



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

**MISE À JOUR 55
MARS 2010**

Veillez 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 53, en vigueur le 1^{er} mars 2010, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

MODIFICATION 53

RÈGLE D'APPLICATION

- Le tarif du Plafond d'activité 31 pour la Chirurgie générale a été modifiée.
- **en vigueur le 1^{er} janvier 2010.**

Page : [16](#)

ONGLETS F, H et M

- Modification de libellés, codes d'acte abolis, ajouts et changements de tarification de certains codes d'acte.

Page : [F-6 \(Modification 49\)](#) - **en vigueur le 1^{er} mai 2009.**

Page : [H-20](#) - **entrée en vigueur reportée le 1^{er} juillet 2010.**

Pages : [M-2](#) à M-4

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification du libellé des messages 245, 360, 592, 615 et 800

Pages : [12](#), [14](#), [16](#), [17](#) et [20](#)

- Ajout des messages 246 et 247

Page : [12](#)

Remarque : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : n° 187 - mars 2010.*

LÉGENDE

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

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

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

5.6.2 CALENDRIER DE PAIEMENT 2010

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2010

JANVIER *19							FÉVRIER *20							MARS *23								
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM		
(1)				1	2		(6)	1	2	3	4	5	6	(10)	1	2	3	4	5	6		
(2)	4	5	6	7	8	9	(7)	7	8	9	10	11	12	13	(11)	7	8	9	10	11	12	13
(3)	11	12	13	14	15	16	(8)	14	15	16	17	18	19	20	(12)	14	15	16	17	18	19	20
(4)	18	19	20	21	22	23	(9)	21	22	23	24	25	26	27	(13)	21	22	23	24	25	26	27
(5)	25	26	27	28	29	30	(10)	28						(14)	28	29	30	31				
(24)	31																					

AVRIL *20							MAI *20							JUIN *21									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(14)				1	2	3	(18)					1		(23)		1	2	3	4	5			
(15)	4	5	6	7	8	9	10	(19)	2	3	4	5	6	7	8	(24)	6	7	8	9	10	11	12
(16)	11	12	13	14	15	16	17	(20)	9	10	11	12	13	14	15	(25)	13	14	15	16	17	18	19
(17)	18	19	20	21	22	23	24	(21)	16	17	18	19	20	21	22	(26)	20	21	22	23	24	25	26
(18)	25	26	27	28	29	30	(22)	23	24	25	26	27	28	29	(27)	27	28	29	30				

JUILLET *21							AOÛT *22							SEPTEMBRE *21									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(27)				1	2	3	(32)	1	2	3	4	5	6	7	(36)				1	2	3	4	
(28)	4	5	6	7	8	9	10	(33)	8	9	10	11	12	13	14	(37)	5	6	7	8	9	10	11
(29)	11	12	13	14	15	16	17	(34)	15	16	17	18	19	20	21	(38)	12	13	14	15	16	17	18
(30)	18	19	20	21	22	23	24	(35)	22	23	24	25	26	27	28	(39)	19	20	21	22	23	24	25
(31)	25	26	27	28	29	30	31	(36)	29	30	31				(40)	26	27	28	29	30			

OCTOBRE *20							NOVEMBRE *22							DÉCEMBRE *19									
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM			
(40)				1	2		(46)	1	2	3	4	5	6	(50)				1	2	3	4		
(41)	3	4	5	6	7	8	9	(47)	7	8	9	10	11	12	13	(51)	5	6	7	8	9	10	11
(42)	10	11	12	13	14	15	16	(48)	14	15	16	17	18	19	20	(52)	12	13	14	15	16	17	18
(43)	17	18	19	20	21	22	23	(49)	21	22	23	24	25	26	27	(53)	19	20	21	22	23	24	25
(44)	24	25	26	27	28	29	30	(49)	28	29	30				(53)	26	27	28	29	30	31		

*) - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

*NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2011

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(331)						1
(2)	3	4	5	6	7	8
(3)	10	11	12	13	14	15
(4)	17	18	19	20	21	22
(5)	23	24	25	26	27	28
(6)	30	31				

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(8)		1	2	3	4	5
(7)	6	7	8	9	10	11
(8)	13	14	15	16	17	18
(9)	19	20	21	22	23	24
(10)	25	26	27	28		
(11)	29	30				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)		1	2	3	4	5
(11)	6	7	8	9	10	11
(12)	13	14	15	16	17	18
(13)	19	20	21	22	23	24
(14)	25	26	27	28	29	30
(15)	31					

