



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT

MISE À JOUR 60
AVRIL 2012

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 61, en vigueur le 1^{er} avril 2012 sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

- À l'Article 3. *Modalités de paiement*, aux paragraphes 3.3 et 3.4, modification de libellés - **en vigueur le 1^{er} janvier 2012**
- À l'Article 4. *Validation rétroactive de la charge professionnelle et ajustements*, aux paragraphes 4.1 à 4.3, modification de libellés et renumérotation de l'article 4.4 - **en vigueur le 1^{er} janvier 2012**

Pages : [A-6](#) à A-9

- À la Règle 1. *Mesure de tâche*, au sous-paragraphe 1.1.2, modification du libellé
Page : [A-13](#)

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- À l'Article 4. *Honoraire de numérisation : Reconnaissance des laboratoires*, au sous-paragraphe 4.2.4 v), modification du libellé - **en vigueur le 1^{er} novembre 2011**
- Au tableau des honoraires, sous Cardiaque, ajout de deux établissements - **en vigueur le 27 avril 2011**

Pages : [H-11](#) et [H-34](#)

ONGLET A

- Modification de libellés, ajout de codes d'acte et de notes
Pages : [A-17](#) à A-19, [A-22](#) et [A-25](#) à A-33

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

INTRODUCTION

- Modifications administratives

Pages : [1](#) et [2](#)

TABLE DES MATIÈRES

- Mise à jour de la table des matières

Pages : [1](#) à 3

ENTENTE - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modification de l'avis et ajout d'une remarque

Page : [3](#)

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Modification du libellé d'avis

Pages : [1](#) et [8](#)

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Au paragraphe 2.3 *Rédaction de la demande de paiement pour les anatomo-pathologistes*, au point 2.3.4.1., modification de l'exemple 4c et au point 2.3.4.2., ajout d'un avis, modification des exemples 1 et 2 ainsi qu'ajout des exemples 3 à 5
- À *Modificateurs multiples*, dans le tableau de combinaison de modificateurs, ajout des modificateurs 455 à 457 et 632
- À l'*Annexe II - Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification*, à la lettre J, modification du libellé

Pages : [26](#), [33](#), [35](#), [37](#) à 43, [53](#) à 55 et [57](#)

PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Sous *Messages explicatifs*, retrait du message 252, ajout des messages 205, 245, 334, 396, 504 à 507, 530, 568 et 569 et modification du libellé du message 625

Pages : [12](#) à 14, [16](#), [18](#) et [20](#)

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

- À l'*Article 3. Modalités de paiement*, au paragraphe 3.4, ajout d'un avis
- Au *Tableau des actes*, ajout d'un avis

Pages : [A-7](#) et [A-17](#)

B - BIOLOGIE MÉDICALE

- À l'*Article 4. Modalités de paiement*, modification du libellé de l'avis

Page : [B-3](#)

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

- À l'Article 3. *Modalités de paiement*, modification du libellé de l'avis

Page : [G-2](#)

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Au *Tableau des honoraires*, sous *Mammographie*, modification du libellé d'avis et sous *Angio-IRM*, dans les notes des codes d'acte 8444, 8445, 8446 et 8447, rectification de l'ordonnancement

Pages : [H-22](#) à H-25, [H-33](#) et [H-34](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes : n° 278 du 9 mars 2012, n° 293 du 28 mars 2012, n° 39 du 11 mai 2012, n° 63 du 14 juin 2012 et n° 83 du 28 juin 2012

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

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

Ce manuel étant un document publié à des fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle et aux ententes originales, 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 spécialiste 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.

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

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

Par ailleurs, la Régie offre un service **d'assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

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

Vous y trouverez tous les renseignements pertinents : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les renseignements généraux, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, voir la page suivante.

COMMUNICATION 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; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
- 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** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel.
 - **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la modification relative à l'Accord-cadre.
 - Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification, d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire, la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

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

TABLE DES MATIÈRES

Page

ENTENTE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À LA MÉDECINE DE LABORATOIRE.....	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	2
1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR.....	1
Annexe 23	1
Article 1 : Dispositions générales	1
Article 2 : Territoires désignés.....	2
Article 3 : Frais maximaux.....	3
1.1 Instructions de facturation des frais de déplacement.....	4
1.2 Demande de remboursement des frais de déplacement (formulaire n° 1988)	6
1.2.1 Description du formulaire	7
RÉMUNÉRATION À L'ACTE	
2. DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE.....	1
2.0 AVANT-PROPOS	1
2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - ASSURANCE HOSPITALISATION DESCRIPTION DU FORMULAIRE (formulaire n° 1606).....	3
2.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
2.2.1 Section 1 - Période de dispensation des services.....	5
2.2.2 Section 2 - Identité du médecin ayant fourni les services assurés	5
2.2.3 Section 3 - Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis	5
2.2.4 Section 4 - Facturation des actes et considération spéciale.....	7
2.2.4.1 Section 4 - Forfait minimum pour déplacements d'urgence.....	11
2.2.5 Section 5 - Signature du médecin et attestation de l'établissement.....	13
2.3 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT POUR LES ANATOMO-PATHOLOGISTES	14
2.3.1 Section 1	14
2.3.2 Section 2	14
2.3.3 Section 3	15
2.3.4 Section 4	15
2.3.4.1 Facturation du forfait hebdomadaire monétaire	15
2.3.4.2 Déclaration des activités de laboratoire L4E	33
# 2.4 EXPÉDITION	44
# 2.5 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (formulaire n° 1944)	45
# 2.6 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	47
# 2.7 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	47

# ANNEXE I :	
LISTE DES MODIFICATEURS	48
# Modificateurs multiples	53
ANNEXE II :	
LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION.....	57
PAIEMENT	
5. PAIEMENT	1
5.1 MODE DE PAIEMENT	1
5.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
5.3 ÉTAT DE COMPTE	2
5.3.1 Description	3
5.3.1.1 Renseignements généraux	3
5.3.1.2 Sommaire.....	3
5.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.....	5
5.3.2 Vérification des paiements.....	5
5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
5.4.1 Paiement autorisé tel que réclamé.....	5
5.4.2 Demandes de paiement en cours de traitement.....	5
5.4.3 Paiement refusé en partie.....	6
5.4.4 Paiement refusé en totalité.....	6
5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS	7
5.6.1 Codes de transactions.....	8
5.6.2 Calendrier de paiement 2012	9
Calendrier de paiement 2013	10
5.6.3 Calendrier de facturation monétaire pour les anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2	11
5.6.4 Codes de messages explicatifs	12
RÈGLES D'APPLICATION	
6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS	1
1. RÈGLES D'APPLICATION	1
2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS	15
3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE.....	19
PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX.....	19
PLAFONNEMENTS PARTICULIERS	20
ADDENDUM 2 - ANATOMO-PATHOLOGIE.....	A-1
Article 1. Mode de rémunération	A-1
Article 2. La charge professionnelle	A-1
Article 3. Modalités de paiement	A-6
Article 4. Validation rétroactive de la charge professionnelle et ajustements....	A-8
# Article 5. Suivi de l'implantation du nouveau mode de rémunération.....	A-10
# Article 6. Divers	A-10

ADDENDUM 2 - ANATOMO-PATHOLOGIE	
Principes généraux	A-11
Règle 1. Mesure de tâche	A-12
Règle 2. Ajouts professionnels	A-14
Règle 3. Biologie moléculaire et cytogénétique	A-15
Règle 4. Organes pairs	A-15
Tableau des actes	A-17
Autopsies	A-17
# Réunions clinico-pathologiques	A-19
# Consultations	A-20
# Consultations per-opératoires	A-21
# Cytologies	A-21
# Biopsies	A-22
# Chirurgies	A-25
# Rapport synoptique à paramètres multiples	A-32
# Ajouts professionnels	A-33
# Colorations spéciales, immunofluorescence, histochimie et immunohistochimie	A-33
# Biologie moléculaire et cytogénétique	A-34
# Microscopie électronique	A-34
ADDENDUM 3 - BIOCHIMIE MÉDICALE	B-1
Annexe	B-5
ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES	C-1
Tableau des honoraires	C-1
ADDENDUM 10 - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE	D-1
Tableau des honoraires	D-2
ADDENDUM 6 - HÉMATOLOGIE	E-1
Tableau des honoraires	E-4
Actes médicaux	E-4
Coagulation	E-4
Banque de sang	E-5
Hématologie spéciale	E-5
Hématologie radioisotopique	E-5
Immunologie	E-6
Biologie moléculaire	E-10
ADDENDUM 7 - MÉDECINE NUCLÉAIRE	F-1
Tableau des honoraires	F-3
Épreuves « In vivo »	F-3
Diagnostic	F-3
Système endocrinien	F-3
Système hématopoïétique	F-3
Système urinaire	F-4
Système digestif	F-4
Système cardiovasculaire	F-4
Système respiratoire	F-5
Système nerveux central	F-5
Système musculo-squelettique	F-5
Divers	F-5
Traitement	F-6
Épreuves « In vitro »	F-6
ADDENDUM 5 - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE	G-1
Annexe	G-5

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	H-1
Protocole.....	H-8
Tableau des honoraires.....	H-12
Tête et cou.....	H-13
Colonne et bassin.....	H-14
Membres supérieurs.....	H-14
Membres inférieurs.....	H-15
Études du squelette.....	H-15
Thorax.....	H-15
Abdomen.....	H-16
Voies gastro-intestinales et biliaires.....	H-16
Voies génito-urinaires, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie.....	H-18
Obstétrique et gynécologie.....	H-18
Fluoroscopie diagnostique.....	H-19
Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction.....	H-19
Divers.....	H-20
Mammographie.....	H-22
Angioradiologie (technique).....	H-26
Angioradiologie (interprétation).....	H-27
Tomographie par ordinateur.....	H-28
Protocole I- Examens de résonance magnétique.....	H-32
Cardiaque.....	H-34
ADDENDUM 8 - ULTRASONOGRAPHIE.....	K-1
Échoencéphalographie.....	K-5
Ultrasonographie cardiaque.....	K-5
Protocole II.....	K-8
Échographie pelvienne ou obstétricale.....	K-8
Ultrasonographie ophtalmologique.....	K-10
Échographie abdominale.....	K-10
Échographie des voies respiratoires.....	K-10
Échographie digestive.....	K-10
Échographie articulaire.....	K-11
Échographie de surface.....	K-12
Échoscopie.....	K-12
Examens Doppler pour fins de diagnostic.....	K-12
ADDENDUM 11- ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE.....	L-1
Épreuves de routine.....	L-2
Volumes.....	L-2
Diffusion.....	L-2
Échanges gazeux.....	L-2
Test de provocation bronchique.....	L-2
Épreuves d'effort respiratoire.....	L-2
Autres épreuves.....	L-4
ADDENDUM 12 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE.....	M-1
Tableau des honoraires.....	M-2
Cytogénétique.....	M-2
Génétique biochimique.....	M-2
Métabolites.....	M-3
Génétique moléculaire.....	M-4
8. MANUELS ET FORMULAIRES.....	1

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

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

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

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

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

DÉROGATIONS

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

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

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

RÈGLE 2.**TARIFICATION NOUVELLE**

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

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

- # **AVIS :** - *Inscrire le code **09990** sauf pour les activités de laboratoire en anatomopathologie, inscrire **99000**;*
- *Inscrire les autres renseignements : modificateur et nombre d'actes;*
- *Inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S.;*
- *Ne rien inscrire dans les champs Tarif et Montant;*
- *Fournir une copie de la note clinique;*
- *Fournir une description détaillée du service médical fourni ou toute littérature scientifique pertinente;*
- *Facturer ces actes seuls sur la demande de paiement.*

- # **Remarque :** Dans tous les cas, veuillez joindre un document complémentaire (formulaire n° 1944) à 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 effet rétroactif. Sont alors payés les relevés d'honoraires qui ont été présentés dans les délais.

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

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

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

RÈGLE 4.**URGENCES**

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

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

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

4.2 Les honoraires majorés sont établis comme suit :

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

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

AVIS : *La règle 4.2 ne s'applique pas aux anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2.*

Voir la section 2.2.4 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE :

MOD=018

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

MOD=017

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

MOD=019

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

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

En vertu de l'Accord-cadre du 1^{er} octobre 1995, les dispositions relatives au déplacement sont regroupées à l'annexe 23 de l'Entente.

La présente section du *Manuel des médecins spécialistes - Services de laboratoire en établissement* comporte deux parties :

1. Le texte intégral de l'annexe 23;
2. Les instructions de facturation qui s'y rapportent.

AVIS : *Pour trouver des exemples, des précisions reliées au type de moyen de transport utilisé, etc., nous vous invitons à consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Frais de déplacement](#) de l'onglet Facturation.*

ANNEXE 23

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

ARTICLE 1.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Celui auquel un centre hospitalier fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

L'indemnité est de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

1.2 Les frais de séjour d'un consultant sont remboursés par le centre hospitalier.

1.3 S'ajoute une indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

- a) d'un médecin psychiatre qui est consultant dans un établissement mentionné en annexe;

AVIS : *Pour consulter la liste des établissements, voir sous l'onglet Frais de déplacement et de séjour dans le Manuel des médecins spécialistes (Régime d'assurance maladie).*

- b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

AVIS : *Dans le cas de prélèvement d'organes, utiliser le code d'acte **09993** pour facturer l'indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement.*

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

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin n^o 1200 pour facturer le temps de déplacement avec le code de forfait de l'une ou l'autre des deux lettres d'entente.*

AVIS : *Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce dans le cadre de la Lettre d'entente n^o 157 auprès d'un établissement visé par le mécanisme de remplacement et de support a également droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement **peu importe le territoire où est situé cet établissement.***

- d) d'un médecin spécialiste qui se déplace à Québec afin d'agir à titre de médecin-escorte lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

AVIS : Vous devez réclamer votre temps de déplacement dans la case HEURES DE DÉPLACEMENT sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215 utilisé pour vos frais de transport (kilométrage). Le temps de déplacement est remboursable uniquement avec la facturation des codes d'activités **078127** ou **078128**.

