



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

MISE À JOUR : 18

MAI 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

Modifications découlant de l'Amendement n° 106, article 1. H) et changements d'ordre administratif

AMENDEMENT n° 106 (*Tarifs en vigueur le 1er avril 2009*)

- E - MÉDECINE NUCLÉAIRE

- Modification tarifaire sous le rôle 1

Pages : [E-3](#) à E-5

- G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modification tarifaire sous le rôle 1 et modification d'avis

Pages : [G-5](#) à G-13

- J - ULTRASONOGRAPHIE

- Modification tarifaire sous les rôles 1 et 7

Pages : [J-3](#) à J-6

- K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

- Modification tarifaire

Page : [K-2](#)

AMENDEMENT n° 108

- PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Règle 4.3 : le premier alinéa est remplacé (*Prend effet le 1^{er} octobre 2008*)
Page : [4](#)

- B - BIOCHIMIE MÉDICALE

- Les termes « agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, régie(s) régionale(s) ou régie régionale de la santé et des services sociaux » ou RRSSS sont remplacés par les termes « agence » ou « agence de la santé et des services sociaux ou ASSS » (*Prend effet le 1^{er} janvier 2009*)
Page : [B-1](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- INTRODUCTION

- Modifications administratives
Pages : [1](#) et [2](#)

- RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification administrative
Page : [7](#)

- PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modification administrative
Page : [1](#)

- J - ULTRASONOGRAPHIE

- Modification administrative
Page : [J-1](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF *(suite)*

- K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

- Modification administrative

Page : [K-1](#)

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués :
167 / 2009-01-14, 001 / 2009-04-01*

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page **INTRODUCTION**.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-52555-4

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le but du manuel est de renseigner les médecins omnipraticiens sur les modalités administratives d'application des dispositions de l'entente portant sur les services de laboratoire en établissement. À cet égard il contient, notamment, le guide de rédaction de la demande de paiement pour les médecins rémunérés à l'acte - Assurance hospitalisation (formulaire n° 1606), des renseignements relatifs au paiement, ainsi que les dispositions tarifaires. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot **AVIS**.

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

La Régie remet à chaque nouveau médecin omnipraticien oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de paiement qui est, par la suite, renouvelable sur commande.

Une liste complète des manuels et formulaires disponibles ainsi que les instructions pour les commander figurent sous l'onglet FORMULAIRES (partie 8) du « **Manuel des médecins omnipraticiens — Régime d'assurance maladie** », ainsi que dans le site INTERNET de la Régie.

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

Les médecins, leur personnel de secrétariat et les administrateurs d'hôpitaux sont invités à se familiariser avec le contenu du manuel, et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation des demandes de paiement et autres documents pertinents.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent les médecins omnipraticiens sur les procédures administratives afférentes aux dispositions de l'entente relative aux services de laboratoire en centre hospitalier.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

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

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

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

- Québec : 418 528-7763

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec, (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = Mise à jour

XX = Numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier.

MMMM 20AA = Mois et année de la publication de la mise à jour.

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

- 00 est une modification effectuée en vertu d'une entente du Comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;

- tout **autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente générale.

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

2.2.4 Section 4 Facturation des actes et considération spéciale

Facturation des actes

Tous les actes pour lesquels le médecin demande des honoraires doivent être inscrits dans cette section. Il ne faut pas inscrire plus de 20 codes d'acte par demande de paiement. Pour chaque acte, il faut donner les renseignements suivants :

- le code de l'acte correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
 - # - le modificateur (3 chiffres). La liste des modificateurs figure à l'annexe II sous le présent onglet;
- Remarque :** Si plus d'un modificateur s'appliquent, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre « **Modificateurs multiples** » de l'Annexe II.
- le nombre de fois que le même code d'acte est facturé;
 - le tarif correspondant au prix unitaire du code d'acte (100 %);
 - le montant réclamé compte tenu des renseignements fournis dans les colonnes précédentes. Ce montant doit correspondre soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas;
 - le total des actes facturés sous « nombre d'actes » et le total des montants facturés au bas de la colonne « montant ».

Remarque : Les actes non tarifés doivent être inscrits séparément sur une demande de paiement distincte.

Considération spéciale

Mettre un « N » dans la case C.S. pour toute situation nécessitant une appréciation particulière.

Facturation d'un service médical non tarifé :

- inscrire le code 09990;
- inscrire les autres renseignements : date, modificateur, unités;
- ne pas inscrire d'honoraires;
- inscrire la lettre « N » dans la case C.S.;
- donner une description détaillée du service fourni;
- facturer cet acte seul sur la demande de paiement.