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)					1	2
(15)	3	4	5	6	7	8
(16)	9	10	11	12	13	14
(17)	15	16	17	18	19	20
(18)	21	22	23	24	25	26
(19)	27	28	29	30		

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)		1	2	3	4	5
(20)	6	7	8	9	10	11
(21)	12	13	14	15	16	17
(22)	18	19	20	21	22	23
(23)	24	25	26	27	28	29
(24)	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)			1	2	3	4
(24)	5	6	7	8	9	10
(25)	11	12	13	14	15	16
(26)	17	18	19	20	21	22
(27)	23	24	25	26	27	28
(28)	29	30	31			

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					1	2
(28)	3	4	5	6	7	8
(29)	9	10	11	12	13	14
(30)	15	16	17	18	19	20
(31)	21	22	23	24	25	26
(32)	27	28	29	30	31	

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)		1	2	3	4	5
(33)	6	7	8	9	10	11
(34)	12	13	14	15	16	17
(35)	18	19	20	21	22	23
(36)	24	25	26	27	28	29
(37)	30	31				

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)					1	2
(37)	3	4	5	6	7	8
(38)	9	10	11	12	13	14
(39)	15	16	17	18	19	20
(40)	21	22	23	24	25	26
(41)	27	28	29	30		

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						1
(41)	2	3	4	5	6	7
(42)	8	9	10	11	12	13
(43)	14	15	16	17	18	19
(44)	20	21	22	23	24	25
(45)	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)		1	2	3	4	5
(46)	6	7	8	9	10	11
(47)	12	13	14	15	16	17
(48)	18	19	20	21	22	23
(49)	24	25	26	27	28	29
(50)	30					

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)					1	2
(50)	3	4	5	6	7	8
(51)	9	10	11	12	13	14
(52)	15	16	17	18	19	20
(53)	21	22	23	24	25	26
(54)	27	28	29	30	31	

7095 236 08/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

MESSAGES EXPLICATIFS**5.6.3 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^o 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.
- 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 (ref. : Lettre d'entente #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 #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 à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n^o 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 #110, Brochure n^o 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.
- # **246** Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (7 chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
- # **247** Le code de spécialité est absent, illisible, incomplet (2 chiffres), erroné ou inexistant sur la demande de paiement.
- 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.
- 252** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte (quote-part) si vous n'êtes pas classé en microbiologie-infectiologie ou en biochimie médicale et si vous n'êtes pas désigné par les parties négociantes.
- 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 no 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 ou le délai de prescription prévus à la Loi sur l'assurance maladie est expiré.
- 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.
- 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 vingt-huit (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.
- # **360** Le code d'acte est absent, illisible, incomplet (5 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 F.M.S.Q.).
- 370** Ce code d'acte n'est payable qu'au médecin pathologiste désigné dans un établissement par les parties négociantes.
- 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 prévu par amendement 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.
- 405** Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 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 (9) heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 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 à l'utilisation du transporteur aérien 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.
- 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.
- 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.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 567** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé à demi-tarif.
- 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 suite à 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 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 cardiovasculaire, 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 (3) 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.
- 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 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** Conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 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 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 #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).
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5).
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 653** Conformément au maximum d'honoraires payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » lors de la même séance.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante, et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686** Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687** Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690** Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.

- 703** Le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988* n'a pas été rempli.
- 704** Les honoraires ont été modifiés selon les pièces justificatives fournies.
- 705** Le montant réclamé ne correspond pas au nombre de kilomètres inscrit.
- 706** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'Annexe 23 la distance parcourue doit être de plus de 40 km.
- 707** Les frais d'un seul déplacement par semaine vers un même établissement sont payables en vertu de l'Annexe 23 (article 2 : « Territoires désignés »).
- 708** Les frais de déplacement doivent être payés en tenant compte de la distance unidirectionnelle seulement (ref. : Les dispositions générales de l'Annexe 23).
- 710** Déplacement non acceptable.
- 712** L'indemnité relative au temps de déplacement (code 99920) n'est payable qu'au médecin spécialiste établi dans un territoire désigné ou à son remplaçant (ref. : Annexe 23).
- 713** L'indemnité relative au temps de déplacement doit être facturée sur le formulaire *Demande de paiement - Médecin n° 1200* (ref. : Lettre d'entente A-50).
- 714** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- 715** En fonction du nombre de kilomètres inscrit.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 718** Les frais d'un seul déplacement par semaine auprès d'un même centre hospitalier sont payables. (ref. : article 3 de l'Annexe 23, onglet *Frais de déplacement et de séjour*).
- 722** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'Annexe 23.
- 723** Le kilométrage inscrit sur la demande de paiement a été modifié ou refusé en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- 726** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 729** Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 731** La réclamation des frais de déplacement n'est pas acceptée étant donné que les services qui les justifient ont été refusés ou sont absents. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 735** Cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038 (ref. : Règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie).
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

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

- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 931** Demande de paiement révisée.
- 932** Demande de paiement révisée à votre demande.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 945** Pour correspondre à la nature de votre activité professionnelle dans ce centre hospitalier (principal ou secondaire).
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Les services médicaux « rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique », (code 00746) et « rhinopharyngoscopie directe (rigide), avec ou sans biopsie, sous anesthésie générale », (code 00710), sont sujets à un plafonnement d'activités total de 217 par semestre, pour les deux.

