



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

**MISE À JOUR 53  
JUILLET 2009**

*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 50, en vigueur le 1<sup>er</sup> JUILLET 2009, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives**

**MODIFICATION 50**

**RÈGLE D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS**

- La Règle d'application n<sup>o</sup> 18 a été modifiée.  
*(en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2009)*  
**Page :** [6](#)
- Les Plafonnements d'activités PA 23, PA 30 et PA 31 ont été modifiés.  
**Pages :** [15](#) et [16](#)
- Le Plafonnement d'activités PA 20 a été modifié.  
*(en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009).*  
**Page :** [15](#)
- Au Plafonnement de gains bruts - PG 1, le tableau sous l'article 3.1.1 a été modifié.  
**Page :** [18](#)
- Au Plafonnement de gains nets - PG 2, les articles 3.2.1 et 3.2.2 ont été modifiés.  
**Page :** [18](#)
- Les Plafonnements particuliers PG 3, PG 8 et PG 9 ont été modifiés.  
**Page :** [19](#)

**ONGLET H**

- La note sous le titre MAMMOGRAPHIE a été modifiée.  
*(en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010)*  
**Page :** [20](#)

## MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

### PAIEMENT

- Modification administrative.

**Page :** [3](#)

### ONGLETS A

- Des avis administratifs ont été retirés.

**Page :** [A-7](#)

### ONGLETS H

- Un avis administratif a été ajouté.

**Page :** [H-11](#)

- L'avis de bas de page a été modifié.

**Pages :** [H-20](#), [H-21](#) et [H-22](#)

**Remarque :** *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivant : 053 - juillet 2009.*

## 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** 

## 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 **AVIS**.

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

La Régie remet à chaque nouveau médecin 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 « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

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

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

## COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

**Par le site Internet :**

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

**Par courrier électronique Internet :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

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

- à Québec : 418 528-7763  
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

**Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :**

- 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  
Centre de contacts des professionnels  
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 ou 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 la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

**5.3.1 DESCRIPTION**

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transaction.

**5.3.1.1 Renseignements généraux**

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM. Les nom et prénom du médecin.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL. Le numéro du médecin ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
- # 3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : numéro de groupe du médecin s'il y a lieu (compte administratif).
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU DÉPÔT DIRECT. Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre « V ».
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE. Cette date correspond à celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « P » - Papier, ou « T » par Internet, par télécommunication ou par disquettes.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT. Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. PAGINATION. La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE. Nom et adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

**5.3.1.2 Sommaire**

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

**Messages généraux****Paielements et retenues**

- total des montants payés par type de transaction;
- montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- montant net payé.

**Déductions cumulatives****Description des codes de transactions**

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

### 5.3.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).  
Les demandes de paiement pour les services de laboratoire en établissement sont identifiées par la lettre « H » précédant le numéro de la demande
- 2a. DATE. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour ex : AA0329 i.e. AA pour 20AA, 03 pour mars et 29 pour le quantième.
- 3a. ACTE. Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne. Cette colonne ne s'applique que pour les médecins rémunérés à l'acte.
- 4a. BÉNÉFICIAIRE (Personne assurée). S.L.E. : rien ne figure dans cette colonne.
- 5a. CODE. Numéros référant à la nature de la transaction « TRA » et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir 5.6).
- 6a. MONTANT PAYÉ. Le montant du paiement ou de la rectification. Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

### 5.3.2 VÉRIFICATION DES PAIEMENTS

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis (Voir 5). Le médecin doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement.

## 5.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

### 5.4.1 PAIEMENT AUTORISÉ TEL QUE RÉCLAMÉ

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin.

### 5.4.2 DEMANDES DE PAIEMENT EN COURS DE TRAITEMENT

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

#### 5.4.3 PAIEMENT REFUSÉ EN PARTIE

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 5.6).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec les motifs à l'appui ou demander des explications additionnelles doit présenter une **demande de révision**.

**Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.**

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'explication n° 1549* et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

#### 5.4.4 PAIEMENT REFUSÉ EN TOTALITÉ

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 5.6). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne Acte.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale. Si cette correction ou cette modification correspond à la description d'un des modificateurs de l'Annexe II sous l'onglet *Rémunération à l'acte - rédaction de la demande de paiement*, inscrire le modificateur dans la case appropriée de la demande de paiement refacturée.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

**IMPORTANT :** Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

Ces deux derniers renseignements doivent être inscrits dans l'espace situé sous la colonne À L'USAGE DE LA RÉGIE pour le formulaire *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606*. Joindre ces nouvelles demandes de paiement à l'envoi régulier.

- b) **RÉVISION :** **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (Voir 4.7.1) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

**Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.**

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'explication n° 1549* et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

## 5.5 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (voir 5.6).

Pour obtenir paiement, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

**IMPORTANT :** Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

Ces deux derniers renseignements doivent être inscrits dans l'espace situé sous la colonne À L'USAGE DE LA RÉGIE pour le formulaire *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606*. Joindre ces nouvelles demandes de paiement à l'envoi régulier.

**5.6 CODES DE TRANSACTIONS ET DE MESSAGES EXPLICATIFS**

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 5.6.1) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir 5.6.3).

Aucun code :

Demande de paiement payée au montant demandé.

**5.6.1 CODES DE TRANSACTIONS**

- 00** Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02** Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03** Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec un code 10, 11 ou 12 (ne pas faire de demande de révision).
- 04** Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05** Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaitra sur un état de compte subséquent.
- 10** Rectification après appréciation (déjà paru avec code 03).
- 11** Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà paru avec code 03).
- 12** Paiement maintenu après appréciation (déjà paru avec code 03).
- 20** Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- 21** Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- 22** Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23** Demande de révision payée à zéro.
- 30** Intérêt sur demande de paiement.
- 40** Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41** Paiement d'avantages sociaux.
- 50** Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- 88** Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- 90** Ajustements spéciaux de révision.
- 91 à 95** Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 96** D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- 97 et 98** Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- 99** Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

**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° 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° 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° 1).
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.

- 245** Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des professionnels.
- 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.
- 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 ou inexistant.
- 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.
- 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<sup>o</sup> 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n<sup>o</sup> 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 par trajet unidirectionnel 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 n'est pas indiqué 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.
- Veillez 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** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la ligne de service ou 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 réclamé a été réduit en fonction des outils de mesures 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, 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.

---

**RÈGLES D'APPLICATION**

**6. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS**

**1. RÈGLES D'APPLICATION**

**RÈGLE D'APPLICATION N° 1**

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

1. Le médecin spécialiste qui revoit un malade pour contrôler son état allergique en cours de cure d'hyposensibilisation, n'a pas droit au paiement d'honoraires de visite, sauf une visite de contrôle au terme de chaque série de 5 séances de traitement.

Des honoraires de visite peuvent toutefois être demandés lorsque le malade consulte pour une autre pathologie.

2. En établissement, seul a droit au paiement de l'honoraire correspondant au code « cure d'hyposensibilisation », le médecin spécialiste qui donne l'injection.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 2**

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

On ne peut ajouter au tarif d'une visite, celui d'une thérapie de communication, sauf si le temps consacré au malade a dépassé 60 minutes.

Celui qui demande paiement d'une thérapie de communication, doit joindre au relevé d'honoraires des notes explicatives.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 3**

## OPHTALMOLOGIE

## Actes chirurgicaux

Certaines chirurgies pratiquées au cours d'une même séance sont comprises dans le tarif de la chirurgie principale, si elles touchent le même oeil.

Ces chirurgies sont:

- 07801 Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation par Laser YAG
- 07802 Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG
- 07051 Sphinctérotomie
- 07052 Synéctotomie irienne (corélyse)
- 07055 Cataracte membraneuse : discission
- 07137 Iridectomie périphérique ou complète
- 07811 Cyclodialyse
- 07814 Corectopie
- 07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire
- 07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction
- 07330 Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 4****CHIRURGIES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MULTIPLES AU COURS D'UNE SÉANCE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**

En obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques apparaissant sous la rubrique Obstétrique-gynécologie et des chirurgies pratiquées au cours de la même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie » (à l'exception de l'insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non et de la biopsie de l'endomètre), les chirurgies digestives et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne, l'hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin ».

De plus, nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie, lorsqu'un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par ce médecin est également payée à plein tarif.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 6**

Les prestations de soins suivantes ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence :

- Soins d'un nouveau-né.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgie oncologique complexe (sauf pour les honoraires d'anesthésie).
- Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque ou cardiaque-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire.
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles.
- Coloscopie et intubation caecale chez un patient à haut risque de développer un cancer colorectal (présence de signes ou de symptômes).