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

2.1 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné par le ministre, est remboursé comme suit :

- a. La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.

Il présente les pièces justificatives.

L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

- b. Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.

2.2 S'ajoute une indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de neuf heures par trajet unidirectionnel.

2.3 On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin spécialiste :

a) Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km/h}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies selon les outils de mesures déterminés par les parties négociantes.

AVIS : L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada

2.4 Celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un territoire désigné, est compensé pour un temps d'attente imprévu (exemples : une intempérie ou un retard de son envolée).

On lui accorde alors une indemnité de 89 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum neuf heures par jour (y compris le temps de déplacement).

1.2.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

1. **PROFESSIONNEL** : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie.
2. **CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : Indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération.
3. **DÉPLACEMENT** : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité, ainsi que son numéro. **Ces renseignements sont obligatoires.** Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.

Pour les anatomo-pathologistes soumis à l'*Addendum 2*, fournir le numéro de la demande de paiement (NCE) où sont réclamés les frais de déplacement. De plus, fournir le numéro de la demande de paiement où les actes en unités L4E sont réclamés dans la section *Renseignements complémentaires*.

5. **TEMPS DE DÉPLACEMENT** : le temps consacré au déplacement, si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente et le montant **calculé à 100 %**; reporter ce montant sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte **99920**.
6. **MOYEN DE TRANSPORT** : la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) **X** par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité. Reporter le montant associé au moyen de transport sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte **99910** pour les moyens de transport autres que la voiture personnelle (**99900** pour la voiture).
7. **MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des montants demandés.
8. **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement.
9. **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

PIÈCES JUSTIFICATIVES : les exigences relatives aux pièces justificatives telles que preuve de location de voiture et reçu d'essence afférent, reçu de taxi, etc. diffèrent selon le montant total des frais de déplacement à réclamer :

- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) atteint 500 \$ ou plus :**

Obligation de transmettre l'**original** (pas de photocopie)¹ de chacune des pièces justificatives permettant de supporter la réclamation **et** le formulaire n° 1988 dûment rempli **avec** le formulaire *Demande de paiement n° 1606* en **format papier** où sont réclamés les frais de déplacement.

- **Si le total des frais de déplacement (frais et temps) est inférieur à 500 \$:**

Conserver l'original (pas de photocopie)¹ de chacune des pièces justificatives **et** le formulaire n° 1988 dûment rempli pendant cinq ans, pour permettre de supporter la réclamation aux fins de vérification éventuelle de la Régie **avec** une reproduction du formulaire *Demande de paiement n° 1606*, où sont réclamés les frais de déplacement. Transmettre cette demande de paiement **sans** copie des pièces justificatives.

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

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

1) Exception sous certaines conditions pour le billet électronique des compagnies d'aviation. Vous trouverez ces conditions en consultant le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Frais de déplacement](#) de l'onglet *Facturation*.

2.3.4.1.4b Exemple n° 4 – Remplacement sans contrat

Régie de
l'assurance maladie
Québec

2.3.4.1.4b Exemple 4

PROFESSIONNEL
PRENOM
G

NOM
H

ÉTABLISSEMENT
NOM
CH. STV

NUMÉRO
06666

DÉPARTEMENT OU SERVICE
XYZ

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE
ANNÉE MOIS JOUR
DU 1 2 0 1 0 1 AU 1 2 0 1 0 7
NUMÉRO DU PROFESSIONNEL
1-56789-7
N° DU GROUPE
45678
CODE DE LA SPÉCIALITÉ
02

À L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$
1	99900		47	0,86	40 82
2	99920		1	89,00	89 00
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
CS			TOTAL	48	129 82

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INDICÉS CI-DESSUS
SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
1 2 0 1 0 8

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE OU LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE
LES RENDREMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
1 2 0 1 0 8

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

2.3.4.1.4c Exemple n° 4 – Remplacement sans contrat

Régie de
l'assurance maladie
Québec

0000

2.3.4.1.4.c Exemple 4

DEMANDE DE PAIEMENT
À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
RÉMUNÉRATION À L'ACTE

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE MOIS JOUR

DU 1 2 0 1 0 3

ANNÉE MOIS JOUR

AU 1 2 0 1 0 3

PROFESSIONNEL

PRÉNOM

G

NOM

H

NUMÉRO DU PROFESSIONNEL

1-56789-7

N° DU GROUPE

45678

CODE DE LA SPÉCIALITÉ

02

ÉTABLISSEMENT

NOM

CH. STV

NUMÉRO

06666

DÉPARTEMENT OU SERVICE

XYZ

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NUMÉRO D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A L'USAGE DE LA RÉGIE
1	11802	171	1			
2	11802		1			
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
CS			TOTAL	2		

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

LE CONTRÔLE ADOPTÉ DONNE LES RÉSULTATS INDICÉS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

1 2 0 1 0 3

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE OU LE REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

1 2 0 1 0 3

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

2.3.4.2 Déclaration des activités de laboratoire L4E

AVIS : *En aucun temps, les activités de laboratoire et les actes de montant forfaitaire ne doivent être facturés sur une même demande. Si tel est le cas, cette demande sera refusée à l'état de compte.*

Ne pas inscrire plus de 20 codes d'acte par demande de paiement.

Pour chaque acte, fournir les renseignements suivants :

- le code de l'acte (5 chiffres) correspondant à la nomenclature des actes de la section A – *Anatomo-pathologie*;
- le cas échéant, le modificateur (3 chiffres); la liste des modificateurs figure à l'*annexe I* de cet onglet;

Si plus d'un modificateur s'applique, utiliser la combinaison appropriée figurant sous le titre *Modificateurs multiples* de l'*annexe I*.

Afin d'identifier les actes effectués selon une **pratique en pédiatrie**, toujours utiliser le modificateur **171** et ses multiples.

Afin d'identifier les actes effectués selon une **pratique en neuropathologie**, toujours utiliser le modificateur **175** et ses multiples.

- le nombre de fois que le même code d'acte est facturé;
- le tarif doit toujours être égal à « 0 »;
- le montant doit toujours être égal à « 0 ».

TOTAL : À cet endroit, inscrire le total du nombre d'actes et « 0 » pour le total du montant.

2.3.4.2.1 Exemple n° 1 – Facturation de pratique en pédiatrie et régulier

Pour la même journée, le professionnel a effectué :

- une présentation d'un cas dans le cadre d'une clinique de tumeur pour un patient **de moins de 18 ans** et il a été désigné pour une pratique en pédiatrie.
- une présentation d'un cas dans le cadre d'une clinique de tumeur pour un patient **de 18 ans ou plus** même s'il a été désigné pour une pratique en pédiatrie. Puisque que le patient a plus de 18 ans, aucun modificateur ne doit être inscrit.

2.3.4.2.1 Exemple n° 1 – Facturation de pratique en pédiatrie et régulier

Régie de l'assurance maladie Québec

2.3.4.2.1 Exemple 1

0000

DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE MOIS JOUR

DU 1 2 0 1 0 1 AU 1 2 0 1 0 1

NUMÉRO DU PROFESSIONNEL

1-56789-7

N° DU GROUPE

45678

CODE DE LA SPÉCIALITÉ

02

PROFESSIONNEL

NOM

G H

ÉTABLISSEMENT

NOM

CH. STV

NUMÉRO

06666

DÉPARTEMENT OU SERVICE

XYZ

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$
1	11802	171	1		
2	11802		1		
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
TOTAL			2		

CR

SIGNATURE DU MÉDECIN

1 2 0 1 0 2

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

1 2 0 1 0 2

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

MAJ 60 / avril 2012 / 99

35

2.3.4.2.2 Exemple n° 2 – Facturation de L4E pour une pratique autre qu'en pédiatrie ou en neuropathologie

Pour la même journée, le professionnel a effectué :

- une autopsie à la demande du coroner (code d'acte **11701**).
- une corrélation clinico-pathologique selon le code d'acte **11801** d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (modificateur **077** ayant une majoration de 1,5).

2.3.4.2.2 Exemple n° 2 – Facturation de L4E pour une pratique autre qu'en pédiatrie ou en neuropathologie

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE

0000

2.3.4.2.2 Exemple 2

PROFESSIONNEL

0000

2.3.4.2.2 Exemple 2

ANNEE MOIS JOUR DU 1 2 0 1 0 1 AU 1 2 0 1 0 1

NUMERO DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE CODE DE LA SPECIALITE

1-89012-7 78901 02

ÉTABLISSEMENT

CH. HJ

NUMERO 03333

DEPARTEMENT OU SERVICE XYZ

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMERO DE SEQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI. CATEUR	NUMERO D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A L'USAGE DE LA RÉGIE
1	11701		1			
2	11801	077	1			
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
TOTAL			2			

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE

ANNEE MOIS JOUR

1 2 0 1 0 2

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE OUI RONGE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES INDICATEURS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE

ANNEE MOIS JOUR

1 2 0 1 0 2

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

2.3.4.2.3 Exemple n° 3 – Facturation des activités de laboratoire L4E avec le nombre de cas

Le professionnel a effectué le code d'acte **11141** 100 fois pour un total de 5 cas différents :

- inscrire le code d'acte **11141** et le nombre 100 dans la case *NOMBRE D'ACTES*;
- inscrire le code d'acte **13000** et le nombre 5 dans la case *NOMBRE D'ACTES* à la ligne sous le code d'acte **11141**, pour une moyenne de 20 blocs par cas.

Le professionnel a effectué le code d'acte **11143** 90 fois pour un total de 9 cas différents :

- inscrire le code d'acte **11143** et le nombre 90 dans la case *NOMBRE D'ACTES*;
- inscrire le code d'acte **13000** et le nombre 9 dans la case *NOMBRE D'ACTES* à la ligne sous le code d'acte **11143**, pour une moyenne de 10 blocs par cas.

2.3.4.2.3 Exemple n° 3 – Facturation des activités de laboratoire L4E
avec le nombre de cas

Régie de l'assurance maladie Québec		DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR DU 1 2 0 7 1 5 AU 1 2 0 7 2 1					
0000		2.3.4.2.3 Exemple n° 3		NUMÉRO DU PROFESSIONNEL 1-23456-7		N° DU GROUPE 12345		CODE DE LA SPÉCIALITÉ 02	
PROFESSIONNEL PRÉNOM F		NOM G		ÉTABLISSEMENT NOM CH. ABC		NUMÉRO 09999		DÉPARTEMENT OU SERVICE XYZ	
								À L'USAGE DE LA RÉGIE	
NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFICATEUR	NUMÉRO D'ACTES	TARIF	MONTANT \$				
1	11141		100						
2	13000		5						
3	11143		90						
4	13000		9						
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
		TOTAL		204					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL JE CERTIFIE AVOIR DONNÉ LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 2 0 7 2 2 SIGNATURE DU MÉDECIN		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES INDICATEURS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS DATE ANNÉE MOIS JOUR 1 2 0 7 2 2 SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT							

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606 292 0404

2.3.4.2.4 Exemple n° 4 – Facturation des activités L4E impliquant un groupe de fragments, de lésions, de cylindres ou de blocs

Le professionnel a effectué le code d'acte **11311** lié à 20 fragments correspondant à 4 groupes de 5 fragments pour un total de 2 cas :

- inscrire le code d'acte **11311** et le nombre 4 dans la case *NOMBRE D'ACTES*;
- déterminer le nombre de groupes pour identifier le nombre d'actes;
- inscrire le code d'acte **13000** et le nombre 2 dans la case *NOMBRE D'ACTES* à la ligne sous le code d'acte **11311**, pour une moyenne de 10 fragments par cas.

2.3.4.2.4 Exemple n° 4 – Facturation des activités L4E impliquant un groupe de fragments, de lésions, de cylindres ou de blocs

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT À L'ASSURANCE HOSPITALISATION RÉMUNÉRATION À L'ACTE

0000

2.3.4.2.4 Exemple n° 4

GETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE MOIS JOUR

DU 1 2 | 0 4 | 0 1

ANNÉE MOIS JOUR

AU 1 2 | 0 4 | 0 7

PROFESSIONNEL

FRENCH

H

NOM

I

NUMÉRO DU PROFESSIONNEL

1-23456-7

N° DU GROUPE

12345

CODE DE LA SPÉCIALITÉ

02

ÉTABLISSEMENT

NOM

CH. ABC

NUMÉRO

09999

DÉPARTEMENT OU SERVICE

XYZ

A L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NUMÉRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$	A L'USAGE DE LA RÉGIE
1	11311		4			
2	13000		2			
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

CS

TOTAL

6

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

LA DATE, MOIS, ANNÉE, LES SERVICES INCITÉS CI-DESSUS

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

1 2 | 0 6 | 2 0

SIGNATURE DU MÉDECIN

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

1 2 | 0 6 | 2 0

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1606_292_04-04

MAJ 60 / avril 2012 / 99

41

**# 2.3.4.2.5 Exemple n° 5 – Facturation de la tarification nouvelle
(actes non négociés)**

Le professionnel inscrit le code **99000** pour les activités de laboratoire :

- inscrire les autres renseignements : modificateur, nombre d'actes;
- le nombre d'actes doit toujours être égal à « 1 »;
- inscrire la lettre « N » dans la case *C.S.*;
- ne rien inscrire dans les cases *TARIF* et *MONTANT*;
- fournir une copie de la note clinique;
- fournir une description détaillée du service médical fourni ou toute littérature scientifique pertinente;
- ce code doit être facturé seul.

