	<b>Microscopie électronique :</b>	
<b>10160</b>	<b>technique et interprétation</b>	<b>204,10</b>
	<b>Histoenzymologie :</b>	
<b>10180</b>	<b>étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non</b>	
	<b>biopsie musculaire</b>	
	<b>dissection de fibres nerveuses</b>	
	<b>histogramme de nerfs ou muscles</b>	<b>56,70</b>
	<b>CYTOLOGIE (examen microscopique) :</b>	
<b>11010</b>	<b>Liquide amniotique (maturité foetale)</b>	<b>9,65</b>
<b>11020</b>	<b>Biopsie - aspiration à l'aiguille fine</b>	<b>17,00</b>
<b>11025</b>	<b>Spécimens obtenus par lavage ou brossage</b>	<b>14,15</b>
<b>11085</b>	<b>Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal</b>	<b>2,05</b>
<b>11090</b>	<b>Cytologie hormonale (sur lame à part)</b>	<b>3,65</b>

<b>11095</b>	Spécimens non gynécologiques	10,75
<b>11140</b>	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus)	13,05

**CYTOGÉNÉTIQUE :**

<b>12010</b>	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	104,35
<b>12020</b>	Chromatine sexuelle X	9,65
<b>12030</b>	Chromatine Y (par fluorescence)	14,80

**AUTRES ANALYSES :**

<b>13010</b>	Spermogramme complet	13,25
<b>13020</b>	Dermatoglyphes	29,45
<b>13030</b>	Étude quantitative de la biopsie osseuse (méthode de Jung)	104,35
<b>13040</b>	Cultures de tissus pour identification de souches cellulaires néoplasiques	104,35
<b>13050</b>	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
<b>13060</b>	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**

Réséction 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 technologistes, le suivi de l'évolution bio-technologique, l'utilisation et l'adaptation des systèmes d'information de laboratoire (SIL) et des systèmes experts. Ceci inclut également les discussions avec le médecin prescripteur, la prescription d'examens complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examens spéciaux, la rationalisation de l'utilisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue des analyses et 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](#) sur le site Web de la Régie.

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

**AVIS** : 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<sup>er</sup> 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 :

- nombre de lettres « K » représentant votre pleine charge professionnelle ou vos charges partielles
- plus
- nombre de lettres « K » représentant vos suppléments de charge
- multiplié par ~~1-863~~ \$1 929 \$

- **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 :

-  $(80 + 8) \times \cancel{1\ 863} \$ 1\ 929 \$ \times 1/180 = \cancel{910,80} \$ 964,25 \$$

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

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

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

## ANNEXE

Aux fins de l'application du préambule

de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante : ..... ~~1 863 \$~~

1 929 \$

## 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 :

Interprétation effectuée à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 **40010** 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 :

<b>40020</b>	<b>a) tracé de sommeil</b>	10,75
<b>40030</b>	<b>b) activation chimique</b>	12,50
<b>40040</b>	<b>c) enregistrement avec électrodes sphénoïdales</b>	15,90
<b>40050</b>	<b>d) audio-électroencéphalographie avec étude des potentiels évoqués</b>	15,90
<b>40060</b>	<b>e) étude avec électrodes pharyngées</b>	3,95
<b>40062</b>	<b>f) étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)</b>	13,60

Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme :

<b>40070</b>	par fonction explorée	7,85
<b>40080</b>	maximum par séance	23,75

Analyse quantitative de l'électrogénèse :

<b>40090</b>	<b>a) un hémisphère</b>	32,85
<b>40100</b>	<b>b) deux hémisphères</b>	55,50

Surveillance et interprétation d'enregistrement prolongé spécial excédant une heure :

<b>40110</b>	<b>a) première heure d'enregistrement</b>	38,55
<b>40120</b>	<b>b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement</b>	16,40

**AVIS** : Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.

Investigation spéciale du processus épileptique :

1. Télémétrie :

<b>40130</b>	<b>a) tracé sans enregistrement de crise</b>	22,10
<b>40140</b>	<b>b) tracé avec enregistrement de crise</b>	44,25

2. Surveillance et interprétation d'enregistrement continu sur le scalp avec étude audio et vidéo :

<b>40150</b>	<b>a) première heure</b>	55,50
<b>40160</b>	<b>b) pour chaque heure supplémentaire</b>	22,10

**AVIS :** Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.

3. Surveillance et interprétation d'un enregistrement stéréo-électroencéphalographique avec étude audio et vidéo :

<b>40170</b>	<b>a) première heure</b>	55,50
<b>40180</b>	<b>b) pour chaque heure supplémentaire</b>	22,10

**AVIS :** Chaque première heure doit être inscrite sur une ligne séparément des heures supplémentaires, lesquelles doivent être inscrites sur une autre ligne.

<b>40190</b>	4. Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	192,75
<b>40200</b>	5. Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopentothal)	77,10
<b>40210</b>	6. Test à l'amytal intracarotidien	69,15
<b>40220</b>	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. De plus, vous devez nous mentionner s'il s'agit d'un établissement principal ou d'un établissement secondaire.