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 7****CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE**

Pour le médecin classé en chirurgie thoracique ou en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, les visites pré-opératoires sont comprises dans le tarif de la chirurgie sauf celles qui sont faites plus de 90 jours avant la chirurgie.

Pour les fins d'application de cette règle, les chirurgies visées sont celles apparaissant au chapitre « SYSTÈME CARDIAQUE », sous les rubriques « Actes généraux », « Coeur et péricarde », « Chirurgie coronarienne », « Stimulateur cardiaque », « Chirurgie de l'arythmie » et « Appareil vasculaire, thoracique ». Sont également visées les chirurgies codées 04662, 04677 et 04688.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 8****URGENCES**

Le médecin spécialiste qui voit un malade aux urgences, est payé suivant la tarification des visites en externe.

Toutefois, on lui accorde le tarif de l'hospitalisation s'il s'agit d'un malade qui séjourne aux urgences en attendant d'être dirigé aux étages.

La visite principale aux urgences donne droit au supplément de la consultation, aux conditions établies au préambule général.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 9****OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du fœtus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier ou dans un autre établissement désigné par les parties négociantes.

Aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement pratiqué en cabinet privé; il en est de même pour les soins qui y sont reliés, donnés par le médecin avorteur.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 10****ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE**

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

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 11**

## TOMODENSITOMÉTRIE

**11.1** En tomodensitométrie, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas de tomodensitomètre ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire

**11.2** Le médecin radiologiste ne peut réclamer le paiement de plus d'un examen de tomodensitométrie par région anatomique, par patient, par jour.

Cette règle ne s'applique pas dans les établissements désignés par les parties négociantes.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 12**

## RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

En résonance magnétique, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas d'appareil de résonance magnétique ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 14**

## OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

Les services médicaux « Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique DXA » (codes 08243, 08245 et 08246) et « Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA » (code 08247) ne peuvent être pratiqués que sur indications médicales précises.

**AVIS :** *Consigner les indications médicales précises dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Un seul honoraire de consultation et, le cas échéant, de laboratoire pour ces examens est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de ces examens n'est exigible qu'une fois par période de 12 mois, par patient. Toutefois, sur indication médicale particulière (tels stéroïdes à haute dose, biphosphonates, greffés rénaux, hémodialyse, polytraumatisés neurologiques), il peut être exigible à tous les six mois au cours des 18 premiers mois.

**AVIS :** *Consigner les indications médicales particulières dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour donner ouverture au paiement de l'honoraire de consultation, le médecin radiologiste doit ajouter un rapport écrit au rapport informatisé produit par le logiciel de l'appareil.

Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale, (code 08042), bassin, 1 incidence, (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée, (code 08059) et hanche unilatérale – 2 incidences ou plus (code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants dans le même établissement, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

**AVIS :** *Consigner les indications cliniques spécifiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 16**

#### OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

L'ostéodensitométrie isotopique ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises.

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

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

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 17**

#### MÉDECINE NUCLÉAIRE

Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiques (08660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du cœur (08702) sont pratiquées le même jour, seul le paiement d'une ou des tomographies peut être exigé.

+

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 18**

#### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

En oto-rhino-laryngologie, un médecin ne peut réclamer qu'un seul honoraire de visite par jour, par patient, en clinique externe et en cabinet privé.

**RÈGLE D'APPLICATION N° 19**

## CARDIOLOGIE

1. En cardiologie, aucun honoraire de visite n'est exigible en cabinet privé ou en clinique externe pour un patient lorsqu'une échographie cardiaque a été payée au même médecin, pour le même patient, le même jour.

Toutefois s'il fait, le même jour, une consultation en clinique externe et une échographie cardiaque et s'il rédige un rapport de consultation en plus du rapport spécifique sur l'échographie, le médecin a droit au paiement de la consultation et à 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques foetaux, l'échocardiographie foetale de même qu'à l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne.

**AVIS :** Utiliser le modificateur 072 pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque (Rôles 1 et 7).

2. En cardiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Cette règle ne s'applique toutefois pas au suivi d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.

**AVIS :** Inscrire le modificateur 048 dans la case MOD en regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque.

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammario-coronaires avec ou sans coronarographie » (code d'acte 20506) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

Également, la présente règle ne s'applique pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé, suite à un transfert du patient d'un établissement effectuant déjà de l'angioplastie, dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie et qui est désigné par les parties négociantes.

4. En cardiologie, l'honoraire du service médical « Évaluation - greffe cardiaque et arythmie : Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne » (code 09208) ne peut être réclaté lorsque ce service médical est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176).

5. Les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux », sont rémunérés aux trois quarts du tarif lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient, par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services médicaux à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % des tarifs de l'un ou l'autre des codes d'acte 08303 ou 08311 (rôles 1 et 7). Voir sous l'onglet « K - Ultrasonographie » du manuel des services de laboratoire en établissement.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

6. Le service médical « Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 00176.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

---

## RÈGLE D'APPLICATION N° 20

### NEUROCHIRURGIE

En neurochirurgie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques et les chirurgies pratiquées au cours d'une même séance, au même site.

L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en neurochirurgie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 21**

## CHIRURGIE

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En neurochirurgie et en urologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de cinq mois par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer ou d'une tumeur intracrânienne, ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage-femme et la visite à la demande d'un optométriste sont considérées comme une visite principale.

**AVIS :** *Pour le médecin classé en chirurgie générale, inscrire le modificateur 143 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur 003 pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

*Pour le médecin classé en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, inscrire le modificateur 194 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur 003 pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

*Pour les autres spécialités, inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer ou pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

*Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

**RÈGLE D'APPLICATION N° 22**

## DERMATOLOGIE

**1.** En dermatologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un malade suivi pour un cancer, peut être vu pour une nouvelle visite principale aux trois mois.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer. Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie ou de photochimiothérapie, le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée à la même séance.
3. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, de photochimiothérapie ou de photodynamie qu'un seul traitement par jour.

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 23**

#### MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

- En microbiologie-infectiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, en clinique externe ou en cabinet privé.
- Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle applicable.

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 24**

#### NEUROLOGIE

- En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de deux (2) mois pour un même patient. Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.
- En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire pour un supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de six (6) mois pour un même patient.

---

### **RÈGLE D'APPLICATION N° 25**

#### UROLOGIE

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre « **Procédés diagnostiques et thérapeutiques** » sous la rubrique « BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES » ainsi que la rémunération pour le service médical « implantation sous-cutanée de substances hormonales » sont comprises dans la tarification du service médical principal.
2. En urologie, le médecin qui voit un patient pour une injection médicamenteuse (papavérine ou autre) pour traiter l'impuissance n'a pas droit au paiement d'honoraires de visites.
3. En urologie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient.

**RÈGLE D'APPLICATION N° 26**

## PSYCHIATRIE

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

2. En psychiatrie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient, en ce qui a trait aux visites de contrôle et aux tournées de malades.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 27**

## MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable quatre fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En rhumatologie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en cabinet privé. Toutefois, en clinique externe, il n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient.

2. En médecine interne, rhumatologie et gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par semaine, par patient, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil.

3. Pour un patient hospitalisé, un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par période de sept (7) jours, par l'ensemble des médecins classés en médecine interne.

Les autres visites, qui ne peuvent être considérées comme une visite de transfert, selon la règle 5.2 du Préambule général, sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas la visite principale du patient qui est effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général par un médecin classé en médecine interne qui voit ce patient pour la première fois durant l'hospitalisation. On ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée à la salle d'urgence ou aux soins intensifs.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 28**

## CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

1. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, trimalléolaire, réduction fermée », (code 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes de facturation 02727, 09542, 18068, 18069 ou 18070.

2. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par le code de facturation 02690, lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture du fémur identifié par les codes de facturation 02673, 02687, 02714, 02716, 02742, 09589 ou 18107.
3. En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 29****ALLERGIE**

1. En allergie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.
- Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 31****NÉPHROLOGIE**

En néphrologie, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, incluant la tournée des malades.

Cette règle ne s'applique toutefois pas aux visites effectuées à la salle d'urgence ou aux soins intensifs, aux visites de dialyse prévues à l'onglet « consultation et examen » et aux visites accomplies en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 32****EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE**

L'honoraire des services médicaux « tumeur bénigne ou précancéreuse, Face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, Autre région, sans anesthésie ou avec anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) ne peut être réclamé plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.