2. Le service médical « Excision, corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) » (code 07197), est sujet à un plafonnement de 25 par semestre.

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

3. Le service médical « audiométrie tonale, interprétation et technique de procédé », (code 00180), est sujet à un plafonnement de 500 par semestre.

4. Le service médical « audiométrie tonale et vocale, interprétation et technique de procédé », (code 00747), est sujet à un plafonnement de 750 par semestre.

5. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non-automatique), unilatéral ou bilatéral », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 47 580 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 43 500 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

Les examens in vitro de la section *Médecine nucléaire* du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 42 000 \$ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

1. Pour le médecin classé en médecine interne, en rhumatologie ou en gériatrie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total pour les deux, par semestre, à l'égard des patients hospitalisés en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée, exception faite des tournées des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 625 \$ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.13 PA 29. Neurologie

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 séances par semestre comprenant un ou plusieurs des actes suivants :

- Code 00356** Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles
- Code 09412** Électromyographie extensive, 7 muscles et plus
- Code 00357** Étude de la conduction nerveuse

AVIS : *Tout supplément d'activités sera payé au quart du tarif.*

2. Pour le médecin classé en neurologie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades est plafonné à 1650 au total pour les deux par semestre, à l'égard des patients hospitalisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée.

AVIS : *Tout supplément d'activités sera payé au quart du tarif.*

2.14 PA 30. Dermatologie

Pour le médecin classé en dermatologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Un plafonnement de 11 250 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture », (code 01101), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins », (code 01102).

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

2. Un plafonnement de 6 170 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins », (code 01108), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins », (code 01121).

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

2.15 PA 31. Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique les plafonnements d'activités suivants :

- + 1. Un plafonnement de 162 740 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux suivants :
 - i) les forfaits patient et forfaits unité payable aux soins intensifs en vertu de l'Annexe 29;
 - ii) l'ensemble des services médicaux accomplis sur les lieux d'une unité de soins intensifs.

Les honoraires pour les services médicaux accomplis en urgence au sens du paragraphe 4.2 de l'Annexe 29 ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement d'activités, une fois le maximum atteint.

2. Un plafonnement de 26 250 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre « Cardio-vasculaire », sous la rubrique « Varices et ulcères variqueux ».

SLE - Spécialistes**F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**

08661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	29,80
08662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	23,80
08663	Mesure du débit cardiaque	11,90
08664	Mesure du temps de circulation	10,70
08665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	5,50
08666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	6,00
08667	Scintigraphie du myocarde	29,80
08668	Scinti-angiographie aorte/ses branches, excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	17,80
08669	Phlébographie isotopique	69,90
08670	Ventriculographie isotopique	29,80

SYSTÈME RESPIRATOIRE

08671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	34,90
08672	Angiographie pulmonaire	17,60
08673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	49,00
08674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	49,00

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

08675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	11,90
08676	Scintigraphie cérébrale	28,00
08677	Cisternographie (2-6-24 hres)	104,80

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

08704	Ostéodensitométrie isotopique (PG-7)	19,10
-------	--	-------

AVIS : Voir la Règle d'application n° 16.
*S'il s'agit d'un traitement de l'ostéoporose, inscrire le code 733.0 dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.
 Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

	Scintigraphie osseuse (excluant ostéodensitométrie isotopique) :	
08678	un site	21,00
08679	sites multiples	49,60
	Scintigraphie articulaire :	
08680	un site	21,00
08681	sites multiples	49,60

DIVERS

08682	Scintigraphie de l'abdomen	34,90
08683	Scintigraphie des voies lacrymales	49,00
08684	Scintigraphie des glandes salivaires	49,00
08685	Placentographie	17,60
08686	Recherche de foyer d'abcès (PG-7)	56,00
08687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre au P32	34,90
08688	Recherche de néoplasie du sein	21,00
08689	Scintigraphie des testicules	69,90
08690	Étude du taux d'épuration	17,60
08691	Scintigraphie des chaînes mammaires	34,90