2.3.4.2.5 Exemple n° 5 – Facturation de la tarification nouvelle (actes non négociés)

Régie de l'assurance maladie Québec

0000

2.3.4.2.5 Exemple n° 5

DEMANDE DE PAIEMENT
À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
RÉMUNÉRATION À L'ACTE

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE
ANNÉE MOIS JOUR
DU 1 2 0 7 1 5 AU 1 2 0 7 2 1
NOMBRE DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE CODE DE LA SPÉCIALITÉ
1-23456-7 12345 02

PROFESSIONNEL
PRÉNOM NOM
E F

ÉTABLISSEMENT
NOM NUMÉRO DÉPARTEMENT OU SERVICE
CH. ABC 09999 XYZ

À L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI- CATEUR	NUMÉRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$
1	99000		1		
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
CS N			TOTAL	1	

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL
LE MÉDECIN AVOIR DONNÉ LES SERVICES INDICÉS CI-DESSUS
DATE
ANNÉE MOIS JOUR
1 2 0 7 2 2
SIGNATURE DU MÉDECIN

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE DU SÉNEAU AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE
LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.
DATE
ANNÉE MOIS JOUR
1 2 0 7 2 2
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

MAJ 60 / avril 2012 / 99

43

2.4 EXPÉDITION

Avant d'expédier des 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 dans les enveloppes préadressées, spécialement fournies à cette fin, **les copies** de demandes de paiement et autres documents pertinents (sommaire, document complémentaire) **destinés à la Régie**.

L'envoi de courrier dans des enveloppes non pertinentes peut occasionner des délais de paiement. L'expédition de ces documents doit se faire après chaque période de facturation en n'excédant pas 28 jours.

Affranchir suffisamment et ne pas oublier d'inscrire les nom et adresse dans le coin supérieur gauche.

Tous les envois doivent être adressés à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4

2.5 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE (formulaire n° 1944)

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de l'assurance maladie Québec			
NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

⑧

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

1944 292 05/01

- 1- NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : initiale et nom de famille du médecin qui a dispensé les services;
- 2- NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : numéro d'inscription du médecin à la Régie (7 chiffres);
- 3- NUMÉRO DU GROUPE : numéro du groupe assigné par la Régie;
- 4- NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT : numéro figurant dans le coin supérieur droit de la demande de paiement correspondante. Si le document complémentaire est relatif à plusieurs demandes de paiement, inscrire chaque numéro et joindre une copie de chaque demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamaisagrafer);
- 5- NOM DU BÉNÉFICIAIRE : ne rien inscrire;
- 6- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : ne rien inscrire;
- 7- DATE DU SERVICE : inscrire le premier et le dernier jour de la période correspondante de dispensation des services;
- 8- DANS CETTE PARTIE DU FORMULAIRE: indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Ce document **doit être signé** par le médecin lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Remarque : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme une demande de paiement ou de révision, mais uniquement comme complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint.

URGENCES : (Règle 4 du *préambule général de la médecine de laboratoire*, sous l'onglet *Entente*).

Dans les cas d'urgence, utiliser le formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale n° 1944* pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de l'examen, ainsi que le motif de l'urgence (pour une autopsie, indiquer l'heure de début de l'autopsie).

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.

2.6 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections.

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 202 0899

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

1 PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU DU SÉQUENTIEL DE LA CARTE

ANNÉE MOIS JOUR PH CODE ACTES

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

2 INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

3 PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

ANNÉE MOIS JOUR VISITES

4 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

5 CODE ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

6 ACTES

7 C.S. DISTANCE

8 VISITES

9 TOTAL

10 JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS. SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

1. Identité de la personne assurée.
2. Médecin ayant dispensé les services assurés.
3. Professionnel ayant requis des services d'un médecin.
4. Diagnostic et renseignements complémentaires.
5. Code de l'établissement ou de la localité où les services assurés sont dispensés.
6. Actes (et les visites facturées avec un modificateur).
7. C.S., distance, date de l'événement, de l'accident.
8. Visites : (consultations et examens).
9. Total des honoraires demandés.
10. Signature du médecin ayant dispensé les services assurés ou de son mandataire.

Remarque : La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il doit figurer dans toute correspondance relative à cette dernière.

2.7 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

Pour remplir la *Demande de paiement - Médecin n° 1200*, voir sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* du *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*.

ANNEXE I

LISTE DES MODIFICATEURS

RÈGLE D'APPLICATION N° 19

Lorsqu'une échographie cardiaque est demandée le même jour qu'une consultation en clinique externe. **MOD=072**

Lorsque le code d'acte **00176** est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service
ou
lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte **08303** ou **08311** est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services. **MOD=041**

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer, pour une tumeur intra-crânienne ou pour une transplantation d'organe. **MOD=003**

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer. **MOD=003**

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer. **MOD=178**

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins d'urgence rendus le soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration de 70 %). **MOD=018**

Pour les soins d'urgence rendus la nuit, de minuit à 7 h (majoration de 150 %) **MOD=017**

Pour les soins d'urgence rendus le week-end, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à minuit (majoration de 70 %) **MOD=019**

Remarque : Ne s'appliquent pas aux anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2.

ANATOMO-PATHOLOGIE**ADDENDUM 2**

Cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (150 %) **MOD=077**

ADDENDUM 2

Cas révisé avec rapport succinct au dossier pour participation à une clinique des tumeurs (100 %) **MOD=128**

ADDENDUM 2

Cas sur requête d'un médecin d'une autre spécialité du même établissement avec production d'un rapport écrit, en raison de sa complexité ou de sa gravité (100 %) **MOD=129**

ADDENDUM 2

Consultation demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement, en raison de la complexité du (des) spécimen(s) à étudier pour établir un diagnostic (150 %) **MOD=151**

ADDENDUM 2

Consultations effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (150 %) **MOD=152**

ADDENDUM 2

Consultations peropératoires effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (150 %) **MOD=153**

ADDENDUM 2

Service effectué auprès d'un patient de moins de 18 ans (pratique en pédiatrie) (100 %) **MOD=171**

ADDENDUM 2

Service effectué en pratique de la neuropathologie (100 %) **MOD=175**

MÉDECINE NUCLÉAIRE**RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 7**

Lorsque les examens sont pratiqués chez un enfant de 8 ans ou moins, le taux est majoré de 25 % **MOD=078**

RÈGLE 1.5 DE L'ADDENDUM 7

Lorsque le médecin nucléiste est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, le taux est établi au 2/3 du tarif . **MOD=079**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4**

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la radiologie générale, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD = 105**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la mammographie, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD = 106**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la fluoroscopie, les services médicaux sont majorés de 60 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7). **MOD = 107**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative **MOD=074**

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Présence d'informations dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée. **MOD=009**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en cabinet privé. **MOD=008**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en établissement (aucune modification du taux) **MOD=021**

RÈGLE 22 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie **MOD=043**

ANGIORADIOLOGIE (technique)

Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 10 ans.

MOD=066

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax.

MOD=071

ULTRASONOGRAPHIE

RÈGLE 3 DE L'ADDENDUM 8 - ANNEXE 5 ET TARIF

Présence d'information dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée.

MOD=009

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8- ANNEXE 5

Sauf pour les patients hospitalisés ou pour les patients en provenance de l'urgence, 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

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8 – ANNEXE 5

L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à plein tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure lorsque le patient provient de l'urgence.

MOD=198

Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

MOD=144

RÈGLE 10 DE L'ADDENDUM 8 – ANNEXE 5

Majoration d'honoraires pour certains examens lorsque effectués par le médecin radiologiste au chevet du patient hospitalisé, à la salle d'urgence ou en clinique externe.

MOD=055

ANNEXE 15

Rémunération à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités.

MOD=042

Remarque : Ne s'applique pas aux anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2.

ANNEXE 38

Pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. **MOD=118**

Pour les services dispensés entre 17 h et 7 h, du lundi au vendredi; également le week-end et les jours fériés **MOD=119**

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 h et minuit, du lundi au vendredi **MOD=109**

Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 h, tous les jours. **MOD=110**

Pour les soins d'urgence rendus entre 7 h et minuit, le week-end et les jours fériés **MOD=111**

Majoration d'honoraire de consultation per-opérateur lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 40 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire **MOD=097**

Majoration d'honoraire de consultation codés **10042** et **10050** lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 25 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire **MOD=101**

Service rendu en radiologie dans certains établissements, à un patient de moins de 16 ans, entre 7 h et 17 h en semaine, à l'exception d'un jour férié **MOD=124**

En hématologie, services SLE rendus le week-end et les jours fériés et entre 17 h et 7 h en semaine **MOD=146**

AUTRES SITUATIONS

Sites anatomiques différents. **MOD=093**

Séances différentes **MOD=094**

Sites anatomiques différents et séances différentes **MOD=095**

Remarque : Le modificateur **093**, **094** ou **095** s'inscrit seulement sur la ligne d'un des deux codes d'acte reliés.

Si plus d'un modificateur s'appliquent pour le même acte, sauf si l'un des modificateurs multiples s'applique (voir page suivante). **MOD=099**
(inscrire les modificateurs visés dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**)

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019-094);
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : **085**) sur la ligne de service;
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 1,7000);
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*;
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Pour tous les services de laboratoire en établissement facturés en urgence, vous devez utiliser les modificateurs de la règle 4 du *préambule général - Services de laboratoire en établissement*, peu importe votre spécialité, sauf pour les professionnels en rémunération mixte.

Ces derniers doivent toujours utiliser les modificateurs inscrits à la Règle 4.2 de la *Brochure n° 5* pour la facturation des services prévus dans les tableaux de suppléments d'honoraires et qui sont rendus en urgence.

	Combinaison de modificateurs	Mod. multiple	Constante (facteur de multiplication)
#	008 - 094	455	8,80 \$
	009 - 017	700	2,5000
	009 - 018	701	1,7000
	009 - 019	702	1,7000
	009 - 109	703	1,7000
	009 - 110	704	2,5000
	009 - 111	705	1,7000
	009 - 051	038	0,5000
	009 - 055	820	1,5000
	009 - 093	080	1,0000
	009 - 094	081	1,0000
	009 - 144	631	1,5000
	017 - 051	576	1,2500
	017 - 051 - 144	332	1,8750
	017 - 055	824	3,7500
	017 - 078	706	3,1250
	017 - 093	617	2,5000
	017 - 094	089	2,5000
	017 - 144	610	3,7500
	017 - 178	640	2,5000

	Combinaison de modificateurs	Mod. multiple	Constante (facteur de multiplication)
	017 - 198	600	2,5000
	018 - 051	599	0,8500
	018 - 051 - 144	333	1,2750
	018 - 055	825	2,5500
	018 - 078	707	2,1250
	018 - 093	618	1,7000
	018 - 094	083	1,7000
	018 - 144	611	2,5500
	018 - 178	641	1,7000
	018 - 198	601	1,7000
	019 - 051	208	0,8500
	019 - 051 - 144	334	1,2750
	019 - 055	821	2,5500
	019 - 078	708	2,1250
	019 - 093	619	1,7000
	019 - 094	085	1,7000
	019 - 144	612	2,5500
	019 - 178	642	1,7000
	019 - 198	602	1,7000
#	021 - 094	456	0,00 \$
	021 - 118	263	à calculer
	021 - 119	264	1,0000
	021 - 124	265	à calculer
	042 - 094	206	0,2000
#	043 - 094	457	0,2500
	051 - 055	822	0,7500
	051 - 109	623	0,8500
	051 - 109 - 144	329	1,2750
	051 - 110	624	1,2500
	051 - 110 - 144	330	1,8750
	051 - 111	625	0,8500
	051 - 144	616	0,7500

	Combinaison de modificateurs	Mod. multiple	Constante (facteur de multiplication)
	051 - 111 - 144	331	1,2750
	055 - 144	823	2,2500
	074 - 109	259	1,7000
	074 - 110	260	2,5000
	074 - 111	261	1,7000
	074 - 118	257	à calculer
	074 - 119	258	1,0000
	074 - 124	262	à calculer
	078 - 094	603	1,2500
	093 - 094	095	1,0000
	093 - 109	620	1,7000
	093 - 110	621	2,5000
	093 - 111	622	1,7000
	093 - 144	629	1,5000
	093 - 178	638	1,0000
	094 - 109	242	1,7000
	094 - 110	243	2,5000
	094 - 111	244	1,7000
	094 - 144	630	1,5000
	094 - 178	639	1,0000
	109 - 144	613	2,5500
	109 - 178	643	1,7000
	110 - 144	614	3,7500
	110 - 178	644	2,5000
	111 - 144	615	2,5500
	111 - 178	645	1,7000
#	144 - 198	632	1,5000
	171 - 077	460	1,5000
	171 - 128	461	1,0000
	171 - 129	462	1,0000
	171 - 151	484	1,5000
	171 - 152	485	1,5000

ANNEXE II

LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION

A :

Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.

B :

Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C :

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an;
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- ou âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.

D :

Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

J :

Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont en lien avec les services :

- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
- liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
- nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.

K :

Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

N :

Demande d'honoraire additionnel (voir la règle 5 du *préambule général*).

Demande d'un service médical non négocié (voir la règle 2 du *préambule général*).

S :

Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST.

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire.

Inscrire la lettre « A » ainsi que les autres lettres dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

5.6.3 CALENDRIER DE FACTURATION MONÉTAIRE POUR LES ANATOMO-PATHOLOGISTES SOUMIS À L'ADDENDUM 2

Pour l'année civile 2012

<i>Date début (dimanche)</i>	<i>Date fin (samedi)</i>		<i>Date début (dimanche)</i>	<i>Date fin (samedi)</i>
2012-01-01	2012-01-07		2012-07-01	2012-07-07
2012-01-08	2012-01-14		2012-07-08	2012-07-14
2012-01-15	2012-01-21		2012-07-15	2012-07-21
2012-01-22	2012-01-28		2012-07-22	2012-07-28
2012-01-29	2012-02-04		2012-07-29	2012-08-04
2012-02-05	2012-02-11		2012-08-05	2012-08-11
2012-02-12	2012-02-18		2012-08-12	2012-08-18
2012-02-19	2012-02-25		2012-08-19	2012-08-25
2012-02-26	2012-03-03		2012-08-26	2012-09-01
2012-03-04	2012-03-10		2012-09-02	2012-09-08
2012-03-11	2012-03-17		2012-09-09	2012-09-15
2012-03-18	2012-03-24		2012-09-16	2012-09-22
2012-03-25	2012-03-31		2012-09-23	2012-09-29
2012-04-01	2012-04-07		2012-09-30	2012-10-06
2012-04-08	2012-04-14		2012-10-07	2012-10-13
2012-04-15	2012-04-21		2012-10-14	2012-10-20
2012-04-22	2012-04-28		2012-10-21	2012-10-27
2012-04-29	2012-05-05		2012-10-28	2012-11-03
2012-05-06	2012-05-12		2012-11-04	2012-11-10
2012-05-13	2012-05-19		2012-11-11	2012-11-17
2012-05-20	2012-05-26		2012-11-18	2012-11-24
2012-05-27	2012-06-02		2012-11-25	2012-12-01
2012-06-03	2012-06-09		2012-12-02	2012-12-08
2012-06-10	2012-06-16		2012-12-09	2012-12-15
2012-06-17	2012-06-23		2012-12-16	2012-12-22
2012-06-24	2012-06-30		2012-12-23	2012-12-29
			2012-12-30	2013-01-05

MESSAGES EXPLICATIFS**5.6.4 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS**

- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 163** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 24.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- # 205** Votre privilège de pratique pour les services de laboratoire en établissement (*Demande de paiement n° 1606*) n'est pas en vigueur pour toute la période de facturation.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif (groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 214** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro de groupe qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions (réf. : *Lettre d'entente n° 49*). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés par la *Lettre d'entente n° 49*. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également dans la spécialité permise pour cet acte (réf. : *Addendum 8 – Ultrasonographie et Protocole II, règles 8 ou 9 ou notes au tarif, annexe 5, Tarif de la médecine de laboratoire*).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du *per diem* selon les conditions établies aux articles 1.2 et 1.3 de l'*annexe 15* et aux *lettres d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n° 1)*, peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur **042**) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'*annexe 24* dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.