**RÈGLE D'APPLICATION N° 33**

## ENDOCRINOLOGIE

En endocrinologie, la rémunération des services médicaux suivants est comprise dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

- Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient
- Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire
- Perfusion continue d'insuline

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 34**

## RADIO-ONCOLOGIE

En radio-oncologie, les honoraires du service médical « Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement » (code 08554) ne sont exigibles qu'une fois par mois, par patient, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois pour l'ensemble des traitements dispensés à un patient.

Les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (code 08521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie » (code 08522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 08547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 35**

## HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (codes 09152 et 15010), des tournées des malades le week-end (codes 09161 et 15011) et des visites de suivi oncologique (codes 09012 et 15009) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, au total pour l'ensemble.

En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par période de sept (7) jours, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

---

**RÈGLE D'APPLICATION N° 36**

## PHYSIATRIE

En physiothérapie, l'honoraire de la visite auprès d'un patient en réadaptation lourde n'est payable qu'une fois par vingt-et-un (21) jours, par patient. La visite auprès d'un patient en réadaptation lourde est celle qui est faite auprès d'un patient hospitalisé afin de recevoir des services de réadaptation dispensés par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un médecin physiatre.

## **2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS**

### **2.1 PA 1. Nerf somatique**

Le procédé « Blocage d'un nerf somatique », code 00255, est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

### **2.2 PA 3. Électroencéphalogramme**

En cabinet privé, les services médicaux « Électroencéphalogramme de base » (code 00347) et « Électroencéphalogramme de sommeil » (code 00752) sont sujets à un plafonnement d'activités total de 375 par semestre, pour les deux.

### **2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie**

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le nombre de visites prénatales faites par un médecin, est sujet au plafonnement d'activités de 12 par grossesse pour une grossesse normale.

### **2.4 PA 8. Blocage paravertébral**

Le procédé « blocage paravertébral de nerf somatique » (code 00267) est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

### **2.5 PA 13. Microbiologie**

En clinique externe ou en cabinet privé, on applique au médecin classé en microbiologie un plafonnement de 1 000 visites principales par semestre. Les visites principales effectuées en excédent de ce plafond sont payées à demi-tarif.

Ce plafonnement ne s'applique toutefois pas, au cours d'un semestre donné, au médecin qui ne touche aucuns honoraires de laboratoire au cours de ce semestre.

### **2.6 PA 17. Ophtalmologie**

Le service médical « Bilan orthoptique : Enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotopie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme » (code 00579) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 750 par semestre.

**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 154 790 \$ 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 ».

**2.16 PA 33 Radio-oncologie**

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 23 625\$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

**2.17 PA 34 Cardiologie**

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de trente (30) par jour, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5.

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

**2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie**

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un plafonnement d'activités de 25 par semestre.

**2.19 PA 36 Gastro-entérologie**

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code 08348), « Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du colon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code 08365) et « Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient » (code 08370) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les trois. Les services en surplus sont payés au quart du tarif, incluant les suppléments applicables à ces services, le cas échéant.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 178 dans la case MOD pour signifier qu'il s'agit de services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.*

**2.20 PA 37 Anatomopathologie**

Pour le médecin classé en anatomopathologie, le service médical « Rencontre intradisciplinaire à laquelle participent plusieurs pathologistes d'un ou plusieurs hôpitaux, en personne ou par visioconférence, ayant pour but de faire, de confirmer ou de préciser un diagnostic d'un ou plusieurs cas complexes » (code 10053) est sujet à un plafonnement d'activités de 15 par semestre.

**Autres plafonnements d'activités**

D'autres plafonnements d'activités sont introduits à l'Accord-cadre. Sont notamment considérés comme plafonnements d'activités les plafonnements apparaissant aux addendums 5 et 6 de l'Annexe 5.

**3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE****PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX****3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts**

**3.1.1** On applique aux médecins spécialistes classés en santé communautaire, en biochimie, en psychiatrie et en neurologie le plafonnement global de gains de pratique suivant pour chacun des semestres d'une année civile

Spécialité	Montant
Santé communautaire	181 000 \$
Biochimie	166 000 \$
Psychiatrie	234 100 \$
Neurologie	265 500 \$

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

**3.1.2** Les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4(i) de l'Annexe 19.

**3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets**

+ **3.2.1** Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 202 600 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

+ **3.2.2** Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés en santé communautaire ou en biochimie.

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 171 700 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 298 300 \$ par année civile.

**3.2.3** Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie et sauf à l'égard du plafonnement applicable au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient compte, pour les gains de pratique en établissement, que de la moitié de ces gains.

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

**3.2.4** Sous réserve de l'article 3.2.5, les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4(i) de l'Annexe 19.

**3.2.5** Pour le médecin classé en microbiologie ou en médecine nucléaire, seuls les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ne sont pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

### 3.3 Divers

**3.3.1** Le médecin spécialiste classé en psychiatrie ou en neurologie ne peut être touché que par l'un ou l'autre des plafonnements mentionnés ci-dessus, selon le premier qui trouve application.

## PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

### + 3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 191 020 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

### 3.6 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 93 450 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

### + 3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 109 030 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre « Tarification des visites », sous les rubriques « Hors discipline », « Divers » et « Chirurgie générale », exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;
- ii) les services médicaux apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », sous la rubrique « Pléthysmographie »; et
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre « Ultrasonographie » sous la rubrique « Examens Doppler pour fins de diagnostic ».

### 3.10 PG 9 Médecine interne

- + Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 120 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » ainsi que des services apparaissant au chapitre « Tarification des visites », à la rubrique « Néphrologie » sous la section *Dialyse*.

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



**ANATOMO-PATHOLOGIE**

## TABLEAU DES HONORAIRES

**AUTOPSIE**

10020	Autopsie : examen macroscopique et microscopique . . . . .	450,00
10023	Autopsie d'un fœtus de moins de 500 g applicable seulement sur demande d'autopsie formelle et excluant l'interruption volontaire de grossesse normale . . . . .	450,00
10022	Autopsie faite à la demande du coroner . . . . .	700,00

**AVIS :** *Pour la facturation des services relatifs à l'autopsie en urgence, pendant l'horaire de garde, utiliser une ligne distincte pour chacun des services rendus, inscrire l'heure du début dans la case NOMBRE D'ACTES du formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte no 1606.*

**Consultation per-opératoire**

10030	avec ou sans congélation . . . . .	63,10
10033	pour chaque consultation additionnelle avec congélation, supplément . . . . .	31,55

**Consultation**

10042	examen effectué par un anatomo-pathologiste sur requête écrite d'un médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité; l'anatomo-pathologiste consultant revoit en outre les résultats de laboratoire et les autres données pertinentes et soumet par écrit ses constatations, ses opinions ainsi que ses recommandations au médecin . . . . .	75,00
10050	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic . . . . .	132,00
10051	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'examen macroscopique et microscopique du coeur en raison de la complexité NOTE : L'acte codé 10051 ne peut pas s'appliquer à l'examen du coeur d'un donneur.	132,00
10052	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier 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 . . . . .	236,60
10054	demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre qui justifie d'une formation particulière en neuropathologie et est reconnu à ce niveau par les parties négociantes, eu égard à l'étude du système nerveux sur des pathologies primaires dominantes avec corrélations cliniques et/ou incidence génétique et sur des pathologies systémiques avec composantes du système nerveux ayant entraîné une symptomatologie neurologique . . . . .	210,30

**AVIS :** *Seuls les médecins spécialistes désignés par les parties négociantes peuvent facturer cet acte. Inscrire ce code d'acte sur la même demande de paiement que les autres actes se rapportant à cet addendum.*

**A - ANATOMO-PATHOLOGIE****SLE - Spécialistes**

10053 Rencontre intradisciplinaire à laquelle participent plusieurs pathologistes d'un ou plusieurs hôpitaux, en personne ou par visioconférence, ayant pour but de faire, de confirmer ou de préciser le diagnostic d'un ou plusieurs cas complexes. Un compte rendu doit être rédigé pour chaque rencontre et faire état de la date de la rencontre, des noms des participants, des numéros des cas discutés et des diagnostics proposés par les participants. 120,00

**AVIS :** Voir la règle de plafonnements d'activités 2.20 PA 37 Anatomopathologie sous l'onglet Règles d'application.

**Immunopathologie**

(tarif établi par cas quel que soit le nombre d'anticorps utilisés, excluant la recherche de chlamydia)

10090 Immunofluorescence sur sérum : technique et interprétation. . . . . 2,10  
 10101 Immunofluorescence sur tissu ou recherche de marqueurs biologiques . . . . . 47,30  
 10111 Immunoperoxydase . . . . . 26,30  
 NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP

**Pathologie chirurgicale**

10121 examen macroscopique ou microscopique de dent et de tout spécimen non tissulaire (à l'exclusion des tumeurs dentaires) . . . . . 2,10  
 10131 examen macroscopique ou microscopique ou les deux de spécimens tissulaires non complexes. . . . . 14,70  
 10132 examen macroscopique et microscopique de spécimens tissulaires complexes (voir liste) . . . . . 68,00

**AVIS :** Voir la liste à la page A-8.

examen microscopique et macroscopique d'un ou plusieurs spécimens de chirurgie majeure extensive :

10144 tumeur osseuse maligne, primaire. . . . . 144,00  
 10145 mélanome . . . . . 68,40  
 10147 lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle. . . . . 74,00  
 10148 colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung . . . . . 121,00  
 10149 globe oculaire. . . . . 121,00  
 10190 segmentectomie mammaire localisée au harpon . . . . . 116,00  
 10191 spécimen de chirurgie radicale pour lésion maligne (excluant les lésions cutanées mais incluant l'étude des marges de résection du spécimen) . . . . . 132,00  
 10192 étude des ganglions accompagnant ou suite à une chirurgie radicale pour lésion maligne . . . . . 47,00  
 10193 étude protocolaire d'un ganglion sentinelle. . . . . 47,00  
 10194 cartographie tumorale osseuse pour détermination de la réponse à la chimiothérapie ou la radiothérapie . . . . . 237,00

**LISTE DES EXAMENS COMPLEXES****APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE**

Membre inférieur amputé pour maladie vasculaire (A.K ou B.K.)  
Tumeurs osseuses bénignes (à l'exclusion des hallux et des exostoses)

**ORL**

Tumeur salivaire

**SEIN**

Lésion(s) du sein, par sein

**SYSTÈME DIGESTIF**

Hépatectomie ou pancréatectomie totale ou partielle  
Résection d'un ou plusieurs segment(s) du tube digestif (sauf l'appendice)

**SYSTÈME ENDOCRINIEN**

Hypophysectomie  
Parathyroïdectomie  
Surrénalectomie  
Thyroïdectomie totale ou partielle

**SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE**

Cystectomie totale ou partielle  
Hystérectomie  
Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale  
Néphrectomie totale ou partielle  
Orchiectomie (sauf castration thérapeutique)  
Ovariectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale  
Prostatectomie sus ou rétropubienne  
Résection transurétrale de la prostate  
Spécimen de conisation utérine au bistouri, avec étude de marge, excluant les spécimens obtenus avec l'anse diathermique et le laser  
Vulvectomie

**SYSTÈME LYMPHOÏDE**

Ganglion(s) lymphatique(s) (un ou plusieurs)  
Splénectomie

**SYSTÈME RESPIRATOIRE**

Lésion médiastinale  
Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie



**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****ADDENDUM 4.**

**AVIS :** *Sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case CONSULTATION DEMANDEE PAR.*

*Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes informations.*

**RÈGLE 1.****TARIFICATION**

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

**TARIF HOSPITALIER**

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

**AVIS :** *Utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606 sauf indication contraire aux tarifs. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

**TARIF DE LABORATOIRE**

**1.2** En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

**1.3** Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

**AVIS :** *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

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

**1.4** En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7) et, le cas échéant, selon l'honoraire de numérisation (R=9).

S'ajoute l'honoraire de consultation (R=1) s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

Pour l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7), sont visés les laboratoires de radiologie générale inscrits au Répertoire ministériel de l'Annexe I du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

Pour l'honoraire de numérisation (R=9), sont visés les laboratoires de radiologie générale visés à ce Répertoire et qui ont de plus été reconnus par les parties négociantes en vertu de l'article 4 du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

**AVIS :** *Aux fins de la facturation, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

*Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

*Pour réclamer l'honoraire de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et les honoraires correspondants. Lorsque l'honoraire de numérisation (R=9) est applicable, inscrire le MOD 105, 106 ou 107 selon le cas et majorer la valeur des honoraires du RÔLE 7 du pourcentage correspondant. **Le RÔLE 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement.***

*Pour réclamer l'honoraire de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et les honoraires correspondants.*

**MODIFICATEURS À UTILISER POUR L'HONORAIRE DE NUMÉRI-  
SATION**

*MOD = 105 : Honoraire de numérisation pour la RADIOLOGIE GÉNÉRALE, majoration de 15%*

*MOD = 106 : Honoraire de numérisation pour la MAMMOGRAPHIE, majoration de 15%*

*MOD = 107 : Honoraire de numérisation pour la FLUOROSCOPIE, majoration de 60%*

*Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD*

**RÈGLE 13.****RADIOGRAPHIE DENTAIRE**

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

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

**13.2** On ne peut demander paiement du code « Dents - 1, 2 régions dentaires » en sus de celui « Étude panoramique des maxillaires - bouche entière », sauf indications cliniques.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

**RÈGLE 14.****SUBSTANCES DE CONTRASTE**

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

**RÈGLE 15.****ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION**

**15.1** On accorde un supplément de 35 \$ au médecin radiologiste qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

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

**AVIS :** *Pour demander le supplément de 35,00 \$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 09222 ou pour demander celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 09299, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. Inscrire le numéro d'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

**15.2** Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

**AVIS :** *Pour demander les visites, utiliser le code d'acte 09223, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. Inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

**RÈGLE 16.****STÉRÉOSCOPIE**

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

**RÈGLE 17.**  
**CONSULTATION EXCEPTIONNELLE**

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins ultrasécialisés auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste donne alors son opinion au vu des clichés qui lui sont transmis par celui qui le consulte.

On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 34,20 \$.

**AVIS :** Voir le code d'acte 08240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 ou sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n°1606. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référent (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 à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n°1606, utiliser un formulaire Document complémentaire n° 1944 pour inscrire les renseignements demandés.

**RÈGLE 18.**  
**TARIFICATION**

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

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

**AVIS :** Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**RÈGLE 19.**  
**RAPPORT**

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

**AVIS :** À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagné des modificateurs 008 en cabinet ou 021 en établissement.

Le modificateur à utiliser est fonction du lieu où la révision est faite.

**RÈGLE 20.**  
**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

On accorde un supplément de 36,90\$ au médecin radiologiste pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

**AVIS :** Pour facturer le supplément à l'égard d'un enfant de moins de 5 ans, inscrire le code d'acte 08279 sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.

## H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

### TABEAU 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 3.2.5 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	C	N
		R = 7	R = 1	R = 9
<b>TÊTE ET COU</b>				
Crâne				
8010	3 incidences ou moins . . . . .	26,40	11,10	15 %
8013	4 incidences ou plus . . . . .	32,90	13,80	15 %
Selle turcique				
8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne) . . . . .	23,00	6,50	15 %
Massif facial				
8123	3 incidences ou moins . . . . .	20,20	8,50	15 %
8124	4 incidences ou plus . . . . .	25,20	8,80	15 %
Nez				
8031	minimum de 2 incidences . . . . .	13,10	5,40	15 %
Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)				
8023	minimum de 3 incidences . . . . .	20,20	8,70	15 %
Articulations temporo-maxillaires				
8024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée . . . . .	20,20	8,70	15 %
Sinus				
8125	3 incidences ou moins . . . . .	19,20	8,20	15 %
8126	4 incidences ou plus . . . . .	23,00	8,50	15 %
Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant				
8076	minimum de 6 incidences . . . . .	25,30	12,10	15 %
Conduit auditif interne				
8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne . . . . .	23,00	8,70	15 %
Oeil				
8030	recherche de corps étrangers . . . . .	13,10	7,70	15 %
8028	recherche et localisation de corps étrangers . . . . .	28,30	27,50	15 %
8011	Trous optiques . . . . .	15,30	7,70	15 %
8038	Région des glandes salivaires . . . . .	14,30	6,80	15 %
Tissus mous du cou				
8037	minimum de 2 incidences . . . . .	12,40	6,80	15 %
8036	Étude panoramique des maxillaires . . . . .	15,60	6,80	15 %
Dents				
8034	1-2 régions dentaires . . . . .	5,70	1,50	15 %
<b><u>AVIS :</u> Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.</b>				
Céphalométrie				
8077	avec mesure des angles . . . . .	18,30	27,60	15 %