Remarque : Dans tous ces cas, joindre un document complémentaire à la demande de paiement (voir section 2.4).

Facturation d'actes radiologiques ou d'électrocardiogrammes dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :

- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- inscrire les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire où l'interprétation a été faite;
- inscrire le numéro d'établissement ou de la localité où l'interprétation a été effectuée (joindre un document complémentaire à la demande de paiement).
- inscrire le nom de l'établissement où la technique a été réalisée sur une des lignes prévues pour la facturation.

- Remarque :**
- Pour les cas de refacturation (lettre « B »), se référer aux sections 3.4 et 3.5 sous l'onglet « Paiement - Messages explicatifs ».
 - Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.
 - La signification des lettres s'appliquant à la case C.S. figure à l'annexe III, sous le présent onglet.

**2.2.5 Section 5
Signature du médecin et attestation de l'établissement**

Signature du médecin et date

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom figure à la partie supérieure ou par une personne dûment mandatée en conformité avec le paragraphe 1 de l'article 10 du Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Attestation de l'établissement et date

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le signataire autorisé pour l'établissement dont le nom figure à la partie supérieure.

2.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires du médecin et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer **les copies destinées à la Régie** dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cet effet. Ne pas surcharger les enveloppes.

Inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche. Affranchir suffisamment et adresser comme suit :

Régie de l'assurance maladie
C.P. 500
Québec QC G1K 7B4

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 n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement » 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 n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement » pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte et pour chaque établissement où le médecin détient des privilèges.*

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

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

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

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

AVIS : *Utiliser la demande de paiement n° 1200.*

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 : *Voir les instructions de facturation à la partie 2.2.4 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

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

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

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

2.4 Une tarification nouvelle a un effet rétroactif. Est alors payé le relevé d'honoraires qui a été présenté dans les délais.

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

RÈGLE 3**REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT**

3.1 Les frais de déplacement et de séjour du médecin sont régis par les dispositions des paragraphes 30.05 et suivants de l'entente.

AVIS : Les frais de déplacement doivent être facturés sur une **demande de paiement correspondant à des soins dispensés dans le centre hospitalier visité.**

Instructions de facturation des frais de déplacement :

- 1) Si vous utilisez la Demande de paiement n° 1200 pour facturer vos services à l'acte, vous devez y réclamer vos frais de déplacement (transport et temps). Veuillez vous référer à la partie 4.6.5 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens.
- 2) Si vous utilisez la « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » n° 1606 :
 - remplir le formulaire n° 1988 (s'il y a lieu), de la façon habituelle (voir 2.5.1) ou la rubrique Internet sur les frais de déplacement;
 - suivre les instructions suivantes pour le formulaire n° 1606 :

A) Frais de transport :

- **voiture personnelle uniquement** : 0,86 \$⁽¹⁾ par kilomètre (distance unidirectionnelle)
- remplir le formulaire de la façon habituelle pour facturer des services rendus lors de votre déplacement et réserver de l'espace pour ajouter les informations suivantes;
- inscrire le code **99900** dans la case CODE D'ACTE, 1 dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur dans la case TARIF et le montant total réclamé dans la case MONTANT;
- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- **toujours préciser votre point de départ sur le formulaire**; si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ.
- **ne pas utiliser le formulaire n° 1988** « Demande de remboursement des frais de déplacement »;

N.B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel.

- **autres moyens de transport** (en plus ou non, de votre voiture personnelle) :
 - remplir le formulaire n° 1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement » en y précisant le détail des dépenses effectuées;
 - utiliser un formulaire distinct pour chaque déplacement;
 - sur la demande de paiement n° 1606, inscrire le code **99910** dans la case CODE D'ACTE, 1 dans la case NOMBRE D'ACTES, rien inscrire dans la case TARIF et inscrire dans la case MONTANT le montant de l'indemnité totale du déplacement, tel que calculé sur le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement »;
 - inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
 - inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes;
 - annexer les originaux des pièces justificatives (reçus, billets, etc.) à chaque formulaire n° 1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement » et joindre le tout à la Demande de paiement n° 1606. Pour le billet d'avion, le billet électronique est accepté selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne laquelle contient les renseignements relatifs au déplacement et la signature originale du professionnel doit y être apposée.

B) Temps de déplacement : le taux horaire est établi sur la base du taux horaire régulier.