- 224** La rémunération relative à votre participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire ne peut être versée que sur une base forfaitaire (voir la *Lettre d'entente n° 110, Brochure n° 1*).
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- # **245** Demande de paiement non acheminée au paiement ou à l'état de situation.
- 246** Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (sept chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
- 247** Le code de spécialité est absent, illisible, incomplet (deux chiffres), erroné ou inexistant sur la demande de paiement.
- 248** Ce code d'acte est permis seulement si votre spécialité est indiquée comme principale dans votre dossier.
- 250** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié sur la demande de paiement.
- Voir la section 3 : ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* du *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*.
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers.
- Voir la section 3 : Médecin ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* du *Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie*.
- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible, à la date de l'acte.
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*.
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie* et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

- 280** Le modificateur utilisé pour cet établissement ne s'applique pas.
- 281** Le modificateur utilisé est réservé au programme de compensation adopté pour l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et le Pavillon Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska (*Lettre d'entente n° 151 - Brochure n° 1*).
- 282** Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 313** Le délai de facturation, de refacturation ou de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 314** L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou;
 - date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.
- 322** Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.
- 323** Les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent vous être payés car la période de facturation chevauche la période de désignation dans cet établissement (voir l'*annexe 38 - Brochure n° 5*).
- 324** À la date de facturation pour cet établissement, nous n'avons pas reçu l'avis d'autorisation de paiement des parties négociantes (voir l'*annexe 38 - Brochure n° 5*).
- 328** La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération. Les honoraires sont payés selon le taux applicable à la date de début de la période de facturation. Veuillez vérifier et présenter une demande de révision en séparant la période en deux demandes de paiement distinctes, s'il y a lieu.
- 329** Votre période de facturation couvre deux périodes d'assignation distinctes pour lesquelles la charge professionnelle est différente. Veuillez utiliser deux demandes de paiement pour votre facturation.
- 330** La période de facturation chevauche un changement du taux de rémunération. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 331** La période de facturation chevauche un changement d'entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 332** La durée de la période de facturation est différente de 7 jours.
- 333** La date de début de la période de facturation n'est pas un dimanche et/ou la date de fin de période de facturation n'est pas un samedi.
- # 334** La période de facturation chevauche un changement d'année civile. Veuillez refacturer en séparant les deux années civiles.
- 339** En raison de la règle d'application n° 6, ces services ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence.

- 340** La période de facturation inscrite sur la demande de paiement est absente ou non acceptable.
- 341** La période de facturation ne doit pas excéder quatre semaines. Voir la section 2.2.1 sous l'onglet *Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement*.
- 342** La période de facturation ne doit pas excéder 28 jours.
- 343** La période de facturation chevauche deux années. Refacturer selon les indications fournies à l'avis administratif figurant à la suite du calendrier des périodes de facturation, à la fin de l'onglet *Rémunération à l'unité - Sommaire des examens effectués*.
- 344** Le maximum admissible ne peut être calculé lorsque la période de facturation chevauche deux années. Refacturer en séparant les périodes de facturation pour l'année en cours et pour l'année précédente.
- 345** La période de facturation chevauche un nouvel amendement ou une nouvelle entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation avant et après la date de l'amendement ou de l'entente.
- 346** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 347** Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (ref. : règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 348** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 15.2 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique, Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 351** Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez.
- 352** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en hématologie dans l'établissement, à la date où les services ont été rendus.
- 353** Les données inscrites sur la ligne ou sur la demande de paiement ne sont pas conformes au guide de facturation.
- 359** Le nombre d'actes a été rectifié, car il doit toujours correspondre à « 1 ».
- 360** Le code d'acte est absent, illisible, incomplet (cinq chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 362** L'acte effectué doit être réclamé par l'entremise du code indiqué en référence.
- 364** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la période de facturation.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur ou la demande de paiement a été rédigée sur un formulaire inadéquat.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des soins.
- 367** Vous ne pouvez réclamer ce code d'acte dans le cadre de cette discipline.
- 368** Cet acte n'est payable que sous les codes d'acte existant en assurance maladie (entente FMSQ).

- 370 Ce code d'acte n'est payable qu'au médecin pathologiste désigné dans un établissement par les parties négociantes.
- 371 Ce code d'acte n'est pas autorisé lorsque vous recevez des allocations de fin de carrière.
- 372 Ce code d'acte de montant forfaitaire n'est pas permis, car vous n'avez pas de charge de chef de département ou de médecin responsable ou n'assumez pas la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.
- 373 Les codes d'acte de montant forfaitaire sont payables seulement lorsque vous avez une charge professionnelle selon votre entente.
- 374 Le montant forfaitaire doit être facturé dans l'établissement où vous détenez une charge professionnelle.
- 375 Plus d'un code d'acte de montant forfaitaire a été réclamé pour cette période de facturation dans cet établissement. Veuillez refacturer un seul code d'acte pour cet établissement.
- 376 Lorsque vous réclamez un code d'acte de ressourcement ou de vacances, celui-ci doit être facturé à chaque établissement où une charge professionnelle vous est attribuée. Veuillez refacturer en utilisant le code d'acte de montant forfaitaire approprié selon l'activité effectuée durant cette période.
- 377 Le même code d'acte de montant forfaitaire a été réclamé plus d'une fois pour la période de facturation dans cet établissement.
- 378 Conformément aux dispositions relatives à la rémunération progressive.
- 380 Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 392 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 16.
- 393 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395 Les services ont été fournis avant l'entrée en vigueur de l'entente ou de l'amendement pertinent.
- # 396 Conformément au tarif ou à la valeur prévue par modification pour cet acte récemment négocié.
- 399 Le service pour lequel vous demandez paiement est non tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour ce service conformément aux directives figurant dans votre manuel à la section 2.2.4 sous l'onglet *Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement*.
- 401 L'acte pour lequel vous demandez paiement est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 404 Un des modificateurs demandé n'est pas permis dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier et doit être facturé sur le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200*.
- 405 Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier et doit être facturé sur le formulaire *Demande de paiement à l'acte - Médecin n° 1200*.
- 406 Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.

- 410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- 411** Le temps d'attente pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 412** La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère personnel ou nolisé.
- 415** Les services pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe (NCE) en référence.
- 417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature originale.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 426** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié au transport est dépassé.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 435** Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement en fonction de la distance unidirectionnelle, est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description) l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 441** Le nombre d'heures de déplacement est absent ou illisible.
- 442** La réclamation des frais de kilométrage n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (**99920**) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 444** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.

- 448** Conformément au maximum quotidien ou au maximum annuel des quotes-parts prévus à l'*Addendum 3* de la biochimie médicale ou à l'*Addendum 5* de la microbiologie-infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour cette quote-part dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 474** Les frais de déplacement sont acceptés. La Régie en vérifiera la conformité lorsque vous serez autorisé à acheminer la facturation de vos activités de laboratoire L4E.
- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 479** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- 487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire n° 1988, vous devez utiliser le code d'acte **99900**.
- 491** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- # **504** Les activités de laboratoire ne sont pas permises lorsque le code d'acte **14011** n'a pas été facturé pendant la période de facturation.
- # **505** Les activités de laboratoire ne sont pas permises lorsque les codes d'acte **14031** ou **14041** sont facturés pour la même période de facturation.
- # **506** Le code d'acte **13000** ne doit pas être facturé seul et doit toujours être précédé d'un code d'activité de laboratoire L4E.
- # **507** Le code d'acte de montant forfaitaire doit être facturé seul.
- # **530** Le maximum de semaines de vacances ou de ressourcement facturé est dépassé.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 567** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé à demi-tarif.
- # **568** Le modificateur prévu pour ce code d'acte est absent.
- # **569** Ce modificateur n'est pas permis selon votre type de pratique.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte ne s'applique pas.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte facturé a été accompli (règle 4 du *préambule général* du *Manuel des médecins spécialistes - Services de laboratoire en établissement*).
- 575** Selon les renseignements fournis, les honoraires ont été modifiés à la suite de l'application de plus d'un modificateur.

- 576** Seuls les médecins autorisés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement (voir l'*annexe 38 - Brochure n° 5*).
- 577** Conformément à la règle 14 du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes* ou de la règle 4.1 du préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- 580** Conformément à la *Lettre d'entente n° 109 - Brochure n° 1*, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 581** Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à l'*annexe 38 - Brochure n° 5*.
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 584** Le modificateur **008** (révision d'un document radiologique) s'applique en cabinet privé seulement.
- 590** Honoraires équivalant aux unités professionnelles excédentaires accumulées à votre crédit au cours de l'année ou au cours de la période de facturation (demande de paiement initiée par la Régie).
- 591** Seul le modificateur le plus élevé a été payé (ref. : article 3 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire*).
- 592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé est absent, illisible ou erroné sur la demande de paiement.
- 593** Aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire (ref. : article 3 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire*).
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis relatif à l'acte facturé.
- 600** Conformément au maximum d'unités professionnelles fixé à l'entente. Le code des unités effectuées est versé à votre crédit.
- 601** Les unités facturées sur votre demande de paiement sont accumulées à votre crédit. Conformément à l'entente, les unités permises pour cette période ont été payées sur une demande de paiement antérieure.
- 602** La Régie a déjà procédé à trois paiements sans que vous lui ayez soumis une demande à cette fin. Aucun nouvel honoraire ne vous sera versé tant que vous ne lui aurez pas présenté la demande de paiement requise.
- Veuillez aviser si vous avez quitté le centre hospitalier concerné.
- 605** Les unités excédentaires sont payées pour la période.
- 606** La Régie a procédé à un deuxième versement consécutif sans que vous lui ayez soumis une demande de paiement à cette fin. Vous devez facturer les deux périodes payées. Si un troisième versement était effectué, celui-ci serait le dernier sans qu'il y ait eu facturation.
- 607** La Régie vous a versé des honoraires sans que vous lui ayez soumis une demande de paiement à cette fin. Vous devez facturer la période payée.
- 609** Les honoraires demandés ont été rectifiés, car ceux-ci ne correspondent pas à la charge attribuée à cet établissement.

- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Faute de renseignements requis, les honoraires demandés à la ligne indiquée par le numéro de séquence ne peuvent être appréciés.
- 613** En fonction des renseignements fournis, les honoraires ont été ajustés compte tenu que le forfait de l'urgence est un honoraire global (ref. : règle 4.3 du *préambule général*).
- 615** Le montant des honoraires est absent ou illisible sur la demande de paiement.
- 616** Vous n'avez droit qu'au quart des honoraires prévus pour les examens dont le plafond d'activités est dépassé (ref. : *Plafonnement PA 7 - Médecine nucléaire*).
- 617** Vous ne pouvez recevoir paiement, étant lié à cet établissement par un contrat particulier (ref. : article 2 de l'*Addendum 6 - Hématologie*).
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est dépassé (ref. : *Lettre d'entente n° 9 - Brochure n° 1*).
- 620** Vous avez droit au quart des honoraires prévus pour les examens de laboratoire effectués dans une discipline autre que celle de votre classement (ref. : règle 1 du *préambule général - Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 623** Le forfait de la biochimie vous est payé en fonction de la durée de la période de facturation.
- 624** Honoraires modifiés en fonction de la modulation de disponibilité relative (ref. : article 2.4 de l'*Addendum 5 - Microbiologie*).
- # **625** Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération conformément aux dispositions prévues dans l'entente et à celles relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.
- 626** Seuls les examens pour lesquels vous justifiez d'une formation de pointe peuvent vous être payés (ref. : règle 1.3 du *préambule général - Tarif de médecine en laboratoire*).
- 627** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est atteint (ref. : *Lettre d'entente n° 14 - Brochure n° 1*).(épreuves *in-vivo*, médecine nucléaire).
- 630** L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois ou en fonction du maximum permis (ref. : règle 3.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 631** En fonction du maximum permis et déjà payé à un autre professionnel (ref. : règle 3.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 636** Vous n'avez droit qu'aux trois quarts des honoraires prévus pour la pratique de médecine en laboratoire (ref. : *Lettre d'entente n° 45 - Brochure n° 1*).
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (ref. : article 3.1 de l'*Addendum 6 - Hématologie*).

- ii) La charge professionnelle attribuée à l'ensemble des médecins du département ou service d'un centre hospitalier ne peut excéder, au total, le nombre d'ETC correspondant au volume d'activités total du département ou du service au cours de la dernière année, auquel s'ajoute la charge attribuable au chef de service ou de département et, le cas échéant, celle relative à la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.