		L	C	N
		R = 7	R = 1	R = 9
<b>COLONNE ET BASSIN</b>				
	Colonne cervicale			
8127	3 incidences ou moins . . . . .	23,00	7,20	15 %
8128	4 incidences ou plus . . . . .	29,50	9,50	15 %
8042	Colonne dorsale (1*) . . . . .	21,90	7,50	15 %
8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (1*) . . . . .	25,70	7,50	15 %
8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie . . . . .	32,30	8,40	15 %
<b><u>AVIS :</u> Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 8243, 8245, 8246 ou 8247. Si les pré-requis sont facturés le même jour et si le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.</b>				
	Colonne entière (série scoliotique)			
8053	minimum de 4 incidences . . . . .	49,30	18,30	15 %
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx). . . . .	21,10	6,10	15 %
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum) . . . . .	27,40	9,70	15 %
8058	Articulations sacro-iliaques. . . . .	19,20	9,40	15 %
	Bassin			
8054	1 incidence (1*) . . . . .	13,10	6,20	15 %
8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche).. . . . .	24,40	8,70	15 %
8055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches) . . . . .	28,20	9,50	15 %
NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.				
<b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b>				
8060	Clavicule . . . . .	15,50	6,10	15 %
8075	Articulations acromio-claviculaires. . . . .	19,20	9,40	15 %
8118	Articulations sterno-claviculaires . . . . .	15,80	7,50	15 %
8074	Omoplate . . . . .	17,20	7,50	15 %
8062	Épaule . . . . .	17,10	7,50	15 %
8063	Humérus . . . . .	13,10	6,10	15 %
8064	Coude . . . . .	13,10	6,10	15 %
8065	Avant-bras. . . . .	13,10	6,10	15 %
8066	Poignet . . . . .	13,10	6,10	15 %
8067	Main. . . . .	13,10	6,10	15 %
8068	Poignet et main . . . . .	19,20	11,70	15 %
8069	Doigt ou pouce . . . . .	10,10	4,60	15 %

**AVIS :** (1\*) Voir la Règle d'application no 14.

**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

**SLE - Spécialistes**

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
<b>MEMBRES INFÉRIEURS</b>				
8080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus . . . . .	21,50	7,20	15 %
<b>AVIS :</b> Voir la Règle d'application n° 14.				
8083	Fémur . . . . .	13,10	6,10	15 %
8084	Genou, incluant la rotule . . . . .	13,10	6,10	15 %
8082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (Type Télou ou autres) . . . . .	38,80	14,40	15 %
8085	Jambe . . . . .	13,10	6,10	15 %
8086	Cheville . . . . .	13,10	6,10	15 %
	Pied			
8087	Tarse, calcaneum ou talon . . . . .	13,10	6,10	15 %
8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles . . . . .	20,20	10,50	15 %
8090	Orteil . . . . .	10,10	4,60	15 %
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie) . . . . .	19,90	9,40	15 %
<b>ÉTUDES DU SQUELETTE</b>				
	Étude du squelette pour âge osseux			
8092	1 région (main) . . . . .	13,10	9,00	15 %
8093	2 régions (main et autres) . . . . .	23,60	10,20	15 %
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou méastatique) par incidence ou région			
8280	8 incidences ou moins . . . . .	52,50	23,10	15 %
8281	9 ou 10 incidences . . . . .	62,30	27,90	15 %
8282	11 incidences ou plus . . . . .	72,20	31,40	15 %
<b>THORAX</b>				
8100	Poumons . . . . .	19,20	8,90	15 %
8108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus) . . . . .	44,20	12,30	60 %
	Larynx, études spéciales			
8113	phonation . . . . .	25,60	22,40	15 %
	Hémithorax (côtes)			
8115	2 incidences ou plus . . . . .	15,80	6,50	15 %
8117	Sternum . . . . .	16,70	6,50	15 %
	Lecteur B/ CSST : pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en établissement . . . . .		12,50	
9943				
<b>AVIS :</b> Cet acte doit être facturé sur le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606.				

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
9943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet .....		13,50	

**AVIS :** Cet acte doit être facturé seul, sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 dans la case ACTES;

- inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;

- inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais **ne rien inscrire** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

### ABDOMEN

8150	Abdomen simple .....	13,10	5,40	15 %
8152	2 incidences ou plus .....	20,70	7,80	15 %

### VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant la fluoroscopie)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

**AVIS :** Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, 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.

8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie .....	33,00	26,20	60 %
8133	Étude du pharynx et de l'oesophage .....	33,00	26,20	60 %
8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés) .. Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)	31,20	15,30	60 %
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum .....	61,10	25,80	60 %
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum .....	65,80	31,30	60 %
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle .....	78,40	33,80	60 %
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle .....	88,20	39,50	60 %

**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

**SLE - Spécialistes**

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés) . . .	40,20	17,80	60 %
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle . . . . .	73,20	67,30	60 %
	Colon, lavement baryté			
8149	simple contraste . . . . .	63,60	20,00	60 %
8179	pour réduction d'intussusception (PG-7) . . . . .	57,40	87,80	60 %
8160	double contraste (l'examen en mode analogique [non numérique] comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard [décubitus latéraux droit et gauche] et un minimum de 10 expositions) . . . . .	83,30	42,40	60 %
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.			
8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique . . . . .		200,00	
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 08149, 08160, 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268 et 08269.			
8161	Cholécystographie orale . . . . .		3,54	
	Cholangiographie			
8171	par tube en T, incluant l'injection . . . . .	26,60	15,20	60 %
8163	per-opératoire . . . . .		7,90	60 %
8165	par infusion intraveineuse incluant l'injection . . . . .	38,10	18,30	60 %
8180	Pancréatographie per-opératoire . . . . .		13,50	
8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie . . . . .	27,60	12,90	60 %

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

**VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT  
L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE  
ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

**AVIS :** *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, 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.*

8181	Pyélographie I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant. ....	63,70	29,70	60 %
	<b><u>AVIS :</u></b> <i>Utiliser le formulaire n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.</i>			
8186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen (PG-7)	39,50	8,00	60 %
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7) . . . . .	31,20	24,30	60 %
8190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7) . . . . .	50,70	30,50	60 %
8189	Vasographie - Déférentographie . . . . .	19,50	5,90	60 %
8191	Kystographie rénale incluant la ponction . . . . .	11,80	73,70	60 %
8198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelviographie . . . . .	40,30	27,30	60 %
<b>OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE</b>				
8192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale) . . . . .	13,00	5,50	15 %
8193	Pelvimétrie . . . . .	20,10	9,20	15 %
8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	40,90	46,00	60 %

		L	C	N
		R = 7	R = 1	R = 9
<b>FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE</b>				
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Fluoroscopie diagnostique » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)				
8102	Thorax . . . . .	30,10	11,10	60 %
8151	Abdomen . . . . .	30,10	11,10	60 %
Contrôle fluoroscopique effectué par un radiologiste pour des procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure				
8270	premier quart d'heure . . . . .	11,70	20,20	60 %
8271	deux quarts d'heure . . . . .	23,40	40,40	60 %
8272	trois quarts d'heure . . . . .	35,20	60,60	60 %
8273	une heure ou plus . . . . .	46,90	80,80	60 %

#### EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1\*)

8114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement . . . . .	31,60	27,30	15 %
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin . . . . .	53,60	57,20	60 %
8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire . . . . .	48,50	73,10	60 %
Bronchographie				
8109	unilatérale . . . . .	29,90	50,80	60 %
8111	bilatérale . . . . .	41,30	71,40	60 %
8166	Cholangiographie percutanée transhépatique . . . . .	36,10	21,90	60 %
8007	Cisternographie opaque . . . . .	68,50	30,80	60 %
8027	Dacryocystographie . . . . .	26,10	10,30	60 %
8098	Discographie, un niveau ou plus . . . . .	30,00	21,00	60 %
8004	Encéphalographie . . . . .	65,20	30,80	60 %

**AVIS :** (1\*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, 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.