- si vous avez réclamé le code d'acte **99910**, remplir le formulaire n° 1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement »;
- sur la Demande de paiement n° 1606, inscrire le code **99920** sur la ligne suivante du déplacement correspondant;
- inscrire le code **99920** dans la case CODE D'ACTE, le nombre d'heures total du déplacement dans la case NOMBRE D'ACTES, le taux en vigueur dans la case TARIF et le montant total réclamé dans la case MONTANT;
- inscrire chaque déplacement effectué sur des lignes différentes et ne pas dépasser le nombre de lignes disponibles;
- lors d'un déplacement effectué avec un véhicule automobile le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante : kilométrage total (aller-retour) / 80 km/hre = durée du déplacement.

(1) Ce taux correspond au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor pour les premiers 8 000 kilomètres dans la « Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents ». Le taux évoluera dorénavant avec celui de cette directive que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/secretariat/frais-deplacement.pdf>

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 du tiers (1/3) pour un examen pratiqué entre 19 heures et 7 heures; (MOD = 014)

AVIS : *Le modificateur 014 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.*

- + **4.3** Pendant un horaire de garde, le forfait de l'urgence par déplacement du médecin est de 35 \$ jusqu'au 30 septembre 2008, de 36,60 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 38,25 \$ à partir du 1^{er} avril 2009.

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 réclamer le forfait de l'urgence :*

- sur la « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation » n° 1606, utiliser le code d'acte 92040
- sur la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200, utiliser le code d'acte 09204.

4.4 L'honoraire majoré ou, selon le cas, le forfait de l'urgence, est facturé en utilisant le formulaire habituel de demande de paiement.

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

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

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

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.

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 Règle 18.1 du préambule particulier Radiologie diagnostique, onglet G.*

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 : *La liste officielle des jours fériés paraît à l'article 2.4.7.6 du Préambule général dans le manuel des médecins omnipraticiens. Pour le calendrier des jours fériés de votre établissement ou celui de la RAMQ, consultez le site Internet de la RAMQ, www.ramq.gouv.qc.ca, et cliquez sur les rubriques suivantes : Établissements du réseau de la santé; Calendrier des jours fériés; puis, choisissez le calendrier de votre établissement ou celui de la RAMQ.*

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

AVIS : *Remplir la « Demande de paiement-médecin » (n° 1200) en y inscrivant les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- l'identification du médecin (initiale du prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la RAMQ) ;
- le code de l'établissement dans lequel le médecin accomplit sa charge dans la case ÉTABLISSEMENT ;

Dans la section ACTES, inscrire :

- la date de facturation d'une quote-part (année-mois-jour) ;
- 9735 dans la case CODE et la valeur 1 dans la case R (rôle) ;
- le montant de la quote-part demandé dans la case HONORAIRES et reporter le cumul des honoraires dans la case TOTAL.

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

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

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

MÉDECINE NUCLÉAIRE**2. TABLEAU DES HONORAIRES****ÉPREUVES « IN VIVO »**

AVIS : Pour la facturation des examens de médecine nucléaire « in vivo », remplir le formulaire « Demande de paiement - Médecin » n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

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

+ 8600	Captation simple ou multiple	2,65
+ 8601	Scintigraphie	15,90
8602	Épreuve de stimulation	2,50
8603	Épreuve de freinage	2,50
+ 8604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	7,95
8605	Épreuve de lavage au perchlorate	5,00
8606	Courbe d'épuration sanguine du radio iodure	7,50
8607	Mesure de l'excrétion urinaire du radio iodure	3,00
8608	PBI - I 131	1,25
+ 8609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	53,05

Parathyroïdes

+ 8610	Scintigraphie	37,15
--------	-------------------------	-------

Surrénales

8611	Scintigraphie	53,05
------	-------------------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

8612	Volume plasmatique	5,00
8613	Masse globulaire	10,00
8614	Survie globulaire	20,00
8615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	30,00
8616	Index de séquestration splénique	10,00
8617	Survie de leucocytes	30,00
8618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	30,00
8619	Survie des plaquettes	30,00
8620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	30,00
8621	Mesure de l'absorption du fer	20,00
8622	Épuration plasmatique du fer «clearance»	10,00
8623	Taux de renouvellement plasmatique «turnover»	10,00
8624	Incorporation globulaire du fer «utilization»	10,00
8625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	30,00
8626	Volume de la sidérophilline marquée	10,00
8627	Capacité de liaison du fer plasmatique	1,25
8628	Fer globulaire total	1,25
8629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	15,00
8630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	50,00
+ 8631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autre agent	42,45
8632	Lymphographie régionale	21,20
8633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marquée	30,00

SYSTÈME URINAIRE

8634	Scintigraphie rénale	13,25
+8635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	7,95
8636	Rénogramme	15,00
+8637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	31,85
8638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	15,00
8639	Taux de filtration glomérulaire	15,00
8640	Recherche du reflux vésico-urétéral	25,00
8641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	25,00