#### 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.

##### 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**

<b>Actes médicaux</b>		
<b>50030</b>	<b>Hémogramme complet incluant</b>	<b>0,90</b>
	<b>Numération</b>	
	<b>Différentielle</b>	
	<b>Morphologie</b>	
	<b>Avec ou sans sédimentation</b>	
	<b>Avec ou sans réticulocytes</b>	
<b>NOTE : Le médecin doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués dans le centre hospitalier.</b>		
<b>Moelle :</b>		
<b>50040</b>	<b>Myélogramme</b>	<b>27,20</b>
<b>Frottis spécial :</b>		
<b>50050</b>	<b>Recherche de cellules LE</b>	<b>3,50</b>
<b>50060</b>	<b>Adénogramme</b>	<b>8,55</b>
<b>50070</b>	<b>Recherche de parasites</b>	<b>8,55</b>
<b>50080</b>	<b>Splénogramme</b>	<b>8,55</b>
<b>50090</b>	<b>Cytologie de liquides autres que le sang</b>	<b>5,60</b>
<b>50100</b>	<b>Analyse cytochimique</b>	<b>12,50</b>
<b>50110</b>	<b>Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire</b>	<b>8,55</b>

**COAGULATION**

<b>51010</b>	<b>Dépistage</b>	<b>1,75</b>
	Il comprend notamment :	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Appréciation des plaquettes	
<b>51020</b>	<b>Coagulogramme complet</b>	<b>6,25</b>
	Il comprend notamment :	
	Temps de saignement	
	Un test de coagulabilité globale	
	Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène	
	Temps de prothrombine (Quick)	
	Décompte plaquettaire	
<b>51030</b>	<b>Étude des fonctions plaquettaires</b>	<b>12,50</b>
<b>51040</b>	<b>Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation</b>	<b>8,55</b>
<b>51050</b>	<b>Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant</b>	<b>8,55</b>
<b>51060</b>	<b>Recherche d'une coagulation intra-vasculaire disséminée et/ou d'une fibrinolyse</b>	<b>8,55</b>
<b>51070</b>	<b>Thromboélastographie</b>	<b>6,25</b>

**BANQUE DE SANG**

<b>52010</b>	Requête pour transfusion sanguine par requête	1,75
<b>52005</b>	Dépistage d'anticorps en-dehors d'une requête pour transfusion	0,80
<b>52020</b>	Identification d'anticorps	12,50
<b>52030</b>	Recherche d'anticorps anti-plaquettaires	2,10
<b>52040</b>	Recherche d'anticorps anti-leucocytaires	2,10
<b>52050</b>	Étude d'une réaction transfusionnelle	20,40
<b>52060</b>	Étude immuno-hématologique d'une réaction hémolytique immune	24,95
<b>52065</b>	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh	10,50
<b>52075</b>	Plasmaphérèse, par sac	12,60
<b>52070</b>	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus)	170,05
<b>52085</b>	Groupes salivaires	24,40

### HÉMATOLOGIE SPÉCIALE

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

### GÉNÉTIQUE

<b>54010</b>	Karyotype	63,55
--------------	-----------	-------

### HÉMATOLOGIE RADIOISOTOPIQUE

#### Cinétique globulaire érythrocytaire :

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

#### Cinétique leucocytaire :

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

#### Cinétique plaquettaire :

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

#### Volumes sanguins :

<b>55090</b>	Volume globulaire	8,55
<b>55100</b>	Volume plasmatique	4,15

#### Ferrocinétique

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

#### Divers

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

### IMMUNOLOGIE

<b>56010</b>	Immuno-électrophorèse sérique ou urinaire pour recherche et/ou identification d'une protéine anormale :	8,55
<b>Histocompatibilité HL-A :</b>		
<b>56020</b>	Phénotype	4,15
<b>56030</b>	Génotype	8,55
<b>56040</b>	Identification d'antigène par cytotoxicité	1,75
<b>56050</b>	Recherche et identification d'anticorps anti HL-A	12,50
<b>Immunofluorescence :</b>		
<b>56075</b>	Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus	12,50
<b>56090</b>	Anticorps, anti-tissus et anti-microorganisme	3,40
<b>56100</b>	Fluorescence de membrane cellulaire	20,40
<b>56110</b>	Fluorescence intra-cytoplasmique	20,40
<b>Sérologie :</b>		
<b>56120</b>	Étude néphélométrique du complément	2,50
<b>56125</b>	Étude du complément par méthode hémolytique	20,40
<b>56130</b>	Recherche de cryoglobuline : quantification et identification	12,50
<b>Hémopoïèse in vitro :</b>		
Évaluation de la granulopoïèse in vitro (colonie en agar)		
<b>56140</b>	Capacité de formation de colonies, cynétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	37,40
<b>56150</b>	Capacité de stimuler la formation des colonies	17,00
<b>56160</b>	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	12,50
<b>Immunologie cellulaire :</b>		
Évaluation de la réponse immune :		
1) Sensibilisation à un ou plusieurs antigènes primaires thymo-dépendants et évaluation de la réponse secondaire à cet antigène.		
<b>56170</b>	2) Intradermo réactions à au moins 3 antigènes secondaires thymo-dépendants	8,55
3) Décompte de l'ensemble de ces deux techniques, lymphocytes/mm <sup>3</sup> et des monocytes.		
4) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase et, le cas échéant, après fixations et colorations spéciales.		
<b>56180</b>	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		
<b>56190</b>	2 patients et 1 plasma ou sérum	8,55
<b>56200</b>	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)		
<b>56210</b>	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<sup>G</sup>, Ig<sup>A</sup>, Ig<sup>M</sup>), par fluorescence directe
- 5) Énumération des lymphocytes formant des rosettes EA et EAC (optionnel)