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**SLE - Spécialistes**

	Autre scintigraphie :	
08692	un site	21,00
08693	sites multiples	56,00
08694	Scintigraphie par fluorescence-X	34,90
08695	Mesure des éléments tracés « in vivo » par activation neutronale	63,60
	Tomographie assistée	
08701	cerveau (PG-7)	73,80
08702	coeur (PG-7)	52,20
	<u>AVIS : Voir la Règle d'application n° 17.</u>	
+ 08703	autre (PG-7)	61,50
08700	Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance (PG-7)	250,00
	TRAITEMENT	
08705	Brachythérapie	127,10
08696	Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne	217,00
08697	Traitement par radio-isotope métabolisé	119,40
08698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire.	104,80
08699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire, par visite	15,30
	ÉPREUVES « IN VITRO »	
82744	Acide folique	0,10
82604	Adrénocorticotropine (ACTH)	0,10
82605	Aldostérone	0,10
82625	AMP cyclique	0,10
82606	Angiotensine I	0,10
82614	Angiotensine II	0,10
82664	Antigène australien (HAA)	0,10
82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	0,10
82676	Anti-human IgE	0,10
82624	Cortisol	0,10
82644	Digitoxine	0,10
82626	Digoxine	0,10
82645	Estradiol	0,10
82646	Folliculo-stimuline (FSH)	0,10
82654	Gastrine	0,10
82655	Glucagon	0,10
82656	GMP cyclique	0,10
82665	Gonadotropine chorionique	0,10
82666	Hormone de croissance (HGH)	0,10
82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	0,10
82686	Hormone lutéinisante (LH)	0,10
82726	Hormone thyroestimulante (TSH)	0,10
82675	IgE	0,10
82684	Insuline	0,10
82694	LSD	0,10
82685	Lupus érythémateux (LE)	0,10
82695	Morphine	0,10

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8214	Fistulographie	23,90	26,50	60 %
8201	Galactographie	36,20	53,10	60 %
8202	Kystographie mammaire	47,40	55,50	60 %
8119	Laryngogramme avec contraste opaque	63,90	60,60	60 %
8096	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire contraste huileux (PG-7)	76,40	28,80	60 %
8097	contraste non ionique (PG-7)	163,90	31,90	60 %
8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		54,70	
8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	62,60	102,60	60 %

AVIS : Utiliser le formulaire Demande de paiement -
Médecin n° 1200 *peu importe le lieu de
dispensation.*

8025	Sialographie	49,00	43,60	60 %
------	------------------------	-------	-------	------

DIVERS

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les
indications médicales dans la case **DIAGNOS-
TIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COM-
PLÉMENTAIRES.**

**Pour les codes d'acte 08243, 08245, 08246 et
08247, remplir le formulaire** Demande de paie-
ment - Médecin n° 1200, **que les services
soient rendus en laboratoire de radiologie
diagnostique ou en établissement. L'identité de
chaque personne assurée est obligatoire.**

	Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)			
8243	Examen initial de base	40,30	22,50	15 %
	Suivi (« follow-up »):			
8245	un site	35,90	13,40	15 %
8246	deux sites ou plus	40,30	18,30	15 %
8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,50	4,10	15 %
8006	Stéréotaxie	65,20	24,40	15 %
8232	Tomographie	55,40	16,00	15 %

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

SLE - Spécialistes

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		34,20	
	<p><u>AVIS :</u> <i>Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. 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.</i></p>			
8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :			
	en établissement		10,90	
	en cabinet		21,70	
	<p>Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni</p> <p>En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD=021)</p> <p>En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen + 8,40\$. (MOD=008)</p>			

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 un « A » dans la case C.S.
-préciser le lieu où l'interprétation a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
-inscrire le code de l'établissement où la technique a été effectuée dans la case prévue à cet effet.

+ 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.

M - GÉNÉTIQUE MÉDICALE**ADDENDUM 12.
GÉNÉTIQUE MÉDICALE**

Le présent addendum détermine la rémunération du médecin généticien pour les activités accomplies dans le laboratoire de génétique médicale d'un centre hospitalier.