		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 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement) . . . . .		34,20	
	<b><u>AVIS :</u></b> <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>			
8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit : en établissement . . . . .		10,90	
	en cabinet . . . . .		21,70	
	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 +8,40\$. (MOD=008)			

**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'accréditation.

## SLE - Spécialistes

## H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
	diagnostique avec ou sans examen clinique			
8048	unilatérale .....	24,70	8,60	15 %
8049	bilatérale .....	37,30	17,10	15 %
	clichés supplémentaires			
8072	unilatéral .....	22,70	7,90	15 %
8073	bilatéral .....	37,30	15,90	15 %
	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*) .....	24,70	7,90	15 %
8079	bilatérale (1*) .....	37,30	15,90	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*) .....	22,70	7,90	15 %
8104	bilatéral (1*) .....	37,30	15,90	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 la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Médecine de laboratoire », ensuite « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

		L R = 7	C R = 1	N 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*)	24,70	7,90	15 %
8135	bilatérale (1*)	37,30	15,90	15 %
	clichés supplémentaires			
8129	unilatéral (1*)	22,70	7,90	15 %
8130	bilatéral (1*)	37,30	15,90	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	22,70	5,20	15 %

**AVIS :** Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, quelque 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 la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Médecine de laboratoire », ensuite « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
8144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologue 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*).....		54,40	
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologue qui a facturé l'examen de dépistage.			
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
8145	unilatérale .....		7,80	
8146	bilatérale .....		15,80	

**# 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 la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Médecine de laboratoire », ensuite « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

**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 - 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           | 65,30 |
|      | 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)<br>insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste . . . . . | 105,40 |
|------|--|--------|

R = 7 R = 1 R = 9

08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives . . . . .	96,90
08402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément . . . . .	50,60
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément . . . . .	63,20
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément . . . . .	16,30
NOTE :		
- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.		
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.		
8405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale . . . . .	42,10
8406	Lymphographie unilatérale . . . . .	52,70
8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément . . . . .	16,90

### ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

8408	non sélective . . . . .	31,60
8409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4 sélective avec quantification par moyen objectif:	31,60
8411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2 . . . . .	14,20
8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4 . . . . .	24,70
8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux . . . . .	12,10
8414	sélective carotidienne, unilatérale . . . . .	37,90
8415	sélective vertébrale, unilatérale . . . . .	36,90
8416	périphérique, membres inférieurs unilatérale . . . . .	31,60
8417	bilatérale . . . . .	63,20
8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie . . . . .	35,50
Angiographie coronarienne		
8419	unilatérale . . . . .	42,10
8420	bilatérale . . . . .	84,30
8421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément . . . . .	22,50

**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****SLE - Spécialistes**

		R = 7	R = 1	R = 9
8422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		41,60	
8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée		31,60	
8424	Lymphographie, unilatérale		30,80	

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR  
(un examen par région, par jour, par patient  
sauf dans les établissements désignés par les  
parties négociantes)**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Tomographie par ordinateur (un examen par région, par jour, par patient sauf dans les établissements désignés par les parties négociantes) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 11.  
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

**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.

<b>Tête</b>				
8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		41,80	
8259	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		33,40	
<b>Massif facial ou sinus ou conduits auditifs internes</b>				
8290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste . . . . .		54,70	
<b>Cou</b>				
8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		63,10	
8261	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		54,70	
<b>Thorax</b> (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet» ou pour « thorax et abdomen complet»)				
8262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		63,10	
8263	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		54,70	
NOTE : L'examen du thorax (code d'acte 8262 ou code d'acte 08263) inclut l'examen des surrénales.				

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 :** Incrire 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 8572 ou 8445.	
8445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis. . . . .	105,00
	NOTE : L'acte codé 8445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8573, 8574 ou 8444.	

**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****SLE - Spécialistes**

		R = 7	R = 1	R = 9
8446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) . . . . . NOTE : L'acte codé 8446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8572, 8573, 8574, 8444, 8445, 8447 ou 8449.		160,00	
8447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire: thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme). NOTE : L'acte codé 8447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 8572, 08444 ou 08446.		105,00	
8448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs . . . . . NOTE : L'acte codé 08448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 8575.		135,00	
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

**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.*

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

**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 obligatoire.

8580	<p>Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7) . . . . .</p> <p>L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.</p> <p>NOTE : L'acte codé 8580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.</p>	175,00
8581	<p>Examen limité (PG-7) . . . . .</p> <p>NOTE : L'acte codé 8581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 8580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique »).</p>	75,00
8582	<p>Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7) . . . . .</p> <p>NOTE : L'acte codé 8582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.</p>	75,00

**H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

**SLE - Spécialistes**

		R = 7	R = 1	R = 9
8583	Études de contractilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 8583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.		50,00	
8584	Études de perfusion/viabilité (PG-7) . . . . . NOTE : L'acte codé 8584 doit inclure une étude de type perfusion en 1 <sup>er</sup> passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.		50,00	
8585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7) . . . . .		25,00	
	<b><u>AVIS :</u></b> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case unités.			
8586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7) . . . . .  Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique		50,00	
8587	Stress physique avec ergocycle. . . . . NOTE : L'acte codé 8587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).		150,00	
8588	Stress médicamenteux Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres) . . . . .		75,00	
8589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres) . . . . .		125,00	
	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » lors d'une même séance.			

**K - ULTRASONOGRAPHIE****ADDENDUM 8.**

Cet addendum prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier.

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

**AVIS** : *Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 utilisé pour les visites.*

*Voir la section 2.6 sous l'onglet Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement.*

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

**RÈGLE 1.****TARIFICATION**

Honoraire

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

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

Pour certains examens prévus à la nomenclature, s'y ajoute un honoraire pour le procédé de l'examen (R=7).

**AVIS** : *Ce supplément R=7 s'ajoute au R=1 et doit être facturé sur une ligne distincte.*

*Inscrire sur la ligne, la date, le code d'acte, le Rôle=7 et les honoraires correspondants.*

*Notez qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2009, aucun acte en Ultrasonographie n'est tarifé en Rôle = 7.*

**RÈGLE 2.****TYPES D'EXAMEN**

**2.1** On distingue trois types de procédures d'ultrasonographie.

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

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

Le mode Doppler s'entend d'une procédure d'enregistrement de la vélocité du flot sanguin. Un examen peut nécessiter l'utilisation du Doppler continu ou pulsé, ou de couleur ou de puissance couplé à l'Écho-B (mode Duplex).

**RÈGLE 3.****OBSTÉTRIQUE**

**3.1** En obstétrique, on reconnaît l'opportunité d'une échographie chez la femme enceinte entre les semaines 16 et 20.

De même entre les semaines 28 et 32 pour le dépistage d'un retard intra utérin.

Lorsqu'il y a des indications cliniques, des examens peuvent être payés à l'extérieur de ces deux périodes.

Le nombre de semaines doit apparaître au relevé d'honoraires.

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

**RÈGLE 4.****ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE SUPÉRIEURE**

**4.1** 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.

**AVIS :** *En clinique externe, utiliser le modificateur 051 pour réclamer à demi-tarif l'échographie pelvienne ou obstétricale de moins de 16 semaines sauf lorsque le patient provient de l'urgence, utiliser le modificateur 198 pour réclamer à plein tarif.*

*Ailleurs qu'à la clinique externe, aucun modificateur n'est requis pour réclamer à plein tarif.*

*Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent pour les actes codés 08312, 08315, 08323 et 08324, utiliser le modificateur 038. Le modificateur 009 ne doit pas être utilisé avec les actes codés 08316, 08321 et 08322.*

**RÈGLE 5.****LIMITATIONS**

**5.1** Chaque examen d'ultrasonographie ne peut être payé plus d'une fois par jour, par patient, sauf les examens bilatéraux d'une même articulation (codes 08342 et 08346), du sein (code 08333), des testicules (code 08334) ou du Doppler périphérique régional avec écho-B (code 08360) qui sont limités à deux par jour, par patient.

**5.2** Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Divers (code 08335), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale ou qu'une échographie pelvienne.

**5.3** Aucun honoraire n'est payé pour une échographie de surface-Épanchement pleural (code 08331), si cet examen est effectué le même jour qu'une échographie abdominale.

**5.4** Les examens Doppler pour fins de diagnostic faits à l'aide d'un mini Doppler à l'extérieur d'un laboratoire d'exploration vasculaire ou d'un département de radiologie ne sont pas payables.

Pour les fins de l'application de cette règle, seuls les laboratoires qui répondent aux critères suivants sont considérés comme des laboratoires d'exploration vasculaire :

1. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit être situé dans un centre hospitalier de courte durée, dans un espace physique bien défini affecté spécifiquement aux activités d'exploration vasculaire et doit être reconnu comme tel par le centre hospitalier.
2. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit être dirigé par un médecin responsable de la gestion du laboratoire et du contrôle de la qualité des examens dans le centre hospitalier.
3. Le laboratoire doit être équipé pour réaliser des analyses de flux avec enregistrement graphique.
4. Les résultats des examens doivent être produits sur un rapport spécifique reconnu par le centre hospitalier et paraissant au dossier du patient. Cette règle ne limite pas la portée de la règle 6.
5. Le laboratoire d'exploration vasculaire doit disposer d'un équipement de base permettant de faire les examens d'exploration vasculaire et comprenant au moins deux des appareils suivants :
  - Pléthysmographe
  - Appareil Doppler à émission continue, couplé à un analyseur de spectre
  - Imagerie par échographie B avec Doppler (Doppler pulsé, avec ou sans codage couleur).