**56300 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<sub>3</sub> 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
<b>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 :</b>		
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
<b>Immunosérologie :</b>		
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 néphélométrique 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 \$ (code 8713)** au 1<sup>er</sup> juin 2013 et de 38,95 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 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.

*L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

#### DIAGNOSTIC

##### SYSTÈME ENDOCRINIEN

###### Thyroïde

8600	Captation simple ou multiple	3,10
8601	Scintigraphie	18,75
8602	Épreuve de stimulation	2,95
8603	Épreuve de freinage	2,95
8604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	9,30
8605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,90
8606	Courbe d'épuration sanguine du radio iodure	8,85
8607	Mesure de l'excrétion urinaire du radio iodure	3,50
8608	PBI - I 131	1,45
8609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	62,30

###### Parathyroïdes

8610	Scintigraphie	43,60
------	---------------	-------

###### Surrénales

8611	Scintigraphie	62,30
------	---------------	-------

##### SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

8612	Volume plasmatique	5,90
8613	Masse globulaire	11,75
8614	Survie globulaire	23,45
8615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	35,25
8616	Index de séquestration splénique	11,75
8617	Survie de leucocytes	35,25
8618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	35,25
8619	Survie des plaquettes	35,25

8620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	35,25
8621	Mesure de l'absorption du fer	23,45
8622	Épuration plasmatique du fer « clearance »	11,75
8623	Taux de renouvellement plasmatique « turnover »	11,75
8624	Incorporation globulaire du fer « utilization »	11,75
8625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	35,25
8626	Volume de la sidérophilline marquée	11,75
8627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,45
8628	Fer globulaire total	1,45
8629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	17,60
8630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	58,70
8631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autre agent	49,85
8632	Lymphographie régionale	24,90
8633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marquée	35,25

#### SYSTÈME URINAIRE

8634	Scintigraphie rénale	15,60
8635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	9,30
8636	Rénogramme	17,60
8637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	37,35
8638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	17,60
8639	Taux de filtration glomérulaire	17,60
8640	Recherche du reflux vésico-urétéral	29,35
8641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	29,35

#### SYSTÈME DIGESTIF

8642	Scintigraphie hépatique et splénique	15,60
8643	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent. Courbe et/ou taux d'épuration	11,75
8644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	37,35
8645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	9,30
8646	Recherche de diverticule	43,60
8647	Étude de protéine marquée	29,35
8648	Vidange gastrique et/ou reflux	62,30
8649	Absorption du calcium	17,60
8650	Trioléine	11,75
8651	Acide oléique	11,75
8652	Schilling	12,50
8653	Schilling avec facteur intrinsèque	11,75
8654	Pertes protéiques	35,25
8655	Recherche de sang dans les selles	35,25

8656	Élimination fécale de substances marquées	35,25
8657	Métabolisme des sels biliaires	23,45
8658	Scintigraphie du pancréas	29,35

#### SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

8659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	18,75
8660	Perfusions myocardiques dynamiques	58,70
8661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	29,35
8662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	23,45
8663	Mesure du débit cardiaque	11,75
8664	Mesure du temps de circulation	10,50
8665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,90
8666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	6,25
8667	Scintigraphie du myocarde	29,35
8668	Scinti-angiographie aorte/ses branches excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	18,75
8669	Phlébographie isotopique	62,30
8670	Ventriculographie isotopique	31,05

#### SYSTÈME RESPIRATOIRE

8671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	31,05
8672	Angiographie pulmonaire	15,60
8673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	41,05
8674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	43,60

#### SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

8675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	8,85
8676	Scintigraphie cérébrale	24,90
8677	Cisternographie (2-6-24 hres)	93,40

#### SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

8704	Ostéodensitométrie isotopique	18,75
------	-------------------------------	-------

**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	17,60
8679	sites multiples	34,20
	<b>Scintigraphie articulaire :</b>	
8680	un site	17,60
8681	sites multiples	37,35