SYSTÈME DIGESTIF

8642	Scintigraphie hépatique et splénique	13,25
8643	Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent. Courbe et/ou taux d'épuration	10,00
+8644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	31,85
+8645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	7,95
+8646	Recherche de diverticule	37,15
8647	Étude de protéine marquée	25,00
+8648	Vidange gastrique et/ou reflux	53,05
8649	Absorption du calcium	15,00
8650	Trioléine	10,00
8651	Acide oléique	10,00
8652	Schilling	10,60
8653	Schilling avec facteur intrinsèque	10,00
8654	Pertes protéiques	30,00
8655	Recherche de sang dans les selles	30,00
8656	Élimination fécale de substances marquées	30,00
8657	Métabolisme des sels biliaires	20,00
8658	Scintigraphie du pancréas	25,00

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

+8659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	15,90
8660	Perfusions myocardiques dynamiques	50,00
8661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	25,00
8662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	20,00
8663	Mesure du débit cardiaque	10,00
8664	Mesure du temps de circulation	9,00
8665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,00
+8666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	5,30
8667	Scintigraphie du myocarde	25,00
+8668	Scinti-angiographie aorte/ses branches excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	15,90
+8669	Phlébographie isotopique	53,05
+8670	Ventriculographie isotopique	26,50

SYSTÈME RESPIRATOIRE

+8671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	26,50
+8672	Angiographie pulmonaire	13,25
8673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	35,00
+8674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	37,15

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

8675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	7,50
+8676	Scintigraphie cérébrale	21,20
+8677	Cisternographie (2-6-24 hres)	79,55

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

8704 Ostéodensitométrie isotopique 15,90

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.

AVIS : *S'il s'agit d'un traitement pour ostéoporose, inscrire le code 733.0 dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

	Scintigraphie osseuse, (excluant ostéodensitométrie isotopique)	
8678	un site	15,00
+8679	sites multiples	29,15
	Scintigraphie articulaire :	
8680	un site	15,00
+8681	sites multiples	31,85

DIVERS

8682	Scintigraphie de l'abdomen	26,50
8683	Scintigraphie des voies lacrymales	35,00
8684	Scintigraphie des glandes salivaires	37,15
8685	Placentographie	15,00
+8686	Recherche de foyer d'abcès	42,45
8687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre P ³²	25,00
8688	Recherche de néoplasie du sein	15,00
8689	Scintigraphie des testicules	55,15
8690	Étude du taux d'épuration	12,50
8691	Scintigraphie des chaînes mammaires	25,00
	Autre scintigraphie :	
8692	un site	15,00
+8693	sites multiples	42,45
8694	Scintigraphie par fluorescence-X	25,00
8695	Mesure des éléments traces «in vivo» par activation neutronale	50,00
	Tomographie assistée	50,00
+8701	cerveau	63,65
+8702	coeur	68,90
+8703	autre	53,05
8700	Tomographie assistée par positron	250,00

TRAITEMENT

+8697	Traitement par radio isotope métabolisé	53,05
8698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire	75,00
8699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire par visite	11,00

ÉPREUVES «IN VITRO»

82744	Acide folique	1,25
82604	Adrénocorticotropine (ACTH)	1,25
82605	Aldostérone	1,25
82625	AMP cyclique	1,25
82606	Angiotensine I	1,25
82614	Angiotensine II	1,25
82664	Antigène australien (HAA)	1,25
82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	1,25
82676	Anti-human IgE	1,25
82624	Cortisol	1,25
82644	Digitoxine	1,25
82626	Digoxine	1,25
82645	Estradiol	1,25
82646	Folliculostimuline (FSH)	1,25
82654	Gastrine	1,25
82655	Glucagon	1,25
82656	GMP cyclique	1,25
82665	Gonadotropine chorionique	1,25
82666	Hormone de croissance (HGH)	1,25
82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	1,25
82686	Hormone lutéinisante (LH)	1,25
82726	Hormone thyroïdostimulante (TSH)	1,25
82675	IgE	1,25
82684	Insuline	1,25
82694	LSD	1,25
82685	Lupus érythémateux (LE)	1,25
82695	Morphine	1,25
82696	Oubaine	1,25
82704	Progestérone	1,25
82705	Prostaglandine	1,25
82715	Prostaglandine E	1,25
82706	Prostaglandine F1	1,25
82714	Prostaglandine F2	1,25
82615	Rénine	1,25
82724	T3 résine	1,25
82716	T3 RIA	1,25
82736	T4 plasmatique libre	1,25
82735	T4 plasmatique total	1,25
82725	Testostérone	1,25
82734	Vitamine B12	1,25
82745	Dosage des éléments tracés par activation X, neutronale ou source radioactive scellée	1,25
82746	Autres	1,25

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**2. TABLEAU DES HONORAIRES**

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

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser le formulaire « Demande de paiement - Assurance-hospitalisation - Rémunération à l'acte » (n° 1606).