**RÈGLE 6.****ENREGISTREMENT ET RAPPORT**

**6.1** Seules sont payées suivant ce tarif, les ultrasonographies dont l'enregistrement et le rapport d'examen sont consignés au dossier médical tenu par le centre hospitalier sur un document photographique (film, papier ou image numérique) comportant un nombre adéquat d'images. (L'usage unique du vidéo ne donne pas droit à ce tarif).

**RÈGLE 7.****RELEVÉ D'HONORAIRES**

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

**AVIS :** *Utiliser les modalités de facturation de la Règle 1.*

**RÈGLE 8.****CONSULTATION EXCEPTIONNELLE EN ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE**

8.1 En échographie obstétricale, un médecin radiologiste ou un médecin en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de consulter un radiologiste ou un obstétricien-gynécologue spécialisé en médecine foeto-maternelle d'un centre hospitalier de soins tertiaires ultra-spécialisés en soins mère-enfant auquel il n'est pas attaché.

Le médecin consulté donne alors son opinion après avoir procédé lui-même à un nouvel examen échographique de la patiente.

On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 100 \$.

**AVIS :** *Voir le code d'acte 08313 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) sont essentielles.*

**RÈGLE 9.****SUBSTANCE DE CONTRASTE**

9.1 On accorde un supplément de 15 \$ au médecin radiologiste pour l'administration intraveineuse de substance de contraste lors d'un examen d'ultrasonographie en mode Doppler.

Ce supplément n'est payable qu'une fois par patient, par séance.

**AVIS :** *Voir le code d'acte 08387 sous le présent onglet.*

**RÈGLE 10.****EXAMEN AU CHEVET DU PATIENT**

10.1 On majore de 50 % le tarif des examens codés 08302, 08315, 08325, 08326, 08392, 08393 et 08394 lorsqu'ils sont effectués par le médecin radiologiste au chevet du patient hospitalisé, à la salle d'urgence ou en clinique externe.

**AVIS :** *Utiliser le modificateur 055 pour demander la majoration d'honoraires.*

Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
---	---

**ULTRASONOGRAPHIE**

NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultra-sonographie » (à l'exclusion des codes d'acte 08303, 08311, 08312, 08313, 08314, 08315, 08317, 08318, 08319, 08323, 08324, 08341 et 08347) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD-144)

**AVIS :** *Pour tout acte unilatéral ou bilatéral, indiquer le site anatomique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utiliser le formulaire n° 1200 seulement).*

**ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :**

08300	Ligne médiane postérieure. . . . .	7,60
08301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux. . . .	15,80
08302	Complète. . . . .	46,40

**ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :**

08374	Interprétation des images supplémentaires suite à l'injection de substance de contraste, à l'exclusion du salin agité pour produire des microbulles, supplément (1*) . . . . .	20,00
	Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens	
08375	technique (1*) . . . . .	125,00
08376	interprétation (1*) . . . . .	75,00
08377	technique et interprétation (1*) . . . . .	200,00

**AVIS :** (1\*) Voir la Règle d'application n° 19.

**K - ULTRASONOGRAPHIE**

**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
08303	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux (1*)	85,80	
08378	pour un cas d'un donneur potentiel incluant le rapport spécifique exigé par l'organisme Québec-Transplant, supplément (1*)	21,50	
08379	si effectuée en centre de réadaptation ou institution, supplément (1*)	10,00	
	NOTE : L'acte codé 8379 est réservé aux centres désignés par les parties négociantes		
08341	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort). (1*)	140,00	
	NOTE : L'acte codé 08303 ne peut pas être facturé le même jour que l'acte codé 08341.		
08311	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (1*)	105,00	
08304	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve à la dobutamine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques (1*)	210,00	
08380	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve au dypiridamole incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques (1*)	175,00	

**AVIS :** (1\*) Voir la Règle d'application n° 19.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
08347	Enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires (à l'exception des artères coronaires) à l'aide d'un cathéter muni d'un cristal ultrasonographique introduit par voie endovasculaire, incluant la ponction vasculaire, le cathétérisme vasculaire requis pour positionner le cathéter, l'acquisition et l'interprétation des images (1*) . . . . .	126,00	
	NOTE : Le service médical codé 08347 ne peut pas être facturé le même jour que les services médicaux codés 08309 et 08338.		
08329	Échographie périopératoire avec sonde endoesophagienne dans le contexte d'une chirurgie cardiaque incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde et comprenant l'étude de la morphologie cardiaque et l'évaluation de la fonction cardiaque incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler, par jour, par patient A8-1. . . . .	127,80	
	NOTE : L'acte codé 08329 ne peut être facturé que par un anesthésiologiste certifié en ETO et possédant des privilèges hospitaliers en échographie cardiaque périopératoire.		
	NOTE : Un rapport d'examen écrit devra être consigné au dossier hospitalier du patient.		
	NOTE : Si les actes codés 00901 ou 00987 sont associés à l'acte codé 08329, le même jour chez le même patient, ils seront payés à demi-tarif.		
	NOTE : L'acte codé 08329 et l'acte codé 08309 sont mutuellement exclusifs, à la même séance.		

AVIS : (1\*) Voir la Règle d'application n° 19.

	Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
--	---	---

**PROTOCOLE II**

Concernant les examens d'échographie transoesopha-  
gienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1- Les examens d'échocardiographie transoesopha-  
gienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier par  
un radiologiste, un cardiologue, un interniste ou un  
anesthésiste sont payés suivant la tarification suivante :

+08309	Échographie avec sonde endo-oesophagienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardiaques à l'aide du Doppler ainsi que la supervi- sion du patient pendant l'examen, par jour, par patient . .	110,00
+08338	Échographie avec sonde endo-oesophagienne lors de l'oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse . . . . .	240,10

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le  
code d'acte 08309.

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

**ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :**

+08315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisa- tion placentaire, localisation d'un stérilet, etc.) -ne peut être facturé en sus de 08312, 08316, 08317, 083108, 08321, 08322, 08323, 08324, 083208 et 08339 (1*) . . . . .	15,00
08314	Évaluation complète de retard de croissance intra-utérine (comprend l'examen complet du 3 <sup>e</sup> trimestre, Doppler du cordon, des artères cérébrales moyennes, un index de liquide amniotique et un profil biophysique) . . . . .	75,00
	NOTE : Les services médicaux codés 08317, 08318, 08319 et 08339 ne peuvent être facturés avec le code d'acte 08314.	
+08321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale (1*) . . . . .	22,40
+08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (1*) . . . . .	28,50
+08316	Échohystérogaphie avec injection de liquide intra-utérin (1*) . . . . .	41,00

**AVIS :** (1\*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie,  
ainsi que la Règle d'application n<sup>o</sup> 10.

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
	Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations foetales		
	Moins de 16 semaines de grossesse		
08323	par voie transvésicale ou endovaginale . . . . .	22,40	
08324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (2*) . . . . .	28,50	
08312	pour étude de grossesse multiple (2*) . . . . .	27,00	
	À partir de la 16 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
08317	étude complète (3*) . . . . .	45,60	
08318	étude complète de grossesse gémellaire (3*) . . . . .	70,70	
08339	par foetus additionnel, au-delà du deuxième . . . . .	20,60	
	<b><u>AVIS :</u></b> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de foetus additionnels dans la case UNITÉS. Indiquer le nombre de foetus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	À partir de la 28 <sup>e</sup> semaine de grossesse		
08319	Étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance . . . . .	5,20	
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la Règle d'application n° 10.		
08313	Consultation exceptionnelle, supplément . . . . .	121,20	
	<b><u>AVIS :</u></b> 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. Voir la règle 8 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.		
08381	Consultation et supervision en temps réel d'une ultrasonographie de l'abdomen ou du pelvis ou les deux, transmise(s) à distance, comportant un rapport de consultation au médecin traitant . . . . .	50,00	
	<b><u>AVIS :</u></b> (1*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. (2*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10. (3*) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.		