**DIVERS**

8682	Scintigraphie de l'abdomen	31,05
8683	Scintigraphie des voies lacrymales	41,05
8684	Scintigraphie des glandes salivaires	43,60
8685	Placentographie	17,60
8686	Recherche de foyer d'abcès	49,85
8687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre $P^{32}$	29,35
8688	Recherche de néoplasie du sein	17,60
8689	Scintigraphie des testicules	64,75
8690	Étude du taux d'épuration	14,65
8691	Scintigraphie des chaînes mammaires	29,35
	<b>Autre scintigraphie :</b>	
8692	un site	17,60
8693	sites multiples	49,85
8694	Scintigraphie par fluorescence-X	29,35
8695	Mesure des éléments traces « in vivo » par activation neutronale	58,70
	<b>Tomographie assistée</b>	
8701	cerveau	74,75
8702	coeur	80,85
8703	autre	62,30
8700	Tomographie assistée par positron	293,55

**TRAITEMENT**

8697	Traitement par radio isotope métabolisé	62,30
8698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire	88,05
8699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire par visite	12,95

**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 vous êtes également le médecin traitant, inscrire l'initiale de votre prénom, votre nom et votre 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.

**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.

**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 aux fins de références ultérieures.*

### 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 aux fins de références ultérieures.*

### 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 aux fins de références ultérieures.*

### 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 aux fins de références ultérieures.*

### 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<sup>er</sup> juin 2013 et de 41,05 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 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<sup>er</sup> juin 2013 et de 14,10 \$ au 1<sup>er</sup> septembre 2018 par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

**AVIS** : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins omnipraticiens et inscrire le code de facturation **09223**.

*L'identification de la personne assurée est essentielle.*

### **RÈGLE 16.**

#### STÉRÉOSCOPIE

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

### **RÈGLE 17.**

#### 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 aux fins de références ultérieures.*

## 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.*

L C  
R = 7 R = 1

## RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

### 2. TABLEAU DES HONORAIRES

**AVIS :** *En cabinet, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins omnipraticiens.*

*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		
<b>8010</b>	<b>trois (3) incidences ou moins</b>	31,60	5,50
<b>8013</b>	<b>quatre (4) incidences ou plus</b>	39,25	7,75
	Selle turcique		
<b>8041</b>	<b>(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)</b>	24,85	6,25
	Massif facial		
<b>8123</b>	<b>trois (3) incidences ou moins</b>	24,95	6,40
<b>8124</b>	<b>quatre (4) incidences ou plus</b>	31,10	7,90
	Nez		
<b>8031</b>	<b>minimum de deux (2) incidences</b>	15,80	3,80
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
<b>8023</b>	<b>minimum de trois (3) incidences</b>	24,10	6,20
	Articulations temporo-maxillaires		
<b>8024</b>	<b>minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée</b>	24,10	6,20
	Sinus		
<b>8125</b>	<b>trois (3) incidences ou moins</b>	23,75	5,80
<b>8126</b>	<b>quatre (4) incidences ou plus</b>	28,35	7,90
	Mastoïdes - bilatérales		
<b>8076</b>	<b>minimum de six (6) incidences</b>	28,45	9,15
	Conduit auditif interne		
<b>8019</b>	<b>lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne</b>	24,85	6,05

	Oeil		
<b>8030</b>	<b>recherche de corps étranger</b>	15,70	6,45
<b>8028</b>	<b>recherche et localisation de corps étranger</b>	33,75	20,60
<b>8011</b>	Trous optiques	18,35	5,05
<b>8038</b>	Région des glandes salivaires	15,55	4,75
	Tissus mous du cou		
<b>8037</b>	<b>minimum de deux (2) incidences</b>	14,85	4,75
<b>8036</b>	Étude panoramique des maxillaires	17,00	4,60
	Dents		
<b>8034</b>	<b>deux (2) régions dentaires ou moins</b>	6,15	1,35

**AVIS** : Voir le paragraphe 13.1 du préambule particulier de l'onglet G - Radiologie diagnostique.

	Céphalométrie		
<b>8077</b>	<b>avec mesure des angles</b>	20,55	24,10

## COLONNE ET BASSIN

	Colonne cervicale		
<b>8127</b>	<b>trois (3) incidences ou moins</b>	28,35	4,20
<b>8128</b>	<b>quatre (4) incidences ou plus</b>	36,55	6,90
<b>8042</b>	Colonne dorsale	26,20	4,75
<b>8059</b>	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	30,65	6,50
	Colonne entière (série scoliotique)		
<b>8053</b>	<b>minimum de quatre (4) incidences</b>	58,95	14,25
<b>8101</b>	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	26,20	4,15
<b>8110</b>	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	33,95	4,15
<b>8058</b>	Articulations sacro-iliaques	22,95	6,15
	Bassin		
<b>8054</b>	<b>une (1) incidence</b>	15,80	4,00
<b>8056</b>	<b>deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)</b>	29,25	5,90
<b>8055</b>	<b>trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)</b>	33,65	6,45