Toutefois, sur demande du chef de département et après autorisation des parties négociantes, la charge globale du département peut être ajustée selon la croissance de volume d'activités anticipée au cours de l'année à venir;

- iii) La charge professionnelle totale attribuée à un médecin ne peut excéder le nombre d'ETC suivant, selon l'année civile concernée :

2012 :	1,5
2013 :	1,4
2014 :	1,3
2015 et suivantes :	1,2

Toutefois, la charge professionnelle attribuée à un médecin ayant une pratique en pédiatrie ne peut, pour la partie de sa pratique pédiatrique, dépasser 1,0 ETC.

La charge professionnelle attribuée à un médecin ayant une pratique en neuropathologie ne peut, pour l'ensemble de sa pratique, dépasser 1,0 ETC.

- 2.13** Au plus tard soixante 60 jours avant le début de l'année civile, chaque médecin anatomo-pathologiste fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année à venir.

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.

Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait et transmis à la Régie dans les plus brefs délais.

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

- 2.14** Le médecin qui interrompt sa pratique en cours d'année en informe la Régie dans les dix jours.

- 2.15** Les parties négociantes peuvent vérifier les avis d'assignation transmis par les médecins anatomo-pathologistes et, le cas échéant, apporter les modifications qu'elles déterminent, lorsque nécessaire pour assurer l'application des modalités prévues au présent addendum.

ARTICLE 3.**Modalités de paiement**

- 3.1** Sous réserve des conditions prévues ci-après, une pleine charge professionnelle annuelle de 1 ETC donne au médecin anatomo-pathologiste le droit de recevoir le paiement d'un montant forfaitaire annuel de 300 000 \$. Pour une charge professionnelle partielle ou supérieure exprimée en tranches ou multiples de 0,05 ETC, le montant forfaitaire est ajusté au prorata.
- 3.2** Le montant forfaitaire auquel un médecin a droit, selon la charge professionnelle qui a été déterminée à son égard, est réparti sur l'année civile, par semaine. Le paiement est effectué toutes les deux semaines par la Régie.
- + 3.3** Le médecin anatomo-pathologiste doit, au cours de chaque semaine où il effectue des activités de laboratoire en anatomo-pathologie, compléter le formulaire prescrit par la Régie et identifier chacun des examens effectués et leur valeur en unités L4E. Les activités de laboratoire en anatomo-pathologie doivent être déclarées au cours de la semaine correspondant à la date de signature du rapport de pathologie.

Afin de permettre la traçabilité des activités de laboratoire accomplies au cours d'une semaine et indiquées au formulaire prescrit, le médecin anatomo-pathologiste doit inscrire à chaque rapport de pathologie les codes d'acte utilisés ainsi que le nombre de L4E qu'il attribue respectivement à chacun des codes utilisés. Il en est dispensé si le système d'information du laboratoire comporte ces mêmes données et qu'il peut en générer un relevé précis.

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation rémunération à l'acte n° 1606. Pour les instructions de facturation, se référer à la section 2.3.4.2 Déclaration des activités en laboratoire L4E de l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT. Veuillez vous référer également aux instructions inscrites dans le tableau des actes de l'Addendum 2 et aux règles applicables à cet égard.*

3.4 Le médecin anatomo-pathologiste a droit au versement de sa rémunération forfaitaire pour chaque semaine de l'année au cours de laquelle il accomplit des activités de laboratoire en anatomo-pathologie, évaluées en unités L4E, et complète le formulaire prescrit par la Régie.

- +
- Il a également droit à cette rémunération au cours d'une semaine où il est en vacances ou en période de ressourcement, et ce, selon le nombre maximal de semaines déterminé à cet égard annuellement par les parties négociantes lequel tient compte du nombre de semaines durant lesquelles le médecin a droit au paiement de sa rémunération forfaitaire au cours de l'année. Toute période supérieure de vacances ou de ressourcement ne donne alors pas droit au versement du montant forfaitaire.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation rémunération à l'acte n° 1606. Pour les instructions de facturation, se référer à la section 2.3.4.1 Facturation du forfait hebdomadaire monétaire de l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT.*

Veillez utiliser le code d'acte approprié de la liste suivante :

- **14011** Montant forfaitaire pour les activités de laboratoire;
- **14021** Montant forfaitaire pour les activités de chef de département ou médecin responsable et de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire;
- **14031** Montant forfaitaire pour les vacances;
- **14041** Montant forfaitaire pour le ressourcement.

*Pour les codes d'acte **14031** et **14041**, vous devez respecter les **maximums de semaines attribuées** par les parties négociantes. Les semaines excédentaires ne seront pas payables.*

- # **AVIS :** *En aucun temps, les activités de laboratoire et les actes de montant forfaitaire ne doivent être facturés sur une même demande. Si tel est le cas, cette demande sera refusée à l'état de compte.*

ARTICLE 4.**Validation rétroactive de la charge professionnelle et ajustements**

- + 4.1 À la fin de chaque année civile, la Régie vérifie le volume total d'activités de laboratoire accomplies par les médecins anatomo-pathologistes, tel qu'exprimé en unités L4E, ainsi que le nombre de semaines au cours desquelles le médecin a eu droit au paiement de sa rémunération forfaitaire.
- + 4.2 Selon la charge anticipée du médecin indiquée à son avis d'assignation et de la rémunération totale reçue par celui-ci au cours de l'année, on détermine ensuite le droit du médecin de recevoir un versement d'honoraires additionnel ou son obligation de rembourser une partie des honoraires reçus en cours d'année, le tout en fonction des règles suivantes :
- i) Pour le médecin ayant eu droit au versement de sa rémunération forfaitaire au cours de chacune des semaines de l'année :
- Lorsque la charge professionnelle accomplie est supérieure à la charge anticipée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin a droit au versement d'un montant forfaitaire additionnel afin de tenir compte de ce surplus de charge. Toutefois, aucun montant n'est versé au médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et celle anticipée est de moins de 5 % de la charge anticipée.
- Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne verse alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12. Toutefois, de façon exceptionnelle pour l'année 2012, dans l'éventualité où le surplus de charge est de plus de 5 %, on verse alors le montant correspondant à ce surplus, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12.
- Lorsque la charge professionnelle accomplie est inférieure à la charge anticipée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin doit rembourser une partie des honoraires reçus afin de tenir compte de cette réduction de charge. Toutefois, aucun remboursement n'a à être effectué par le médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et celle anticipée est de moins de 5 % de la charge anticipée. Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne récupère alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %.

- ii) Pour le médecin n'ayant pas eu droit au versement de sa rémunération forfaitaire au cours de chacune des semaines de l'année, on applique les mêmes règles mais en tenant compte toutefois du nombre de semaines de l'année au cours desquelles le médecin a eu droit à sa rémunération forfaitaire et en ajustant en conséquence la charge anticipée et la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 selon cette période :

- Ainsi, lorsque la charge professionnelle accomplie au cours de cette période est supérieure à la charge anticipée ajustée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin a droit au versement d'un montant forfaitaire additionnel afin de tenir compte de ce surplus de charge. Toutefois, aucun montant n'est versé au médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et la charge anticipée ajustée est de moins de 5 % de la charge anticipée ajustée.

Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne verse alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale ajustée. Toutefois, de façon exceptionnelle pour l'année 2012, dans l'éventualité où le surplus de charge est de plus de 5 %, on verse alors le montant correspondant à ce surplus, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale ajustée.

- Lorsque la charge professionnelle accomplie est inférieure à la charge anticipée ajustée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin doit rembourser une partie des honoraires reçus afin de tenir compte de cette réduction de charge. Toutefois, aucun remboursement n'a à être effectué par le médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et la charge anticipée ajustée est de moins de 5 % de la charge anticipée ajustée. Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne récupère alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %.

Ces ajustements visent à assurer que la rémunération globale du médecin pour cette période soit, à plus ou moins 5 %, celle à laquelle il aurait eu droit au cours de cette période si la charge professionnelle accomplie et annualisée avait été indiquée d'emblée à son avis d'assignation à titre de charge anticipée.

- + 4.3 La validation prévue au présent article 4 ne s'applique toutefois pas de façon automatique au médecin ayant une pratique en neuropathologie ou en pédiatrie et qui est désigné par les parties négociantes. Pour ces médecins, les parties conviennent de procéder, en fin d'année, à une analyse de leur volume d'activités par rapport au volume anticipé et à celui prévu pour ce type de pratique. À la lumière de cette analyse et du profil de pratique de l'ensemble des médecins dans ce secteur d'activités, les parties déterminent si un médecin visé fait l'objet du mécanisme de remboursement ou de versement prévu ci-dessus.

ARTICLE 5.

Suivi de l'implantation du nouveau mode de rémunération

- 5.1** Les parties conviennent de mesurer et d'évaluer, pour les premiers 6 mois suivant la mise en application du nouveau mode de rémunération basé sur les unités L4E, les coûts associés aux nouvelles modalités de rémunération prévues au présent addendum ainsi qu'aux unités L4E associées aux actes. De plus, les parties examineront le nombre de L4E facturés par un médecin comparativement à la charge professionnelle qui lui a été octroyée et, le cas échéant, pourront prendre les mesures nécessaires afin que la charge professionnelle octroyée et le versement effectué par la Régie reflètent sa pratique.

ARTICLE 6.

Divers

- 6.1** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application du présent addendum.

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

Les règles suivantes visent à établir la méthodologie applicable à l'assignation d'une valeur L4E pour chacun des actes effectués en anatomo-pathologie.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Niveaux de complexité

On utilise le système des L4E qui identifie six niveaux généraux de complexité. Le niveau 4 (n4) constitue l'étalon de mesure et correspond à 1 unité L4E.

Niveau 1 (n1)=	0,15 L4E :	macroscopie seulement
Niveau 2 (n2)=	0,33 L4E :	normalité ou processus dégénératif simple
Niveau 3 (n3)=	0,50 L4E :	lésion banale
Niveau 4 (n4)=	1 L4E :	unité de mesure générale (biopsie simple ou spécimen chirurgical simple)
Niveau 5 (n5)=	5 L4E :	spécimen anatomiquement complexe ou pathologie demandant l'évaluation de plusieurs paramètres
Niveau 6 (n6)=	15 L4E :	spécimen de chirurgie radicale pour cancer avec les ganglions locaux et/ou régionaux

Chaque spécimen se voit attribuer un de ces niveaux de complexité. Lorsqu'un cas comporte plusieurs spécimens, reçus dans des contenants différents, on établit un niveau de complexité pour chaque contenant reçu.

Cependant, si les spécimens contenus dans un ou plusieurs contenants constituent un niveau 6 (n6), ce niveau est considéré comme incluant tous les autres et est comptabilisé seul.

RÈGLE 1.**Mesure de tâche**

La mesure de tâche s'établit de façon différente s'il s'agit de spécimens biopsiques ou de spécimens chirurgicaux.

1.1 Spécimens biopsiques

Pour l'évaluation des spécimens biopsiques, trois règles différentes s'appliquent en fonction de leur mode de prélèvement, règles auxquelles s'ajoutent des modalités d'exception.

1.1.1 Pour les biopsies par fragments (à la pince)

Afin de comptabiliser adéquatement le nombre de fragments, on tient compte en premier lieu des informations reçues du clinicien. Si le nombre exact n'est pas indiqué, on l'établit en comptant le nombre de fragments identifiables macroscopiquement ou histologiquement, mesurant au moins 2 mm. Si tous les fragments sont plus petits que 2 mm, on compte 1 fragment.

i. Biopsies autres que cutanées ou digestives

On attribue les unités de la façon suivante :

1 à 5 fragments= 1 L4E

6 à 10 fragments= 2 L4E

et on comptabilise par la suite les fragments subséquents de la même façon, en ajoutant 1 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 5 fragments.

ii. Biopsies digestives

Les unités sont établies comme suit :

1 à 3 fragments= 0,5 L4E

4 à 6 fragments= 1 L4E

et on comptabilise par la suite les fragments subséquents de la même façon, en ajoutant 0,5 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 3 fragments.

Toutefois, on accorde 0,5 unité L4 E par polype gastro-intestinal identifiable isolément.

iii. Lésions cutanées bénignes

On alloue 0,5 unité L4E pour chaque lésion cutanée bénigne de même nature, dans le même contenant.

1 à 3 lésions de même nature, dans le même contenant= 0,5 L4E

4 lésions ou plus de même nature, dans le même contenant= 1 L4E

1.1.2 Biopsies au trocart

Afin de comptabiliser adéquatement les spécimens à étudier, on tient compte en premier lieu du nombre de trajets indiqués par le clinicien. Si cette information n'est pas disponible, on compte le nombre de cylindres identifiables macroscopiquement ou histologiquement, mesurant au moins 1 cm. Si tous les fragments sont plus petits que 1 cm, on compte 1 fragment.

Biopsies autres que la prostate, le sein par mammotome ou les biopsies réalisées par trocart de gros calibre (moins de 16 gauges)

Les unités sont attribuées de la façon suivante :

	1 à 5 cylindres=	1	L4E
+	6 à 10 cylindres=	2	L4E

et on comptabilise par la suite les cylindres subséquents de la même façon, en ajoutant 1 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 5 cylindres supplémentaires.

Pour ce qui est des biopsies de la prostate, on accorde 0,5 unité L4E pour chaque trajet biopsique (cylindre), jusqu'à un maximum de 30 trajets (cylindres).

En ce qui a trait aux biopsies par mammotome ou par trocart de gros calibre, vous référer à la Règle 1.2.

1.1.3 Biopsies par curetage

Les unités sont établies comme suit :

1 à 5 blocs=	1	L4E
6 à 10 blocs=	2	L4E

et on comptabilise par la suite les blocs subséquents de la même façon, en ajoutant 1 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 5 blocs.

1.2 Spécimens chirurgicaux

La règle suivante s'applique pour :

- les petits organes;
- les spécimens plus volumineux nécessitant un certain échantillonnage ou une inclusion complète;
- les spécimens qui, par leur nature ou leur diagnostic, nécessitent un échantillonnage important;
- les biopsies par mammotome ou par trocart de gros calibre.

On attribue pour ces cas 0,33 unité L4E par bloc, jusqu'à un maximum de 45 blocs.