**RÈGLE 1.
TARIFICATION**

- 1.1** L'honoraire du test diagnostique comporte, outre l'interprétation du test, la rédaction d'un rapport.
- 1.2** Les services de laboratoire de génétique reliés à un programme universel de dépistage d'une population ne sont pas inclus dans le présent tarif.
- 1.3** Les honoraires des services de laboratoire génétique sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir le formulaire Demande de paiement - médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

**RÈGLE 2.
ÉTUDES MULTIPLES SUR UN MÊME ÉCHANTILLON**

- 2.1** L'honoraire d'hybridation in situ sur chromosomes interphasiques ou métaphasiques couvre l'ensemble des hybridations utilisant une ou plusieurs sondes faites à partir d'un même échantillon biologique et nécessaires pour définir la présence ou l'absence d'une ou plusieurs anomalies chromosomiques chez un individu donné.
- 2.2** Les honoraires prévus sous la rubrique enzymologie couvrent l'ensemble des dosages enzymatiques dans un même sentier métabolique, sur des spécimens biologiques provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie métabolique chez un individu donné.
- 2.3** Les honoraires prévus sous la rubrique génétique moléculaire couvrent l'ensemble des analyses utilisant la même technique mais examinant des régions différentes d'un même gène à partir de l'ADN provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie d'un gène chez un individu donné.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir le formulaire Demande de paiement - médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.

Cytogénétique		
+ 09601	Caryotype pour maladies constitutionnelles	68,70
+ 09602	si effectué à haute résolution (>= à 550 bandes), supplément .	21,20
+ 09603	Caryotype pour maladies acquises	116,30
+ 09606	Décompte des cassures chromosomiques	105,80
+ 09607	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	47,60
+ 09608	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	84,60
+ 09609	Étude des échanges entre chromatides soeurs	105,80
+ 09660	Hybridation génomique comparative (chromosomique ou sur micropuce)	158,60
Génétique biochimique		
Enzymologie		
09612	Biolinidase	75,00
+ 09613	Carnitine acétyltransférase	79,30
+ 09614	Disaccharidases	211,50
+ 09615	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate . .	317,30
+ 09616	Enzymes du cycle de l'urée	211,50
+ 09617	Enzymes lysosomaux	211,50
+ 09618	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	211,50
+ 09619	Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique	317,30
	NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man »), le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient. (1*)	
09620	Fumarylacétoacétate hydrolase	75,00
09621	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	75,00
+ 09622	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	317,30

AVIS : (1*) Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres, le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

+ 09623	Autres enzymes.	79,30
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement. (1*)	
	Métabolites	
+ 09626	7-Dehydrocholestérol.	13,20
+ 09627	Acide hippurique	13,20
+ 09628	Acide homogentisique (quantitatif)	13,20
+ 09629	Acide méthylmalonique (quantitatif)	13,20
+ 09630	Acide orotique (quantitatif)	13,20
+ 09631	Acide phytanique (quantitatif)	13,20
+ 09632	Acide pipécolique (qualitatif)	13,20
+ 09633	Acide sialique.	13,20
+ 09634	Acides aminés (quantitatif)	79,30
+ 09635	Acides gras à très longues chaînes	26,40
+ 09636	Acides gras libres	26,40
+ 09637	Acides organiques (quantitatif)	79,30
+ 09638	Acylocarnitines.	79,30
+ 09639	Carnitine libre et estérifiée.	26,40
+ 09640	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate	26,40
+ 09641	Galactose-1-PO4	13,20
+ 09642	Homocystéine totale	5,30
+ 09643	Mucopolysaccharides (qualitatif)	26,40
+ 09644	Mucopolysaccharides (quantitatif)	26,40
+ 09645	Oligosaccharides (qualitatif)	52,90
+ 09646	Purines et pyrimidines	26,40
09647	Sphingolipides (qualitatif)	25,00
+ 09648	Succinylacétone (quantitatif)	13,20
+ 09649	Autres métabolites	5,30
+ 09661	Créatine et guanidinoacétate	26,40
+ 09662	Globotriaosylcéramique (Gb3)	13,20

AVIS : (1*) Inscrive dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres.

Génétique moléculaire :

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (1*)

+ 09663	Étude moléculaire d'un ou 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	21,20
+ 09664	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	42,30
+ 09665	Étude moléculaire d'un ou de plusieurs segments d'un même gène pour détermination du nombre de copies de l'ADN	232,70
+ 09666	Étude moléculaire pour qualifier l'ARN d'un gène humain	232,70
+ 09667	Étude moléculaire pour recherche de mutation(s) par séquençage d'un segment d'un gène	42,30
+ 09668	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	63,50
+ 09658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	84,60
+ 09659	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragments différents de la protéine codée par le gène étudié	232,70
+ 09669	Étude du profil de méthylation d'un segment du génome	116,30
+ 09670	Étude moléculaire d'une ou plusieurs séquences microsatellites ou l'étude de l'instabilité des microsatellites	63,50

AVIS : (1*) *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres et le nom du gène faisant l'objet du test.*