**NOTE** : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.

## MEMBRES SUPÉRIEURS

<b>8060</b>	Clavicule	18,55	4,00
<b>8075</b>	Articulations acromioclaviculaires	23,75	6,35
<b>8118</b>	Articulations sterno-claviculaires	19,60	4,50
<b>8074</b>	Omostrate	20,55	4,35
<b>8062</b>	Épaule	20,40	4,45
<b>8063</b>	Humérus	15,80	4,00
<b>8064</b>	Coude	15,80	4,00
<b>8065</b>	Avant-bras	15,80	4,00
<b>8066</b>	Poignet	15,80	4,00
<b>8067</b>	Main	15,80	4,40
<b>8068</b>	Poignet et main	22,95	7,45
<b>8069</b>	Doigt ou pouce	12,20	3,00

**MEMBRES INFÉRIEURS**

	Hanche unilatérale		
<b>8080</b>	<b>deux (2) incidences ou plus</b>	26,65	4,90
<b>8083</b>	Fémur	16,35	4,15
<b>8084</b>	Genou, incluant la rotule	16,35	4,55
<b>8085</b>	Jambe	16,35	4,15
<b>8086</b>	Cheville	16,35	4,55
	Pied		
<b>8087</b>	<b>tarse, calcaneum ou talon</b>	16,35	4,15
<b>8088</b>	<b>A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles</b>	25,00	8,90
<b>8090</b>	Orteil	12,65	2,85
<b>8091</b>	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	24,55	6,70

**ÉTUDES DU SQUELETTE**

	Étude du squelette pour âge osseux		
<b>8092</b>	<b>une (1) région (main)</b>	16,35	7,45
<b>8093</b>	<b>deux (2) régions (main et autres)</b>	29,25	8,75
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
<b>8280</b>	<b>huit (8) incidences ou moins</b>	65,05	12,00
<b>8281</b>	<b>neuf (9) ou dix (10) incidences</b>	70,05	21,00
<b>8282</b>	<b>onze (11) incidences ou plus</b>	89,45	23,20

**THORAX**

<b>8100</b>	Poumons	23,70	5,45
<b>8108</b>	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	54,85	10,90
	Larynx, études spéciales		
<b>8113</b>	<b>phonation</b>	28,80	4,75
	Hémithorax (côtes)		
<b>8115</b>	<b>deux (2) incidences ou plus</b>	19,60	4,50
<b>8117</b>	Sternum	20,60	4,90
	Lecteur B		
<b>9943</b>	<b>Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B</b>		5,70

**AVIS :** Cet acte doit être facturé sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation  
- Rémunération à l'acte (1606). Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

**ABDOMEN**

Abdomen

<b>8150</b>	<b>simple</b>	16,35	4,30
<b>8152</b>	<b>deux (2) incidences ou plus</b>	25,65	5,90

### **VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)**

<b>8132</b>	étude palato-pharyngienne ou choanographie	37,10	19,35
<b>8133</b>	étude du pharynx et de l'oesophage	37,10	19,35
<b>8148</b>	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de 5 ans)	34,60	29,10
<b>8157</b>	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	35,05	9,35

#### Tube digestif supérieur

<b>8154</b>	<b>incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum</b>	68,60	18,05
<b>8153</b>	<b>incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de 5 ans)</b>	63,85	32,00
<b>8158</b>	<b>en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum</b>	73,95	24,90
<b>8159</b>	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	97,05	28,75
<b>8162</b>	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	99,10	29,95
<b>8156</b>	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	45,20	17,80
<b>8164</b>	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	82,20	49,35

#### Colon, lavement baryté

<b>8149</b>	<b>simple contraste</b>	71,45	16,50
<b>8179</b>	<b>pour réduction d'intussusception</b>	64,55	97,10
<b>8160</b>	<b>double contraste, comprend au moins cinq (5) films pleine grandeur de l'abdomen</b>	93,65	26,90
<b>8161</b>	Cholécystographie orale		3,75
	Cholangiographie		
<b>8171</b>	<b>par tube en T, incluant injection</b>	30,00	13,05
<b>8163</b>	<b>peropératoire</b>		6,70
<b>8165</b>	<b>par infusion intraveineuse, incluant injection</b>	42,75	19,35

<b>8180</b>	Pancréatographie peropératoire		12,95
<b>8182</b>	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	31,00	12,95

### **VOIES GÉNITO-URINAIRES**

#### Pyélographie

<b>8181</b>	<b>i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels</b>	71,50	23,95
<b>8186</b>	<b>rétrograde ou antégrade per-cutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple</b>	44,40	6,70

<b>8187</b>	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	35,05	5,90
<b>8190</b>	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	56,95	11,75
<b>8196</b>	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de 5 ans)	53,05	20,70
<b>8189</b>	Vasographie - Déférentographie	21,90	4,75
<b>8191</b>	Kystographie rénale	13,30	3,60
<b>8198</b>	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	45,20	8,15

### OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

<b>8192</b>	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	14,55	3,60
<b>8193</b>	Pelvimétrie	22,65	8,85
<b>8197</b>	Hystérosalpingographie, incluant scopie	45,85	10,85

### FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

<b>8102</b>	Thorax	33,80	9,35
<b>8151</b>	Abdomen	33,80	9,35
<b>8121</b>	Squelette	33,80	9,35

Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure

<b>8270</b>	<b>premier quart d'heure</b>	14,45	18,10
<b>8271</b>	<b>deux quarts d'heure</b>	26,35	36,45
<b>8272</b>	<b>trois quarts d'heure</b>	39,50	54,55
<b>8273</b>	<b>une heure ou plus</b>	52,65	72,80

**AVIS :** Pour la Demande de paiement 1606, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case NOMBRE D'ACTES.

### EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT

	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
<b>8114</b>	<b>graphie seulement</b>	35,50	20,25
<b>8116</b>	<b>fluoroscopie et positionnement par le médecin</b>	60,20	35,10
	Bronchographie		
<b>8109</b>	<b>unilatérale</b>	33,55	17,00
<b>8111</b>	<b>bilatérale</b>	46,35	24,60
<b>8166</b>	Cholangiographie per-cutanée transhépatique	44,80	18,85
<b>8007</b>	Cisternographie opaque	74,25	24,80
<b>8027</b>	Dacryocystographie	28,35	7,35
<b>8098</b>	Discographie, un (1) niveau ou plus	33,75	20,00

<b>8004</b>	Encéphalographie	70,80	22,65
<b>8214</b>	Fistulographie	26,85	9,10
<b>8201</b>	Galactographie, incluant l'injection	40,65	33,75
<b>8202</b>	Kystographie mammaire, incluant l'injection	53,30	27,85
<b>8119</b>	Laryngogramme, avec contraste opaque	71,70	18,10

## Mammographie

**AVIS :** Utiliser la Facture de services médicaux pour les services rendus en cabinet ou en établissement. Voir les listes d'[Établissements reconnus](#).

## sans examen clinique

<b>8140</b>	unilatérale	27,80	6,20
<b>8141</b>	bilatérale	41,90	11,15
<b>avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique</b>			
<b>8142</b>	unilatérale	27,80	13,70
<b>8143</b>	bilatérale	41,90	18,10
<b>8199</b>	Radiographie d'une pièce biopsique	25,45	4,90

**AVIS :** Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir la Facture de services médicaux - Médecins omnipraticiens. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

<b>8204</b>	Mesure de la densité osseuse	41,60	15,45
-------------	------------------------------	-------	-------

**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.

<b>8122</b>	Microradiographie des mains	12,95	4,00
-------------	-----------------------------	-------	------

## Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire

<b>8096</b>	contraste huileux	85,90	25,75
<b>8097</b>	contraste non-ionique	184,25	25,75
<b>8008</b>	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		24,35
<b>8061</b>	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	67,95	74,75
<b>8025</b>	Sialographie	58,55	10,75
<b>8006</b>	Stéréotaxie	70,80	22,65
<b>8232</b>	Tomographie	62,30	13,15
<b>8242</b>	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit. en établissement		10,30

en cabinet

19,55

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 ~~+ 9,05 \$~~ + 9,35 \$ (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 : Lorsque le médecin exécute la technique et l'interprétation :**

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique** et **Angioradiologie interprétation**.

**Lorsque le médecin ne fait que l'interprétation :**

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.

- Remplir 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)	
<b>8401</b>	<b>insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée</b>	108,00
<b>8400</b>	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	108,00
<b>8402</b>	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	53,90
<b>8403</b>	<b>cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément</b>	66,20
<b>8404</b>	<b>cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément</b>	17,45

**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.

<b>8405</b>	<b>Artériographie périphérique par ponction directe</b>	39,85
<b>8406</b>	<b>Lymphographie unilatérale</b>	39,85
<b>8407</b>	<b>Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément</b>	18,85

## ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

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

<b>8408</b>	<b>non sélective</b>	35,25
<b>8409</b>	<b>sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum quatre (4)</b>	32,60

AVIS : Indiquer le nombre de vaisseaux.

sélective avec quantification par moyen objectif :

<b>8410</b>	<b>mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément</b>	15,75
<b>8411</b>	<b>calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum deux (2)</b>	15,20

AVIS : Indiquer le nombre d'incidences.

<b>8412</b>	<b>mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum quatre (4)</b>	26,60
-------------	--	-------

AVIS : Indiquer le nombre d'artères.

<b>8413</b>	<b>sélective, spinale, par vaisseau, maximum huit (8) vaisseaux</b>	13,00
-------------	---	-------

AVIS : Indiquer le nombre de vaisseaux.

<b>8414</b>	<b>sélective carotidienne, unilatérale</b>	35,25
<b>8415</b>	<b>sélective vertébrale, unilatérale périphérique, membres inférieurs</b>	35,25
<b>8416</b>	<b>unilatérale</b>	35,25
<b>8417</b>	<b>bilatérale</b>	70,40

<b>8418</b>	<b>Spléno-portographie ou ombilico-portographie</b>	39,55
-------------	---	-------

Angiographie coronarienne

<b>8419</b>	<b>unilatérale</b>	46,35
<b>8420</b>	<b>bilatérale</b>	92,75

<b>8421</b>	<b>Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément</b>	25,05
-------------	---	-------

<b>8422</b>	<b>Pontage mammaro-coronarien, unilatéral</b>	46,35
-------------	---	-------