1.3 Rapport synoptique à paramètres multiples

Tant pour les biopsies que pour les spécimens chirurgicaux, on accorde 5 unités L4E pour les pathologies suivantes :

- mélanome avec rapport multiparamétrique synoptique;
- carcinome mammaire avec établissement du grade de Nottingham, avec ou sans CIS, avec ou sans lymphatiques envahis;
- polype gastro-intestinal cancérisé, avec évaluation de la profondeur, de la marge, du grade et de l'envahissement lymphatique;
- tumeur de Merkel avec rapport multiparamétrique synoptique.

RÈGLE 2.**Ajouts professionnels**

Les Règles 2.1 et 2.2 ne sont pas applicables à un cas de niveau 6 (n6).

2.1 Niveaux supplémentaires

Lorsque des niveaux supplémentaires à ceux recommandés de routine sont nécessaires à l'étude d'un cas, on octroie 0,15 unité L4E par niveau supplémentaire.

2.2 Colorations spéciales, immunofluorescence, histochimie et immunohistochimie

2.2.1 On alloue 0,15 unité L4E pour chaque coloration ou marqueur immunohistochimique diagnostique documenté au rapport.*

2.2.2 On alloue 0,33 unité L4E pour chaque marqueur d'immunofluorescence documenté au rapport.

2.2.3 On alloue 0,50 unité L4E par coloration pour recherche spécifique de micro-organismes documentée au rapport.*

2.2.4 On alloue 0,33 unité L4E pour chaque marqueur d'histo-enzymologie documenté au rapport d'une biopsie musculaire.

2.2.5 On alloue 2 unités L4E pour une étude histochimique de ploïdie par analyse en flux ou statique.

2.2.6 On alloue 0,33 unité L4E pour une recherche en immunofluorescence d'auto-anticorps sur coupe de tissu.

* Pour les cas de niveau 5 (n5), les cinq premières colorations ou les cinq premiers marqueurs diagnostiques sont inclus d'emblée.

RÈGLE 3.

Biologie moléculaire et cytogénétique

- 3.1 On attribue 0,50 unité L4E pour chaque marqueur immunohistochimique d'intérêt quantitatif ou thérapeutique documenté au rapport.
- 3.2 On attribue 0,50 unité L4E pour l'intégration, à un rapport de pathologie, du résultat d'un examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique (codes d'acte 12202, 12203, 12204, 12205 et 12206) fait par un autre anatomo-pathologiste.
- 3.3 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une lame de FISH, CISH ou SISH par l'anatomo-pathologiste.
- 3.4 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de marqueurs en cytométrie de flux.
- 3.5 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de cytogénétique.
- 3.6 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de biologie moléculaire (PCR, RT-PCR, séquençage).

RÈGLE 4.

Organes pairs

Lorsque des organes pairs sont réséqués, ils sont comptabilisés tous les deux selon la valeur attribuée par la Règle 1.2, et ce, sans égard au nombre de contenants. Cependant, cette règle ne s'applique pas au cas de résection plus extensive et inclusive de niveau 6 (n6).

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES ACTES

#

AVIS : Veuillez inscrire sur votre demande de paiement le code d'acte **13000** sous les codes d'acte soumis aux règles de l'Addendum 2 afin d'identifier le nombre de cas effectués.

*Le code d'acte **13000** doit toujours être précédé d'un code d'acte et ne doit pas être consécutif. En aucun temps, il ne peut être facturé seul. La case TOTAL de la demande de paiement doit correspondre à la somme de la colonne Nombre d'actes qui inclut le nombre d'actes et le nombre de cas. Veuillez noter que le nombre de cas n'a aucune influence pour le calcul des L4E, sa présence dans le total n'est qu'aux fins de conciliation de l'information.*

Remarque : Lors d'un refus du code d'acte **13000**, vous devez le refacturer accompagné du code d'activité L4E.

Remplir le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606 de la façon suivante :

- inscrire le code d'acte identifié par une règle;
- inscrire le nombre total d'actes réalisés;
- inscrire le code d'acte **13000** sous le code d'acte identifié par une règle;
- inscrire le nombre de cas réalisés dans la case NOMBRE D'ACTES en fonction du nombre total d'actes réalisés;
- inscrire dans la case TOTAL la somme de la colonne Nombre d'actes en incluant le nombre de cas liés à l'acte **13000**.

AUTOPSIES

11701	Autopsie faite à la demande du coroner	48
11702	Autopsie pédiatrique complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans)	48
	NOTE : L'acte codé 11702 s'applique dans les cas de cardiopathie congénitale, de maladie métabolique, de néoplasie, de défaillance multisystémique.	
+	NOTE : L'acte codé 11702 ne s'applique que lorsqu'il y a eu naissance vivante.	

11703	Autopsie complexe en milieu hospitalier.	48
	NOTE : L'acte codé 11703 s'applique dans les cas de décès survenus per ou post-chirurgie, en obstétrique, lors de transplantation, lors d'une recherche de néoplasie primitive multimétastatique, suite à une hospitalisation en soins actifs d'un mois et plus, ainsi que lorsque des questions cliniques complexes sont posées.	
11704	Autopsie pédiatrique non-complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans)	36
+	NOTE : L'acte codé 11704 ne s'applique que lorsqu'il y a eu naissance vivante.	
11705	Autopsie non-complexe réalisée en milieu hospitalier ...	36
11706	Autopsie partielle limitée à une cavité ou région.	18
11707	Autopsie partielle limitée à plus d'une cavité ou région ..	24
11708	Autopsie limitée au cerveau et/ou à la moelle épinière...	18
+11709	Autopsie d'un fœtus, examens macroscopique et microscopique réalisés avec demande formelle d'autopsie et autorisation écrite d'un des parents	15
+	NOTE : L'acte codé 11709 ne s'applique pas dans les cas d'IVG non motivée par une anomalie physique ou génétique.	
11710	Examen macroscopique seulement d'un fœtus	2

AVIS : *Pour la facturation des services relatifs à l'autopsie en urgence pendant l'horaire de garde, sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, utiliser une ligne distincte pour chacun des services rendus. Dans la case NOMBRE D'ACTES :*

- *sur le formulaire papier, inscrire l'heure du début*
- *sur le formulaire par Internet, inscrire 1 et joindre le formulaire Document complémentaire*
- *Considération spéciale n° 1944, en spécifiant l'heure du début.*

RÉUNIONS CLINICO-PATHOLOGIQUES

+	NOTE : Pour les actes codés 11801 et 11802, on accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (MOD=077, pour la pratique en pédiatrie MOD=460 et pour la pratique en neuropathologie MOD=487).	
+	NOTE : Pour les actes codés 11801 et 11802, on accorde la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier pour participation à une clinique des tumeurs (MOD=128, pour la pratique en pédiatrie MOD=461 et pour la pratique en neuropathologie MOD=488).	
11801	Corrélation clinico-pathologique d'un ou plusieurs cas de spécialité, à laquelle participent au moins deux médecins de la spécialité concernée. Un compte rendu comprenant la date, le nom des participants et les numéros des cas discutés doit être fait par période de 30 minutes	3
11802	Présentation par un anatomo-pathologiste d'un ou plusieurs cas dans le cadre d'une clinique des tumeurs, à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes. Un compte rendu comprenant la date, le nom des participants et les numéros des cas discutés doit être fait par période de 30 minutes	3
+11803	Révision de matériel d'autopsie avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs	12
+11804	Révision de matériel d'autopsie avec rapport succinct au dossier pour participation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs	8

CONSULTATIONS

NOTE : On accorde la valeur en unité L4E pour l'examen d'un cas sur requête d'un médecin d'une autre spécialité du même établissement, avec production d'un rapport écrit, en raison de sa complexité et/ou de sa gravité (MOD=129, pour la pratique en pédiatrie MOD=462 et pour la pratique en neuropathologie MOD=489).

NOTE : On accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E pour une consultation demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement, en raison de la complexité du (des) spécimen(s) à étudier pour établir un diagnostic (MOD=151, pour la pratique en pédiatrie MOD=484 et pour la pratique en neuropathologie MOD=490).

NOTE : On accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E pour les consultations effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (MOD=152, pour la pratique en pédiatrie MOD=485 et pour la pratique en neuropathologie MOD=491).

NOTE : Le transfert de routine interétablissement d'un cas ne représente pas une consultation et doit être codé à sa valeur normale par l'anatomo-pathologiste qui reçoit le cas. Pour l'expéditeur, le code d'acte 11906 doit être utilisé.

11901	intradisciplinaire dans le même établissement en raison de la difficulté du cas, avec production d'un rapport écrit	1
11902	demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement à un neuropathologiste reconnu par les parties négociantes, eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité.	27
11903	demandée par un anatomo-pathologiste du même établissement à un neuropathologiste reconnu par les parties négociantes, eu égard à des pathologies primaires dominantes du système nerveux, avec incidences cliniques et/ou génétiques, ou à des pathologies systémiques ayant entraîné une symptomatologie neurologique	18
11904	deuxième opinion demandée et documentée lors d'un examen extemporané	0,50
11905	préparation du matériel et documentation explicative pour envoi en consultation	1
11906	préparation du matériel pour un transfert de routine interétablissement	0,15
11907	sélection de bloc(s) approprié(s) en vue d'un examen spécial interétablissement.	0,50

11908	révision d'un spécimen antérieur pertinent lors de l'examen d'un cas, documentée au rapport	1
11909	demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre centre hospitalier, eu égard à l'examen macroscopique et l'examen microscopique du cœur en raison de la complexité	27
	NOTE : L'acte codé 11909 ne peut pas s'appliquer à l'examen du cœur d'un donneur.	
11910	supplément pour un cas urgent ou un diagnostic critique, incluant une communication directe avec le clinicien, mentionnée au rapport	1
	NOTE : L'acte codé 11910 ne peut être facturé avec une consultation per-opératoire.	

CONSULTATIONS PER-OPÉRATOIRES

NOTE : On accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E pour les consultations per-opératoires effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (MOD=153, pour la pratique en pédiatrie MOD=486 et pour la pratique en neuropathologie MOD=492)

11911	Première consultation sans congélation, ou avec une coupe, ou empreinte ou cytologie de grattage	3
11912	pour chaque consultation additionnelle avec ou sans congélation, supplément	2
11913	pour tout examen extemporané effectué en plus de la lame initiale, par coupe, ou empreinte ou cytologie de grattage, supplément	1
	Technique de Mohs	
11914	première couche excluant le curetage initial.	3
11915	chaque couche additionnelle, supplément	2
	NOTE : Les actes codés 11914 et 11915 ne peuvent être facturés avec l'acte codé 11913.	

CYTOLOGIES

	Biopsie – aspiration à l'aiguille fine	
12031	interprétation	2
12032	ponction effectuée par l'anatomo-pathologiste	3
12033	Évaluation, pendant la technique, de la qualité du matériel obtenu	3
12034	Bloc cellulaire	2
	NOTE : Le frottis cellulaire ne peut être facturé en sus.	
12035	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	0,15
12036	Immunocyte	0,05
12037	Spécimen non gynécologique exfoliatif : urine, expectoration, aspiration ou écoulement	1
12038	Spécimen non gynécologique obtenu par lavage, ou brossage ou ponction de liquide	2
12039	Décompte cellulaire sur lavage broncho-alvéolaire effectué par l'anatomo-pathologiste	1
	NOTE : L'acte codé 12039 est facturable en sus du code 12038.	
12040	Spermogramme complet	2
12041	Spermogramme post-vasectomie	1

BIOPSIES**spéciales**

+10301	incisionnelle ou excisionnelle pour sarcome par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10402	osseuse pour pathologie non néoplasique	5
+10403	incisionnelle ou excisionnelle osseuse pour tumeur bénigne, maligne ou métastatique, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10703	ouverte pulmonaire pour pathologie non tumorale	5
10704	ouverte pulmonaire pour pathologie tumorale, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10801	myocardique	5
10802	artérielle	1
10905	hépatique pour pathologie non tumorale ou pour tumeur primitive	5
10906	hépatique pour métastase	1
11001	testiculaire, dans les cas d'infertilité	5
11405	évaluation d'organe transplanté	5
11002	rénale pour pathologie non néoplasique	5

dermatologiques

NOTE : Les lésions des lèvres ainsi que de la région périanale sont incluses dans cette catégorie.