Pour la facturation d'actes radiologiques dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique, voir la section 2.2.4 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

Les services effectués à des séances différentes doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant (094 ou un de ses multiples). Voir l'Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

TÊTE ET COU

	Crâne		
8010	trois (3) incidences ou moins	26,50	4,68
8013	quatre (4) incidences ou plus	33,00	7,35
	Selle turcique		
8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	21,94	5,30
	Massif facial		
8123	trois (3) incidences ou moins	20,25	5,25
8124	quatre (4) incidences ou plus	25,30	7,20
	Nez		
8031	minimum de deux (2) incidences	13,25	3,55
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
8023	minimum de trois (3) incidences	20,25	5,80
	Articulations temporo-maxillaires		
8024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	20,25	5,80
	Sinus		
8125	trois (3) incidences ou moins	19,25	4,70
+8126	quatre (4) incidences ou plus	23,05	6,50
	Mastoïdes - bilatérales		
8076	minimum de six (6) incidences	24,21	7,50
	Conduit auditif interne		
8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	21,94	5,30
	Oeil		
8030	recherche de corps étranger	13,20	5,50
8028	recherche et localisation de corps étranger	28,40	17,50
8011	Trous optiques	15,40	4,25
8038	Région des glandes salivaires	13,69	4,10
	Tissus mous du cou		
8037	minimum de deux (2) incidences	12,45	4,50
8036	Étude panoramique des maxillaires	14,98	4,10
	Dents		
8034	deux (2) régions dentaires ou moins	5,41	1,20

AVIS : Voir la règle 13.1 du préambule particulier de Radiologie diagnostique.

	Céphalométrie		
8077	avec mesure des angles	17,54	20,50

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
COLONNE ET BASSIN			
	Colonne cervicale		
8127	trois (3) incidences ou moins	23,05	3,48
+8128	quatre (4) incidences ou plus	29,60	5,70
+8042	Colonne dorsale	22,05	4,50
+8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	25,80	5,50
	Colonne entière (série scoliotique)		
8053	minimum de quatre (4) incidences	49,50	11,00
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx	21,25	3,75
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	27,55	3,75
8058	Articulations sacro-iliaques	19,25	5,20
	Bassin		
+8054	une (1) incidence	13,25	3,75
8056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	24,60	5,00
8055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	28,30	5,50
	NOTE : les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		
MEMBRES SUPÉRIEURS			
8060	Clavicule	15,60	3,75
8075	Articulations acromioclaviculaires	19,25	5,20
8118	Articulations sterno-claviculaires	15,90	3,70
8074	Omoplate	17,25	4,10
+8062	Épaule	17,15	4,20
8063	Humérus	13,25	3,75
8064	Coude	13,25	3,75
8065	Avant-bras	13,25	3,75
+8066	Poignet	13,25	3,75
8067	Main	13,25	3,75
8068	Poignet et main	19,25	5,75
8069	Doigt ou pouce	10,20	2,55
MEMBRES INFÉRIEURS			
	Hanche unilatérale		
+8080	deux (2) incidences ou plus	21,60	4,50
8083	Fémur	13,25	3,75
+8084	Genou, incluant la rotule	13,25	3,75
8085	Jambe	13,25	3,75
+8086	Cheville	13,25	3,75
	Pied		
+8087	tarse, calcaneum ou talon	13,25	3,75
8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,30	7,25
8090	Orteil	10,20	2,55
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	19,95	6,05

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
ÉTUDES DU SQUELETTE			
8092	Étude du squelette pour âge osseux		
	une (1) région (main)	13,25	6,10
8093	deux (2) régions (main et autres)	23,75	7,10
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique)		
	par incidence ou région		
8280	huit (8) incidences ou moins	52,75	9,80
8281	neuf (9) ou dix (10) incidences	59,68	17,20
8282	onze (11) incidences ou plus	72,55	20,95
THORAX			
+8100	Poumons	19,20	4,40
8108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	44,45	9,85
	Larynx, études spéciales		
8113	phonation	24,46	4,10
	Hémithorax (côtes)		
+8115	deux (2) incidences ou plus	15,90	4,10
8117	Sternum	16,80	4,50
	Lecteur B		
9943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,00
<u>AVIS</u> : Cet acte doit être facturé sur le formulaire « Demande de paiement à l'assurance-hospitalisation - Rémunération à l'acte » n° 1606. Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».			
ABDOMEN			
	Abdomen		
+8150	simple	13,25	3,55
+8152	deux (2) incidences ou plus	20,75	5,30
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)			
8132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	31,64	16,50
8133	étude du pharynx et de l'oesophage	31,64	16,50
8148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de 5 ans)	29,48	24,75
8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	29,81	8,80
	Tube digestif supérieur		
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	58,43	15,42
8153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de 5 ans)	54,39	27,23
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	62,98	23,35
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	78,75	23,44
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	84,40	28,05

#AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	38,46	16,75
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle.	70,00	42,00
8149	Colon, lavement baryté simple contraste	60,84	15,50
8179	pour réduction d'intussusception	55,01	82,70
8160	double contraste, comprend au moins cinq (5) films pleine grandeur de l'abdomen	79,77	25,30
8161	Cholécystographie orale	----	3,20
8171	Cholangiographie par tube en T, incluant injection	25,49	12,25
8163	peropératoire		5,70
8165	par infusion intraveineuse, incluant injection	36,40	16,50
8180	Pancréatographie peropératoire		11,00
+8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	26,46	12,15

VOIES GÉNITO-URINAIRES

+8181	Pyélographie i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels	60,87	22,55
8186	rétrograde ou antégrade per-cutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	37,85	6,05
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	29,81	5,50
8190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	48,52	10,00
8196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de 5 ans)	45,19	17,64
8189	Vasographie - Déférentographie	18,62	4,10
8191	Kystographie rénale	11,34	3,10
8198	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	38,48	7,00

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	12,44	3,10
8193	Pelvimétrie	19,24	7,50
8197	Hystérosalpingographie, incluant scopie	39,09	10,20

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

8102	Thorax	28,79	8,80
8151	Abdomen	28,79	8,00
8121	Squelette	28,79	8,00
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
+8270	premier quart d'heure	16,30	17,10
8271	deux quarts d'heure	22,43	34,20
8272	trois quarts d'heure	33,64	51,25
+8273	une heure ou plus	44,86	68,35

AVIS : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS ou dans la case NOMBRE D'ACTES, selon le formulaire utilisé.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT			
	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
8114	graphie seulement	30,21	17,25
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	51,33	31,70
	Bronchographie		
8109	unilatérale	28,60	14,50
8111	bilatérale	39,52	21,00
8166	Cholangiographie per-cutanée transhépatique	36,35	16,00
8007	Cisternographie opaque	65,52	21,00
8027	Dacryocystographie	25,00	6,50
8098	Discographie, un (1) niveau ou plus	28,76	17,00
8004	Encéphalographie	62,40	20,00
8214	Fistulographie	22,91	7,75
8201	Galactographie, incluant l'injection	34,65	28,75
8202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	45,36	23,75
8119	Laryngogramme, avec contraste opaque	61,11	15,50

Mammographie

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

	sans examen clinique		
8140	unilatérale	23,67	5,25
8141	bilatérale	35,67	9,50
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
8142	unilatérale	23,67	11,25
8143	bilatérale	35,67	15,50
8199	Radiographie d'une pièce biopsique	21,68	4,25

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

8204	Mesure de la densité osseuse	35,36	11,00
------	--	-------	-------

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 : Aux fins de la facturation, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8122	Microradiographie des mains	11,02	3,40
------	---------------------------------------	-------	------

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
8096	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire contraste huileux	73,14	21,94
8097	contraste non-ionique.	156,93	24,20
8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		21,44
8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	59,97	72,70
8025	Sialographie	49,20	9,50
8006	Stéréotaxie	62,40	20,00
8232	Tomographie	53,02	11,19
8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit. en établissement en cabinet.		8,80 16,00
	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD 021) En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen + 8,00 \$ (MOD 008)		

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**.

- Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.

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 » (n° 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.

8401	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée.		91,94
8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébographies non sélec- tives.		91,94
8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément		45,97
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément.		53,94
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplé- ment		15,44

NOTE :

- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la
veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une
chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.

- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère de la veine d'entrée ou de
l'aorte ou des veines caves.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

		L R = 7	C R = 1
8405	Artériographie périphérique par ponction directe		33,94
8406	Lymphographie unilatérale		33,94
8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément		16,04
ANGIORADIOLOGIE			
(Interprétation)			
	Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une (1) ou plusieurs incidences		
8408	non sélective		30,00
8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum quatre (4)		28,74
	sélective avec quantification par moyen objectif :		
8410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément		13,44
8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum deux (2)		13,44
8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum quatre (4)		23,44
8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum huit (8) vaisseaux		11,44
8414	sélective carotidienne, unilatérale		30,00
8415	sélective vertébrale, unilatérale		30,00
	périphérique, membres inférieurs		
8416	unilatérale		30,00
8417	bilatérale		60,00
8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie		33,69
	Angiographie coronarienne		
8419	unilatérale		39,49
8420	bilatérale		78,98
8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément		21,34
8422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		39,49
8423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée		30,00
8424	Lymphographie unilatérale		29,23

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

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

AVIS : Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

Tête

8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	39,68
8259	sans injection de substance de contraste	31,68

Cou

8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	59,93
8261	sans injection de substance de contraste	51,93

Thorax

8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	59,93
8263	sans injection de substance de contraste	51,93

Abdomen

8264	(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour «pelvis» ou pour «abdomen et pelvis» avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	59,93
8265	sans injection de substance de contraste	51,93

Pelvis

8266	(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis ») avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	59,93
8267	sans injection de substance de contraste	51,93

Abdomen et pelvis

8268	(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis ») avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	85,38
8269	sans injection de substance de contraste	77,38

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

Rachis

8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	54,00
8275	sans injection de substance de contraste	46,00

Extrémités

8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste.	39,00
8277	sans injection de substance de contraste	31,00

Tarif de révision en tomодensitométrie

8257	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomодensitométrie . . .	15,00
------	---	-------

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

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

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

8570	Tête	106,26
8571	Cou	106,33
8572	Thorax	133,63
8573	Abdomen	133,63
8574	Pelvis	133,63
8575	Extrémités	106,33
	Colonne	
8576	un (1) segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	99,19
8577	deux (2) segments	124,60
8578	trois (3) segments	167,65

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

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

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

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

AVIS : Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

AVIS : Les professionnels de la santé facturant à l'acte en rôle 1 avec la « Demande de paiement » n° 1200 doivent utiliser le tarif se trouvant dans le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens à l'onglet V - Radiologie.

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 » n° 3051 pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis par télécopieur au numéro 418 646-8110 ou à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4*

- *Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur la « Demande de paiement - Médecin », n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*
- *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.

AVIS : *Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le Rôle = 1 et les honoraires correspondants.*

Supplément de manipulation

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

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

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

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

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 : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques, de même que le nombre de semaines dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 4.**ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE SUPÉRIEURE**

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

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

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.*

ULTRASONOGRAPHIE**2. TABLEAU D'HONORAIRES****ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :**

8300	Ligne médiane postérieure	1,30	3,80
8301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux	2,60	7,90
8302	Échographie cérébrale, complète	7,75	23,25

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

+ 8305	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle	13,60	40,80
8306	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bi-dimensionnelle (dans un centre de soins ultraspécialisés en pédiatrie)	19,00	57,05
+ 8307	Analyse des flux intra-cardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux	5,90	17,75
8308	Analyse des flux intra-cardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (dans un centre de soins ultraspécialisés en pédiatrie)	7,50	22,50

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

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

8309	Échographie avec sonde endo-oesophagienne incluant, le cas échéant, l'anesthésie locale, l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde ainsi que la supervision du patient pendant l'examen, par jour, par patient	22,05	60,00
------	---	-------	-------

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

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

NOTE : Lorsqu'une échographie pelvienne et une échographie obstétricale sont pratiquées le même jour, un seul examen est payé : on applique alors l'honoraire plus élevé.

+8315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisation placentaire, localisation d'un stérilet etc.) ne peut être facturé en sus de 8317, 8318, 8321, 8322, 8323, 8324 et 8328	4,35	13,00
-------	--	------	-------

AVIS : Voir la Règle 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

+8321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale.	4,50	13,45
+8322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	5,25	15,70

AVIS : Voir la Règle 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales			
Moins de 16 semaines de grossesse			
8323	par voie transvésicale ou endovaginale	4,15	12,40
+8324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	5,05	15,30

AVIS : Voir les Règles 3.1 et 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

+8317	À partir de la 16 ^e semaine de grossesse étude complète (*)	5,05	15,30
8318	étude complète de grossesse gémellaire (*)	7,45	22,35
8319	À partir de la 28 ^e semaine de grossesse (*) étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance	1,25	3,75

ULTRASONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE

8320	Écho B - oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	7,00	20,75
------	--	------	-------

AVIS : (*) Voir la Règle 3.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

+ 8325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326 (*)	5,25	15,70
+ 8326	Complète (trois organes et plus) (*)	8,95	26,85
8327	Échographie prostatique transrectale (*)	8,00	23,80
8328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturée en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*)	10,00	30,00

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, lors de la facturation des actes codés 8327 et 8328.*

ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

+ 8330	Face ou cou ou les deux	4,40	13,00
8331	Épanchement pleural	4,00	11,80
8332	Membre	4,40	13,00
+ 8333	Sein (par sein)	4,40	13,00
+ 8334	Testicule (par testicule)	4,40	13,00
+ 8335	Divers	4,40	13,00

AVIS : *Pour les actes 8333 et 8334, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*

ÉCHOSCOPIE

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

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

EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC

+ 8350	Doppler cervico-encéphalique L'examen de base : (comprend l'étude des deux carotides primitives, externes, internes, vertébrales sous-clavières, ophtalmiques) incluant l'enregistrement graphique de routine et les manoeuvres de compression jugées nécessaires	8,50	28,10
+ 8351	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	5,75	19,00
+ 8352	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	9,35	28,10
8353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	3,75	11,25
8354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	7,50	22,50
	pour évaluation digitale complète, un ou plusieurs doigts, incluant manoeuvre d'Allen, supplément		
8355	sans test de provocation au froid	3,75	11,25
8356	avec test de provocation au froid	7,50	22,50

AVIS : (*) Voir la Règle 4.1 du préambule particulier - Ultrasonographie.

		R = 1	R = 7
+8357	Examen veineux périphérique étude étagée des systèmes veineux des deux membres supérieurs ou inférieurs avec manoeuvres requises et enregistrement, si nécessaire.	8,25	24,80
+8358	Doppler périphérique régional pour problème localisé analyse de fréquence.	2,50	8,25
8359	prise de pression	2,50	7,50
+8360	analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	5,00	16,55
8361	Doppler pénien analyse de fréquence, sélective	2,75	8,25
8362	enregistrement des pressions (minimum de deux)	3,75	11,25
8363	analyse de fréquence et pressions (minimum de deux)	6,50	19,50
8364	Doppler abdomino-pelvien identification de la nature d'une ou plusieurs structures abdomino-pelviennes (ex. : varices pelviennes, anévrismes artériels, etc.)	2,50	7,50
8368	Doppler rénal et/ou d'un greffon rénal Examen Doppler, pulsé avec ou sans Doppler couleur de l'aorte abdominale et des vaisseaux rénaux (artère rénale et veine rénale extra et/ou intra-parenchymateuse). Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler	8,25	24,75
8367	Doppler portal et/ou d'un greffon hépatique Examen Doppler, pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines splénique, mésentériques, supérieure et inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destinée digestive dont l'artère hépatique et des vei- nes sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et des courbes Doppler	16,50	49,50
8366	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)	2,50	7,50

PRÉAMBULE PARTICULIER**K- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE****1. PRÉAMBULE**

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

- # **AVIS** : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, le formulaire « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Services de laboratoire en établissement » n° 3051 pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis via le télécopieur au numéro 418 646-8110 ou à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

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

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

AVIS : *Toutes les épreuves de fonction respiratoire doivent être facturées sur le formulaire « Demande de paiement - Médecin » n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

Épreuves de routine :		
+ 8479	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés	59,40
8480	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément	8,00
8481	lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément	9,50
Volumes :		
8454	volume de fermeture	5,00
Diffusion :		
8455	capacité de diffusion, au repos	9,50
	NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	
8456	capacité de diffusion, à l'exercice	60,00
Échanges gazeux :		
8458	analyse de saturation en oxygène, à l'exercice ou sous oxygène	10,00
8459	évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	35,00
8460	évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	50,00
8461	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50)	25,00
8462	mesure de la carboxyhémoglobine	5,00
Épreuves d'effort respiratoire :		
stades de Jones		
8463	stade 1 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO ₂ et d'oxygène	75,00
8464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO ₂ et d'oxygène expirés, pCO ₂ de fin d'expiration, pCO ₂ du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	120,00
8465	stade 3 Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO ₂ , pCO ₂ et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	190,00
	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.	
Autres épreuves :		
8466	Compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	145,00
8482	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	145,00
8484	test de stimulation phrénique, supplément	55,00
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466.	

8467	Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	40,00
8476	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans (« Squeeze test ») incluant la surveillance	120,00
8477	avec bronchodilatateur, supplément	10,00
8478	avec provocation bronchique, supplément	40,00
8468	Ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	60,00
8469	Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments).	60,00
	Courbe volume - force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
8470	bénéficiaire de 16 ans et moins	80,00
8471	bénéficiaire de plus de 16 ans	30,00
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	100,00
	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 ₂ trans-cutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.	
	Les interventions telles que l'installation d'un C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant.	
	NOTE : chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électro-encéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.	
8473	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	90,00
8474	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	150,00
8475	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	250,00