<b>8423</b>	<b>Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée</b>	35,25
-------------	---	-------

<b>8424</b>	<b>Lymphographie unilatérale</b>	34,35
-------------	----------------------------------	-------

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

AVIS : Pour une tomographie par ordinateur, utiliser la Facture de services médicaux. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

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

### Tête

<b>8258</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	55,60
<b>8259</b>	sans injection de substance de contraste	44,35

### Cou

<b>8260</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	83,95
<b>8261</b>	sans injection de substance de contraste	67,20

### Thorax

<b>8262</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	83,95
<b>8263</b>	sans injection de substance de contraste	72,75

### Abdomen

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

<b>8264</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	83,95
<b>8265</b>	sans injection de substance de contraste	72,75

### Pelvis

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

<b>8266</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	83,95
<b>8267</b>	sans injection de substance de contraste	72,75

### Abdomen et pelvis

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

<b>8268</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	119,55
<b>8269</b>	sans injection de substance de contraste	108,40

**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

<b>8274</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	69,95
<b>8275</b>	sans injection de substance de contraste	64,45

### Extrémités

<b>8276</b>	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	54,60
<b>8277</b>	sans injection de substance de contraste	43,45

### Tarif de révision en tomодensitométrie

<b>8257</b>	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomодensitométrie	21,00
-------------	---	-------

### PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

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

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

<b>8570</b>	Tête	120,50
<b>8571</b>	Cou	120,60
<b>8572</b>	Thorax	151,45
<b>8573</b>	Abdomen	151,45
<b>8574</b>	Pelvis	151,45
<b>8575</b>	Extrémités Colonne	120,60
<b>8576</b>	<b>un (1) segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)</b>	112,45
<b>8577</b>	<b>deux (2) segments</b>	141,25
<b>8578</b>	<b>trois (3) segments</b>	190,05

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 :

<b>8579</b>	<b>révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique</b>	17,00
-------------	---	-------

**AVIS :** Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir la Facture de services médicaux - Médecins omnipraticiens. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

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'Ahuntsic 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  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

**Par télécopieur**

418 646-8110

Utiliser la Facture des services médicaux. L'identification de la personne assurée est essentielle.

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

- Dans les CLSC des centres de santé et de services sociaux visés, les actes d'ultrasonographie concernés sont codés comme suit : 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.

## 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 vélocité 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 aux fins de références ultérieures.*

### 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. L'identification de la personne assurée est essentielle.

R = 1      R = 7

## ULTRASONOGRAPHIE

## 2. TABLEAU DES HONORAIRES

### ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

<b>8300</b>	Ligne médiane postérieure	1,50	4,40
<b>8301</b>	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux	3,05	9,25
<b>8302</b>	Échographie cérébrale, complète	9,10	27,25

#### ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

<b>8305</b>	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle	16,00	47,90
<b>8306</b>	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)	22,35	67,00
<b>8307</b>	Analyse des flux intra-cardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux	6,90	20,80
<b>8308</b>	Analyse des flux intra-cardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (dans un centre de soins ultrasécialisés en pédiatrie)	8,85	26,45

## 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 :

<b>8309</b>	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	25,90	70,40
-------------	---	-------	-------

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.

<b>8315</b>	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	5,20	15,35
-------------	--	------	-------

**AVIS** : Voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier de l'onglet J - Ultrasonographie.

	Échographie pelvienne complète		
<b>8321</b>	par voie transvésicale ou endovaginale	5,35	15,80
<b>8322</b>	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	6,20	18,40

**AVIS** : Voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier de l'onglet J - Ultrasonographie.

	Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales		
	<b>Moins de 16 semaines de grossesse</b>		
<b>8323</b>	par voie transvésicale ou endovaginale	4,80	14,50
<b>8324</b>	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	5,95	17,90

**AVIS** : Voir les paragraphes 3.1 et 4.1 du préambule particulier de l'onglet J - Ultrasonographie.

	<b>À partir de la 16e semaine de grossesse</b>		
<b>8317</b>	étude complète	5,95	17,90
<b>8318</b>	étude complète de grossesse gémellaire	8,80	26,25
	<b>À partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse</b>		
<b>8319</b>	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	4,35

**AVIS** : Pour les codes de facturation **8317**, **8318** et **8319**, voir le paragraphe 3.1 du préambule particulier de l'onglet J - Ultrasonographie.

#### ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE

<b>8320</b>	Écho B - oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	8,15	24,35
-------------	--	------	-------

#### ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

<b>8325</b>	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326	6,20	18,40
<b>8326</b>	Complète (trois organes et plus)	10,45	31,55
<b>8327</b>	Échographie prostatique transrectale	9,35	27,90
<b>8328</b>	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturée en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale)	11,75	35,25

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

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

*Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier aux fins de références ultérieures.*

**AVIS :** Pour les codes de facturation **8325 à 8328**, voir le paragraphe 4.1 du préambule particulier de l'onglet J - Ultrasonographie.

### ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

<b>8330</b>	Face ou cou ou les deux	5,25	15,35
<b>8331</b>	Épanchement pleural	4,65	13,80
<b>8332</b>	Membre	5,25	15,35
<b>8333</b>	Sein (par sein)	5,25	15,35

**AVIS :** Indiquer le nombre de seins.

<b>8334</b>	Testicule (par testicule)	5,25	15,35
-------------	---------------------------	------	-------

**AVIS :** Indiquer le nombre de testicules.

<b>8335</b>	Divers	5,25	15,35
-------------	--------	------	-------

### ÉCHOSCOPIE

<b>8340</b>	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	20,20	
-------------	--	-------	--

**AVIS :** Indiquer la durée du contrôle.

### EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC

Doppler cervico-encéphalique

L'examen de base :

<b>8350</b>	(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	10,00	33,05
-------------	---	-------	-------

<b>8351</b>	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	6,75	22,35
-------------	---	------	-------

Examen artériel périphérique

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

<b>8352</b>		11,00	33,05
-------------	--	-------	-------

<b>8353</b>	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	4,35	13,20
-------------	---	------	-------

<b>8354</b>	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	8,85	26,45
-------------	---	------	-------

pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément

<b>8355</b>	sans test de provocation au froid	4,35	13,20
-------------	-----------------------------------	------	-------

<b>8356</b>	avec test de provocation au froid	8,85	26,45
-------------	-----------------------------------	------	-------

	Examen veineux périphérique		
<b>8357</b>	<b>étude étagée des systèmes veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire</b>	9,75	29,15
	Doppler périphérique régional pour problème localisé		
<b>8358</b>	<b>analyse de fréquence</b>	2,95	9,75
<b>8359</b>	<b>prise de pression</b>	2,95	8,85
<b>8360</b>	<b>analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)</b>	5,90	19,40
	Doppler pénien		
<b>8361</b>	<b>analyse de fréquence, sélective</b>	3,25	9,75
<b>8362</b>	<b>enregistrement des pressions (minimum de deux)</b>	4,35	13,20
<b>8363</b>	<b>analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)</b>	7,60	22,90
	Doppler abdomino-pelvien		
<b>8364</b>	<b>identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, anévrismes artériels, etc.)</b>	2,95	8,85
<b>8368</b>	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	9,75	29,10
<b>8367</b>	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 destinée digestive dont l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler	19,35	58,15
<b>8366</b>	<b>caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)</b>	2,95	8,85

## 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<sup>er</sup> 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

Case postale 500

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 - Médecins omnipraticiens.

L'identification de la personne assurée est essentielle.

R = 1

**ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE****2. TABLEAU DES HONORAIRES****Épreuves de routine :**

<b>8479</b>	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés	69,75
<b>8480</b>	<b>lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément</b>	9,35
<b>8481</b>	<b>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</b>	11,15

**Volumes :**

<b>8454</b>	volume de fermeture	5,90
-------------	---------------------	------

**Diffusion :**

<b>8455</b>	capacité de diffusion, au repos	11,15
	<b>NOTE :</b> Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	
<b>8456</b>	capacité de diffusion, à l'exercice	70,40

**Échanges gazeux :**

<b>8458</b>	analyse de saturation en oxygène, à l'exercice ou sous oxygène	11,75
<b>8459</b>	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	41,05

	visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	
<b>8460</b>	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	58,70
<b>8461</b>	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50)	29,35
<b>8462</b>	mesure de la carboxyhémoglobine	5,90

### Épreuves d'effort respiratoire :

	stades de Jones	
<b>8463</b>	<b>stade 1</b> Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO <sub>2</sub> et d'oxygène	88,05
<b>8464</b>	<b>stade 2</b> Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO <sub>2</sub> et d'oxygène expirés, pCO <sub>2</sub> de fin d'expiration, pCO <sub>2</sub> du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	140,95
<b>8465</b>	<b>stade 3</b> Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO <sub>2</sub> , pCO <sub>2</sub> et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	223,05

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.

<b>8499</b>	<b>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</b> + Maximum de 2 par jour, par patient	17,65
	<b>Autres épreuves :</b>	

<b>8466</b>	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	170,25
<b>8482</b>	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	170,25
<b>8484</b>	<b>test de stimulation phrénique, supplément</b>	64,55
	<b>NOTE</b> : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466.	
<b>8467</b>	Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	46,95
<b>8476</b>	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans (« Squeeze test ») incluant la surveillance	140,95
<b>8477</b>	<b>avec bronchodilatateur, supplément</b>	11,75
<b>8478</b>	<b>avec provocation bronchique, supplément</b>	46,95
<b>8468</b>	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	70,40
<b>8469</b>	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	70,40

Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes

<b>8470</b>	<b>bénéficiaire de 16 ans et moins</b>	93,90
<b>8471</b>	<b>bénéficiaire de plus de 16 ans</b>	35,25

**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 117,40

**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 pO<sub>2</sub> 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.

<b>8473</b>	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	105,70
<b>8474</b>	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	176,10
<b>8475</b>	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	293,55