10221	carcinome basocellulaire ou spinocellulaire, kératose actinique ou maladie de Bowen	0,50
10222	mélanome in situ ou naevus avec atypie modérée ou marquée	1
10223	tumeur bénigne épidermique et/ou dermique, kyste ou acrochordon 1 à 3 lésions de même nature, dans le même contenant NOTE : Pour les lésions subséquentes de même nature, dans le même contenant, voir Règle 1.1.1(iii)	0,50
+10224	néoplasie cutanée maligne (sauf carcinome basocellulaire ou spinocellulaire) ou mélanome malin sans rapport synoptique	1
10225	cutanée pour condition non tumorale	1
10226	cutanée pour tumeur annexielle ou infiltrat	1
10227	cutanée pour alopecie, avec protocole de sections tangentielles	3

hématologiques

11551	ganglionnaire lymphatique pour métastase	1
11552	lymphome extra-ganglionnaire	5
11553	ganglionnaire pour néoplasie hémato lymphoïde	5
11554	ganglionnaire lymphatique pour condition bénigne	2
11555	prélèvement d'une biopsie ou aspiration de moelle osseuse, par un anatomo-pathologiste	3
11556	biopsie ou aspiration de moelle osseuse pour condition hématologique	5
11557	biopsie et aspiration de moelle osseuse pour condition hématologique	7
11558	biopsie ou aspiration de moelle osseuse pour métastase	1
11559	biopsie et aspiration de moelle osseuse pour métastase	2

neuropathologiques

10501	nerveuse	5
10502	musculaire pour pathologie non néoplasique	5
10503	cérébrale pour pathologie non néoplasique	5
10504	cérébrale pour tumeur primitive ou métastase, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	

générales
**à la pince (fragments dénombrables)
autre que cutanée ou digestive**

11311	synoviale	
	1 à 5 fragments	1
10611	muqueuse (bouche, langue, pharynx, cavité nasale ou larynx) ou de glande salivaire	
	1 à 5 fragments	1
10711	trachéale, bronchique ou transbronchique	
	1 à 5 fragments	1
11013	muqueuse urétrale, vésicale ou urétérale	
	1 à 5 fragments	1
11111	col utérin par colposcopie	
	1 à 5 fragments	1
11112	muqueuse (vulve, vagin, périnée)	
	1 à 5 fragments	1
11312	péricardique, pleurale ou péritonéale	
	1 à 5 fragments	1
11411	autres organes	
	1 à 5 fragments	1

NOTE : Pour les fragments subséquents,
voir Règle 1.1.1(i)

à la pince digestive

10911	digestive sauf les polypes 1 à 3 fragments	0,50
	NOTE : Voir Règle 1.1.1(ii)	
10912	digestive pour néoplasie ou dysplasie de haut grade (moins de 4 fragments)	1
10913	par polype gastro-intestinal	0,50
	NOTE : Voir Règle 1.1.1(ii)	

**au trocart, autre que la prostate, le sein
par mammotome ou les trocars de gros calibre
(moins de 16 gauges)**

12421	diagnostique de masse mammaire 1 à 5 cylindres	1
10732	transthoracique 1 à 5 cylindres	1
10944	du pancréas 1 à 5 cylindres	1
11034	masse rénale 1 à 5 cylindres	1
11333	péricardique, pleurale ou péritonéale 1 à 5 cylindres	1
11432	autres organes 1 à 5 cylindres	1

NOTE : Pour les cylindres subséquents, voir Règle 1.1.2

au trocart, prostate

11035	prostate, par cylindre	0,50
	Maximum 30 cylindres	

**mammotome et trocars de gros calibre
(moins de 16 gauges)**

12432	exérèse de petite lésion ou microcalcifications mammaires par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
11433	autres organes, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	

NOTE : Voir Règle 1.2

par curetage

10632	sinus 1 à 5 blocs	1
11026	réssection transurétrale de la prostate 1 à 5 blocs	1
11027	réssection transurétrale de la vessie 1 à 5 blocs	1
11123	endocervical 1 à 5 blocs	1
11124	endométrial 1 à 5 blocs	1
11424	autres organes 1 à 5 blocs	1

NOTE : Pour les blocs subséquents, voir Règle 1.1.3

CHIRURGIES

13901	Description macroscopique seulement.	0,15
-------	--------------------------------------	------

Mammaires

+12401	Capsule d'implant, mamelon surnuméraire ou sein surnuméraire	0,50
12402	Mammoplastie de réduction	1
12403	Reprise de marge suite à une exérèse ancienne, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
+12404	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion bénigne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) y compris l'évaluation des canaux galactophores, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion maligne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) avec rapport synoptique	
12405	1 à 15 blocs	5
12406	par bloc supplémentaire Maximum 30 blocs supplémentaires	0,33
12407	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion maligne (avec ganglions axillaires et/ou sentinelles)	15

Cutanées

+10241	Plastie : normale, cicatrice, vergeture, liposuccion ou abdominoplastie.	0,50
10242	Excision large cutanée (non esthétique), de 2 cm et plus, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10243	Excision large cutanée pour lésion maligne, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
	NOTE : L'acte codé 11564 (ganglion sentinelle) est facturable en sus.	

Tissus mous

10311	Lipome ou névrome traumatique	0,50
10312	Tumeur bénigne des tissus mous (sauf lipome, névrome ou fibromatose), par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10313	Chirurgie radicale pour sarcome	15

Osseuses

10411	Amputation pour lésion maligne : doigt ou orteil, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10412	Amputation non traumatique : doigt ou orteil	1
10413	Amputation non traumatique pour lésion bénigne : membre	5
10414	Amputation traumatique : membre	1
10415	Amputation traumatique : doigt ou orteil	0,50
10416	Exostose, débris d'os et/ou de cartilage ou bourse séreuse	0,50
+10417	Tunnel carpien, fibromatose palmaire ou plantaire ou kyste arthrosynovial	0,50
10418	Résection radicale ou amputation : tumeur osseuse primaire	15
+10419	Souris, ménisque, disque, cartilage de resurfaçage, gaine tendineuse ou segment de tendon	0,33
10420	Tête fémorale, genou ou autres pour pathologie bénigne	0,50

Neurologiques

10511	Kyste cérébral	1
10512	Trauma : tissu cérébral ou méningé	0,33
10513	Cerveau, moelle, méninges, nerf : résection de tumeur ou autre lésion, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	

ORL

+10621	Amygdale(s) et/ou adénoïdes (lésions bénignes), choléstéatome, polypes du nez et/ou des sinus, mucocèle orale ou salivaire, kyste thyroïdienne ou granulome périapical	0,50 1
10622	Kyste odontogénique ou kyste branchial	
+10623	Résection partielle ou totale (larynx, pharynx, amygdale, adénoïdes, glande salivaire, langue, cavité buccale ou tumeur odontogénique) : pour lésion maligne avec dissection ganglionnaire unilatérale du cou	15
	NOTE : Si dissection bilatérale, voir Règle 1.2	
+10624	Résection partielle ou totale (larynx, pharynx, amygdale, adénoïdes, glande salivaire, langue, cavité buccale ou tumeur odontogénique) : pour lésion bénigne ou maligne sans dissection ganglionnaire du cou, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
+10625	Osselets de l'oreille moyenne, septum nasal, cornets, Canal de Warthon, luette et/ou voile du palais pour apnée	0,33

Respiratoires

10721	Exérèse de masse médiastinale ou thymus, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10722	Poumon : explant	5
+10723	Résection pulmonaire segmentaire, lobaire ou totale, empyème, exérèse partielle de plèvre ou bullectomie plumonaire : pour pathologie bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10724	Résection pulmonaire segmentaire, lobaire ou totale : pour pathologie maligne	15

Cardiovasculaires

+10811	Vaisseaux : veine, plaque athéromateuse, anévrisme, hématome, thrombus, embolie ou fistule artério-veineuse	0,33
10812	Valve cardiaque	0,50
10813	Paroi cardiaque : anévrisme ou oreillette	1
10814	Résection de tumeur cardiaque bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10815	Résection de tumeur cardiaque maligne	5
10816	Cœur : explant	5
10817	Cœur : explant avec pontage et/ou étude du système de conduction	15
+10818	Fenêtre péricardique, par bloc	0,33
+	Maximum 45 blocs	
+	NOTE : Voir Règle 1.2	

Digestives

10921	Anus : fistule, fissure, kyste ou sinus pilonidal.	0,50
10922	Appendice : lésion non néoplasique.	0,50
10923	Appendice normal : exérèse lors d'une autre chirurgie .	0,33
10924	Appendice : néoplasie bénigne ou maligne, par bloc.	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10925	Foie : explant.	5
10926	Hémorroïdes et/ou marisques.	0,33
10927	Pancréas : résection partielle ou totale pour lésion bénigne, par bloc.	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10928	Pancréas : résection partielle ou totale pour lésion maligne avec ou sans ganglions.	15
+10929	Résection endoscopique sous-muqueuse (Barret, néoplasie de l'œsophage ou du rectum) ou résection transanale chirurgicale de lésion rectale.	5
10930	Résection digestive (œsophage à anus) pour lésion bénigne, par bloc.	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
10931	Résection digestive (œsophage à anus) pour lésion maligne avec ganglions.	15
10932	Stoma ou beigne d'anastomose, envoyé séparément. . .	0,50
10933	Vésicule biliaire : lésion bénigne.	0,50
10934	Vésicule biliaire : lésion pré maligne ou maligne, par bloc.	0,33
	Maximum 45 blocs	
10935	Résection hépatique partielle pour lésion bénigne ou maligne, par bloc.	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	

Urinaires

+11041	Prépuce sans dermatose spécifique, canal déférent pour stérilisation, appendix testis, épидидyme, hydrocèle, varicocèle, testicules sans néoplasie dans les cas de néoplasie prostatique	0,33
11042	Canal déférent : autre que pour stérilisation ou spermatocele	0,50
11043	Cystectomie partielle ou totale, néphrectomie partielle ou totale (uretère compris), prostatectomie, résection partielle ou totale de l'urètre ou d'un uretère, épидидymectomie ou orchidectomie : pathologie bénigne par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2	0,33
11044	Cystectomie partielle ou totale, néphrectomie partielle ou totale (uretère compris), prostatectomie, orchidectomie ou résection radicale du pénis : pathologie maligne avec ou sans ganglions	15
11045	Rein : explant	5
11046	Résection du pénis pour pathologie bénigne ou résection partielle pour pathologie maligne, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2	0,33

Gynécologiques

11151	Avortement spontané ou grossesse arrêtée	0,50
11132	Col : conisation ou anse diathermique	5
11133	Épiploon, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2	0,33
11134	Grossesse ectopique	1
11135	Grossesse molaire partielle ou complète, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2	0,33

11136	Hydatide Morgagni, glande de Bartholin ou kyste vulvaire	0,50
11137	Interruption volontaire de grossesse	0,33
11138	Ovaire avec ou sans trompe : lésion bénigne ou maligne, par côté, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2 et Règle 4	
+11139	Placenta : avec microscopie	1
+	NOTE : Liste des indications de microscopie :	
	1. Conditions fœtales :	
	- Mort-né;	
	- RCIU (poids de moins de 2,5 kg ou 3 ^e centile) ou prématurité (moins de 37 semaines de gestation);	
	- Anomalie fœtale, aberration chromosomique, infection néonatale, signes neurologiques ou détresse importante, isoimmunisation (Rh ou autres).	
	2. Conditions placentaires :	
	- DPPNI ou rupture des membranes de plus de 36 heures;	
	- Placenta accreta/increta/percreta;	
	- Grossesse gémellaire ou plus;	
	- Anomalie significative à l'examen macroscopique du placenta, du cordon et des membranes;	
	- Poids placentaire (sans le cordon et les membranes) de moins de 350 g et de plus de 650 g.	
	3. Conditions maternelles :	
	- Fièvre ou infection par le streptocoque du groupe B;	
	- Hypertension, prééclampsie/éclampsie ou diabète sévère (gestationnel ou pas);	
	- Thromopathie, maladie auto-immune, néoplasie, maladie métabolique d'accumulation ou autre condition médicale grave ayant pu affecter le développement foeto-placentaire.	
11150	Placenta : gestation multiple, par gestation avec microscopie	1
+11152	Étude placentaire dans les cas de mort foetale sans autorisation d'autopsie	4
11141	Trompe : lésion bénigne non gestationnelle ou lésion maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
+11142	Trompe : stérilisation, par côté ou débris tissulaires accompagnant un stérilet	0,33

11143	Utérus avec ou sans annexes : pathologie bénigne ou myomectomie, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2 et Règle 4	
11144	Utérus avec ou sans annexes : pathologie maligne avec ou sans ganglions	15
+11145	Vagin : cystocèle, rectocèle ou réparation; Vulve : hymen ou petites lèvres, réparation.	0,33
11146	Vulve ou vagin : lésion bénigne ou maligne sans ganglion, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
11147	Vulve ou vagin : lésion maligne avec ganglions	15
Endocriniennes		
11221	Hypophyse : biopsie ou exérèse, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
11222	Thyroïde : lobectomie ou thyroïdectomie pour lésion bénigne ou maligne, sans dissection ganglionnaire, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
11223	Thyroïde : lésion maligne avec dissection ganglionnaire du cou	15
11224	Parathyroïde : biopsie ou exérèse, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
11225	Surrénale, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
	NOTE : Voir Règle 1.2	
Diverses (autres)		
11441	Sac herniaire ou lipome herniaire	0,33
+11442	Débridement de plaie, abcès, hidradénite, sinus pilonidal ou ongle avec ou sans peau lorsqu'il y a examen histologique	0,50
11443	Matériel expulsé du vagin ou d'un orifice naturel	0,50
11444	Corps étranger ou calcul.	0,15
11445	Confirmation de nerf ou de ganglion sympathique.	0,33

Hématologiques

11561	Rate : trauma	1
11562	Rate : toutes conditions non traumatiques	5
11563	Étude de tous les ganglions régionaux ipsilatéraux pour une néoplasie déjà réséquée lors d'une séance chirurgicale antérieure, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir Règle 1.2	
+11564	Étude protocolaire d'un ganglion sentinelle lorsqu'il ne s'agit pas d'un cas de niveau 6, par ganglion identifié.	1

Ophtalmologiques

11651	Paupière, conjonctive ou cornée : lésion bénigne	0,50
11652	Biopsie de la conjonctive ou de la cornée pour lésion pré maligne ou maligne	1
11653	Biopsie de l'orbite	1
+11658	Cristallin, avec histologie	0,33
11654	Énucléation oculaire : lésion bénigne	5
11655	Énucléation oculaire : lésion maligne	15
11656	Éviscération oculaire	1
11657	Exentération oculaire	15

**RAPPORT SYNOPTIQUE
À PARAMÈTRES MULTIPLES**

+	NOTE : Les codes d'acte apparaissant sous cette rubrique remplacent complètement le code principal du spécimen ainsi que l'utilisation du code d'acte 12101.	
12431	Carcinome mammaire avec établissement du grade de Nottingham, avec ou sans CIS, avec ou sans lymphatiques envahis	5
10261	Mélanome avec rapport multiparamétrique synoptique ..	5
10262	Tumeur de Merkel avec rapport multiparamétrique synoptique	5
10951	Polype gastro-intestinal cancérisé, avec évaluation de la profondeur, de la marge, du grade et de l'envahissement lymphatique	5

AJOUTS PROFESSIONNELS

NOTE : Les codes d'acte apparaissant sous cette rubrique ne s'appliquent pas à un cas de Niveau 6 (n6), sauf pour ceux de biologie moléculaire et cytogénétique.

12101	Niveaux supplémentaires, par niveau	0,15
NOTE : Voir Règle 2.1		

**COLORATIONS SPÉCIALES,
IMMUNOFLUORESCENCE, HISTOCHIMIE
ET IMMUNOHISTOCHIMIE**

NOTE : Les cinq premières colorations ou les cinq premiers marqueurs diagnostiques sont inclus d'emblée pour les cas de Niveau 5 (n5) pour les actes codés 12102 et 12104. Voir Règle 2.2

12102	Coloration ou marqueur immunohistochimique diagnostique, par lame	0,15
12103	Marqueur d'immunofluorescence, par lame	0,33
+12104	Coloration pour recherche spécifique de micro- organismes excluant les techniques basées sur des anticorps spécifiques, par lame	0,50
12105	Coloration histo-enzymologique pour biopsie musculaire, par enzyme étudié	0,33
12106	Étude histochimique de ploïdie par analyse en flux ou statique	2
12107	Recherche en immunofluorescence d'auto-anticorps sur coupe de tissu	0,33

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE ET CYTOGÉNÉTIQUE

NOTE : Voir Règle 3

12201	Intégration, à un rapport de pathologie, du résultat d'un examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique (codes d'acte 12202 à 12206) fait par un autre anatomo-pathologiste.....	0,50
12202	Marqueur immunohistochimique d'intérêt quantitatif ou thérapeutique, par marqueur.....	0,50
NOTE : Liste des marqueurs d'intérêt thérapeutique :		
- Récepteurs oestrogéniques et progestatifs pour le carcinome mammaire;		
- Her2 pour le carcinome mammaire;		
- c-KIT pour la tumeur gastro-intestinale stromale;		
- Marqueurs d'instabilité des microsatellites;		
- EGFR muté pour le carcinome pulmonaire.		
12203	Lecture et interprétation, par l'anatomo-pathologiste d'une hybridation sur lame (FISH, CISH, SISH ou EBER)	2
12204	d'une étude de marqueurs en cytométrie de flux	2
12205	Lecture et interprétation, par l'anatomo-pathologiste de cytogénétique	2
12206	de biologie moléculaire (PCR, RT-PCR, séquençage, méthode de Southern, méthode de Northern)	2
12207	Utilisation d'une radiographie de spécimen pour orienter la dissection et l'échantillonnage d'une pièce	2

MICROSCOPIE ÉLECTRONIQUE

12301	Prise de photos par l'anatomo-pathologiste et interprétation	5
12302	Interprétation seule	2

MÉDECINS-CONSEILS EN LABORATOIRE DE BIOCHIMIE D'UN CENTRE HOSPITALIER

3.6 Sont allouées 16 lettres K pour les activités des médecins-conseils dans un laboratoire de biochimie d'un centre hospitalier.

Le nombre maximal de lettres K est de 8 par centre hospitalier pour chacun des médecins biochimistes participants.

PRATIQUE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE OU EN CLSC

3.7 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 longue durée ou par CLSC pour chacun des médecins biochimistes participants.

3.8 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 biochimiste 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 biochimiste ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

AVIS : Veuillez vous référer à l'article 4.5 du Préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés. Le calendrier des jours fériés de l'établissement ou celui de la Régie, paraissent dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Calendriers](#) de l'onglet Facturation.

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 le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- l'identification du médecin (initiale du prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie de 7 chiffres);
- 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);
- 09735 dans la case CODE;
- 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.

*Une quote-part dont les honoraires demandés sont de 1000 \$ ou plus doit figurer **seule** sur une demande de paiement.*

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.*

4.4 À chaque période de deux semaines, le médecin biochimiste 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 la pleine charge professionnelle ou les charges partielles

plus

Nombre de lettres K représentant les suppléments de charge

multiplié par

2 200 \$

multiplié par

1/180

Exemple: *Si le médecin détient une pleine charge dans un établissement ainsi qu'un supplément de charge de 8 K, les honoraires pour une quote-part équivalent à :*

$$(80 + 8) \times 2\,200 \$ \times 1/180 = 1\,075,56 \$$$

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

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

ADDENDUM 5.

Cet addendum détermine la rémunération du médecin microbiologiste infectiologue pour sa participation aux activités de laboratoire en microbiologie et à certaines activités d'infectiologie collective.

Article 1

Mode de rémunération

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

Article 2

La charge professionnelle

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

- i) l'ensemble des activités de laboratoire en microbiologie en établissement principal, pouvant inclure les aspects scientifiques et techniques, l'assurance de qualité, la revue et la gestion de la pertinence et de l'utilisation des analyses ainsi que la gestion hospitalière des services de laboratoire en microbiologie pour la clientèle en établissement et ambulatoire;
- ii) certaines activités d'infectiologie collective en établissement principal, pouvant inclure l'épidémiologie en établissement, la prévention des infections, la pharmaco-économie et la gestion de ces activités d'infectiologie collective, mais excluant toutefois les activités d'infectiologie collective rémunérées dans le cadre de la partie 2 de l'Annexe 14.

2.2 La charge professionnelle annuelle est effectuée dans l'établissement principal du médecin microbiologiste infectiologue, soit celui où il exerce la majeure partie de ses activités professionnelles. À titre exceptionnel, deux établissements auxquels un médecin microbiologiste infectiologue est attaché en temps partagé, sont considérés comme un même établissement principal.

Une pleine charge professionnelle donne droit au montant forfaitaire de base; une charge partielle, à un montant forfaitaire fractionné.

2.3 Un forfait majoré est accordé au médecin microbiologiste infectiologue participant à un service de desserte régionale ou supra-régionale pour les activités de laboratoire en microbiologie décrites à l'alinéa 2.1 i). Le montant forfaitaire accordé à ce titre est fonction de critères objectifs notamment le nombre d'établissements desservis, leur éloignement et l'activité propre à chaque établissement.

La majoration accordée à un médecin microbiologiste infectiologue participant à un service de desserte régionale ou supra-régionale ne peut excéder un équivalent de 0,24 du montant attribué au montant forfaitaire de base désigné à l'article 2.2.

2.4 Un forfait majoré est accordé pour les activités professionnelles accomplies par un médecin microbiologiste-infectiologue en matière de prévention et de contrôle des infections dans un hôpital secondaire ou dans un autre établissement de soins où il n'y a pas de laboratoire de microbiologie.

La majoration forfaitaire peut atteindre un équivalent de 0,12 du montant forfaitaire de base prévu à l'addendum 5 pour chaque microbiologiste-infectiologue.

La majoration est déterminée en tenant compte de divers facteurs comprenant notamment la vocation et le type d'établissement, le nombre de lits d'hospitalisation, la présence ou non d'un laboratoire, etc.

La modulation du forfait est comme suit :

Centre de soins de courte durée avec laboratoire (par pavillon) :

- < 50 lits : 0.03
- 50-99 lits : 0.06
- 100-199 lits : 0.08
- 200 lits et plus : 0.12

Autres établissements sans laboratoire (par pavillon) :

- < 50 lits : 0.03
- 50-99 lits : 0.04
- 100-199 lits : 0.05
- 200 lits et plus : 0.06

Autres milieux de soins : 0.03

On ne tient pas compte de la rémunération versée pour ces activités dans le calcul des gains externes.

2.5 L'attribution d'un montant forfaitaire de base fractionné pour une charge partielle se fait par tranche ou multiple de 0,05 forfait.

2.6 Les parties négociantes déterminent la distribution de la rémunération forfaitaire pour l'ensemble des centres hospitaliers. À cette fin, elles tiennent compte notamment des critères suivants, et ce, à l'échelle régionale et provinciale :

- a) des besoins de la population en services en microbiologie - infectiologie;
- b) des besoins en médecins microbiologistes infectiologues;
- c) de l'organisation du réseau de la santé.

Article 3

Modalités de paiement

3.1 Le médecin microbiologiste infectiologue 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 microbiologiste infectiologue ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

AVIS : *Veuillez vous référer à l'article 4.5 du Préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés. Le calendrier des jours fériés de l'établissement ou celui de la Régie, paraissent dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Calendriers](#) de l'onglet Facturation.*

- iv) au cours de tout exercice financier d'une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.2 ii), une partie quelconque des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que celles mentionnées aux sous-paragaphes a), b), c) et d) du paragraphe 4.2.2 i), de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société.
- + v) Le laboratoire doit fournir l'information nécessaire permettant de situer le contexte de l'offre de radiologie dans son territoire et de démontrer son apport à l'offre de service du réseau public et le maintien de celui-ci. Le cas échéant, il doit proposer une offre de service complémentaire au réseau de la santé.

Cette condition n'est toutefois pas exigée à l'égard d'un laboratoire d'imagerie médicale dont le permis correspond à un permis de laboratoire d'imagerie médicale satellite. Est ainsi considéré le laboratoire d'imagerie médicale qui constitue un point de service d'un laboratoire d'imagerie médicale principal, lequel satisfait à l'ensemble des conditions prévues au présent protocole et a préalablement été reconnu par les parties négociantes.

4.3 Le médecin spécialiste en radiologie qui souhaite obtenir la reconnaissance d'un laboratoire de radiologie générale aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation doit présenter une demande à cet effet aux parties négociantes.

Il doit indiquer le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé et fournir toute l'information et la documentation nécessaire à l'analyse de sa demande et permettant de constater que les conditions mentionnées à l'article 4.2 sont rencontrées.

4.4 Est créé un comité conjoint composé en parts égales de représentants de la Fédération et du ministère de la Santé et des Services sociaux auxquelles sont soumises les demandes de reconnaissance présentées en vertu de l'article 4.3 aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation.

Au terme de son analyse, le comité conjoint fait une recommandation aux parties négociantes.

4.5 Suite aux recommandations du comité conjoint, les parties négociantes déterminent et désignent les laboratoires de radiologie générale qui sont reconnus aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation ainsi que le secteur d'activités radiologiques visé.

4.6 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application ou à la cessation d'application de l'honoraire de numérisation dans un laboratoire et un secteur d'activités radiologiques désignés.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : *Pour la facturation de la radiologie diagnostique en laboratoire de radiologie diagnostique, 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 au tarif, utiliser le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606.

AVIS : *Aux fins de la facturation sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, **toujours inscrire un zéro au début du code d'acte** et aux fins de la facturation sur le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, **toujours inscrire un zéro à la fin du code d'acte.***

*Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (**093** ou un de ses multiples), le cas échéant. Voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement. En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

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 E, exemple 2, 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.*

AVIS : *Pour réclamer l'honoraire de numérisation, utiliser le rôle 7 avec le modificateur **105, 106** ou **107** selon le cas. Le rôle 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement. (voir les instructions de facturation à la règle 1.4 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique).*

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		35,90	
	<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identifica- tion de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi du formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, utiliser un formulaire Document complémentaire n° 1944 pour inscrire les renseignements demandés.			
8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit : en établissement en cabinet		11,40 22,80	
	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 + 8,80 \$. (MOD=008)			

L C N
R = 7 R = 1 R = 9

MAMMOGRAPHIE

AVIS : Aux fins de la facturation, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

- # **AVIS :** Facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :
- facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement où l'interprétation a été effectuée;
 - inscrire la date de l'interprétation comme date de service;
 - inscrire le code d'établissement où l'interprétation a été effectuée dans la case ÉTABLISSEMENT;
 - inscrire un « A » dans la case C.S.;
 - préciser le lieu où la technique a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié » ayant fait l'objet d'un processus d'agrément reconnu par les parties négociantes. (1*)

	diagnostique avec ou sans examen clinique			
8048	unilatérale	25,40	9,50	15 %
8049	bilatérale	38,40	18,80	15 %
	clichés supplémentaires			
8072	unilatéral	23,40	8,70	15 %
8073	bilatéral	38,40	17,50	15 %

- # **AVIS :** (1*) Pour connaître la liste des établissements reconnus ayant un mammographe dédié, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Etablissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
	de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an.			
	NOTE : Les services médicaux Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale (codes d'acte 8078, 8079, 8134 et 8135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.			
	NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Centre de dépistage désigné, CDD).			
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
8078	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
8079	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
8081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente n° 107)	7,50		
	clichés supplémentaires			
8103	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
8104	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).			

#AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

L C N
R = 7 R = 1 R = 9

de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an.

NOTE : Les services médicaux Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale (codes d'acte 8078, 8079, 8134 et 8135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Centre de dépistage désigné, CDD).

comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale

8134	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
8135	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
clichés supplémentaires				
8129	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
8130	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %

NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

8099	radiographie d'une pièce biopsique	23,40	5,70	15 %
------	--	-------	------	------

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement
- Médecin n° 1200, quel que soit le lieu où les services ont été rendus.
L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

#AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Etablissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc. (1*).		59,80	
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage.			
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
8145	unilatérale		8,60	
8146	bilatérale		17,40	

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Etablissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

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

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation.
- Remplir le formulaire Demande de paiement
 - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre Angioradiologie interprétation et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606.

ANGIORADIOLOGIE

- | | | |
|------|---|-------|
| 8433 | Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique ou interventionnelle avec rapport au dossier | 68,60 |
| | NOTE : Cette évaluation ne peut pas être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient. | |
| | NOTE : L'acte codé 8433 ne peut pas être facturé avec les actes codés 9222 et 9299, pour le même patient, le même jour. | |

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 10 ans (MOD=066).

- | | | |
|------|--|--------|
| 8401 | Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)
insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste | 110,70 |
|------|--|--------|

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.

AVIS : Voir la règle d'application n° 12.

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.

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

8442	Examen vasculaire	
	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
	NOTE : L'acte codé 8442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8570.	
8443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,00
	NOTE : L'acte codé 8443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8571.	
8444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) .	105,00
	NOTE : L'acte codé 8444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8445 ou 8572.	
8445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux.	105,00
	NOTE : L'acte codé 8445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8444, 8573 ou 8574.	

		R = 7	R = 1
8446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)		160,00
#	NOTE : L'acte codé 8446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8444, 8445, 8447, 8449, 8572, 8573 ou 8574.		
8447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire: thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) .		105,00
#	NOTE : L'acte codé 8447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8444, 8446 ou 8572.		
8448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00
	NOTE : L'acte codé 8448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8575.		
8449	Examen d'une deuxième région (maximum 1), supplément		67,50

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut de Cardiologie de Québec
- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUL
- + - CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, le formulaire Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement n° 3051 pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*