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE</b>			
	Écho A-oeil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
08336	un oeil . . . . .	7,00	
08337	deux yeux . . . . .	13,00	
08320	Écho B-oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A . . . . .	60,00	
<b>ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE</b>			
08382	Interprétation des images supplémentaires suite à l'injection de substance de contraste lors d'une échographie abdominale, à l'exclusion du salin agité pour produire des microbulles, supplément . . . . .	20,00	
08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (PG-7) (1*) . . . . .	28,50	
08326	Complète (trois organes et plus) (PG-7) (1*) . . . . .	45,60	
<b>ÉCHOGRAPHIE DES VOIES RESPIRATOIRES</b>			
08383	Échographie endobronchique . . . . .	100,00	
08384	avec ponction gaglionnaire ou tumorale transtrachéale ou transbronchique, supplément . . . . .	100,00	
<b>ÉCHOGRAPHIE DIGESTIVE</b>			
NOTE : Une endoscopie gastro-entérologique ne peut pas être facturée avec les services médicaux codés 08348, 08365 et 08370 sauf dans les cas de sténose oesophagienne, anale ou colique.			
<b><u>AVIS :</u> S'il s'agit d'un cas de sténose oesophagienne, anale ou colique, l'indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</b>			
08348	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen, par jour, par patient . . . . .	126,00	
08349	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément . . . . .	31,50	
08370	Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient . . . . .	68,30	
<b><u>AVIS :</u> (1*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8-Ultrasonographie.</b>			

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
08365	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen par jour, par patient . . . . .	126,00	
08369	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément . . . . .	31,50	
08327	Échographie prostatique transrectale (1*) . . . . .	40,00	
08328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (1*) . . . . .	60,00	

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

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (pour la facturation des codes 08327 et 08328).*

#### ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE

(s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)

08342	Examen détaillé (implique l'évaluation des récessus articulaires ainsi que l'ensemble des bourses, muscles, tendons et ligaments pertinents autour de l'articulation en question), par articulation (PG-7) (2*) . . . . .	36,70	
08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément . . . . .	23,60	

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.*

**AVIS :** (1\*) Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.  
(2\*) Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.

**K - ULTRASONOGRAPHIE****SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
--	--	---	---

08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (1*) . . . . .	23,60	
	NOTE : Le service médical codé 08346 ne peut pas être facturé le même jour que le service médical codé 08342 pour la même articulation.		
	NOTE : Le service médical codé 08342 ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 08352, 08353, 08354, 08355, 08356, 08357, 08358, 08359, 08360 et 08364.		

**ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE**

08330	Face ou cou ou les deux (PG-7) . . . . .	23,60	
08331	Épanchement pleural (PG-7) . . . . .	23,60	
08333	Sein (par sein) (2*) . . . . .	23,60	
	En CRID		
08385	sein - unilatéral . . . . .	36,40	
08386	sein - bilatéral . . . . .	48,50	
08334	Testicule (par testicule) (2*) . . . . .	23,60	
08335	Divers . . . . .	23,60	

**ÉCHOSCOPIE**

08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure . . . . .	25,80	
-------	--	-------	--

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

**EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC**

08387	Administration intraveineuse de substance de contraste, supplément . . . . .	15,00	
	NOTE : Payable une fois, par patient, par séance.		

**AVIS :** *Voir la règle 9 de l'Addendum 8 – Ultrasonographie*

**AVIS :** (1\*) *Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie. Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES chacune des articulations.*  
 (2\*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*  
*Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.*

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
+	<b>DOPPLER ARTÉRIEL CERVICO-ENCÉPHALIQUE (INCLUANT L'EXAMEN DOPPLER TRANSCRÂNIEN COMPLET, LE CAS ÉCHÉANT)</b>		
	Examen complet		
08388	Analyse de fréquence (Doppler mode pulsé) avec Écho-B Duplex associé au besoin au mode couleur ou de puissance (comprend l'étude bilatérale des carotides primitives, externes, internes, ophtalmiques si nécessaire, vertébrales, sous-clavières) incluant les manoeuvres de compression jugées nécessaires. Cela comprend l'enregistrement des courbes de vitesse et des images mode B. . . . .	79,00	
	NOTE : L'acte codé 08388 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08330.		
	Examen limité		
08389	Examen partiel du polygone de Willis (étude d'un seul vaisseau pour suivi d'un vasospasme) . . . . .	26,30	
	NOTE : Maximum de deux fois par jour, par patient.		
+	<b>DOPPLER CONTINU ARTÉRIEL PÉRIPHÉRIQUE</b>		
08352	Étude étagée au Doppler continu du système artériel des deux membres supérieurs (artères sous-clavières, humérales, radiales et cubitales) ou des deux membres inférieurs (artères fémorales communes et superficielles, poplitées, tibiales antérieures et postérieures) avec prise de tension artérielle incluant, dans le cas des membres inférieurs, l'indice de pression cheville/bras (indice tibio-huméral) avec prise de tension artérielle et enregistrement graphique des courbes de vitesse . . . . .	34,00	
08353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément . . . . .	19,50	
08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément . . . . .	37,10	
	pour évaluation complète des artères interdigitales incluant la manoeuvre d'Allen (enregistrement des courbes de vitesse des artères interdigitales avant et pendant la compression de l'artère radiale au poignet), unilatérale . . . . .		
08355	sans test de provocation au froid, supplément . . . . .	15,70	
08356	avec test de provocation au froid, supplément . . . . .	31,50	

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
<b>+      DOPPLER ARTÉRIEL (DUPLEX) DES MEMBRES</b>			
	Membres supérieurs		
08390	Étude du système artériel des membres supérieurs par Duplex (Écho-B et Doppler pulsé avec au besoin Doppler couleur ou Doppler puissance). Cela comprend la visualisation et l'enregistrement des courbes de vitesse des structures artérielles des deux membres supérieurs depuis la sous-clavière jusqu'au radial et cubital distal . . . . .	75,00	
	Membres inférieurs		
08391	Étude du système artériel des membres inférieurs par Duplex (Écho-B et Doppler pulsé avec au besoin Doppler couleur ou Doppler puissance). Cela comprend la visualisation et l'enregistrement des courbes de vitesse des structures artérielles des deux membres inférieurs depuis l'iliaque externe jusqu'aux artères tibiales antérieure et postérieure et, le cas échéant, le calcul de l'indice tibio-huméral . . . . .	75,00	
<b>+      ÉTUDE DES VEINES SUPERFICIELLES ET PROFONDES DES MEMBRES INFÉRIEURS PAR ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE ET DOPPLER</b>			
(recherche de phlébothrombose / thrombophlébite profonde et superficielle)			
Étude complète d'un membre depuis l'axe ilio-fémoral jusqu'à la cheville incluant les veines jambières tibiales postérieures et péronières. Cela comprend la visualisation directe (mode B) avec, le cas échéant, la compression et l'évaluation du flux par utilisation du Doppler (pulsé ou couleur ou puissance au besoin) et les enregistrements nécessaires. Les tissus mous sont exclus			
08392	étude unilatérale . . . . .	65,10	
08393	étude bilatérale . . . . .	105,40	

NOTE : Le service médical codé 08393 peut être facturé seulement sur indication médicale. L'examen du membre contralatéral pour fins de comparaison est non facturable.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
08394	Étude partielle d'un membre depuis l'axe ilio-fémoral jusqu'à la bifurcation poplitée. Cela comprend la visualisation directe (mode B) avec la compression et l'évaluation du flux par utilisation du Doppler pulsé ou couleur au besoin . . . . .	39,10	
	NOTE : L'étude du flux au Doppler pulsé comprend l'évaluation de la spontanéité et de la modulation respiratoire.		
+	<b>EXAMEN DOPPLER VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE RÉGIONAL POUR PROBLÈME LOCALISÉ</b>		
08358	Analyse de fréquence . . . . .	10,00	
08359	Prise de pression . . . . .	10,00	
08360	Analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex) . . . . .	26,00	
08395	Étude de fistule artério-veineuse (shunt pour hémodia-lyse) . . . . .	79,00	
08396	Étude de faux anévrisme ou fistule artério-veineuse post-cathétérisme, post-traumatique ou iatrogénique incluant les mensurations de la ou des logettes du faux anévrisme, l'identification de l'artère d'origine, origine du pertuis et l'enregistrement des vitesses . . . . .	52,70	
+	<b>DOPPLER PORTAL</b>		
	Chez le greffé hépatique		
08397	Examen Doppler pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines spléniques, mésentériques supérieure ou inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destinée digestive dont l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vitesses et courbes Doppler . . . . .	121,20	
	NOTE : Ce service médical ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 08325 ou 08326, le même jour.		
+	<b>DOPPLER HÉPATIQUE</b>		
08398	Étude échographique de l'étage abdominal haut avec attention particulière au foie, étude Doppler de la veine porte (perméabilité), des branches segmentaires de la veine porte, des artères hépatiques droite et gauche, de la vascularisation d'une masse, des veines sus-hépatiques et de la veine cave ou étude Doppler des artères digestives (tronc coeliaque, veines mésentériques supérieure et inférieure) . . . . .	79,00	
	NOTE : L'acte codé 08398 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08325 ou 08326, le même jour.		

**K - ULTRASONOGRAPHIE****SLE - Spécialistes**

		<b>Hono- raires de consul- tation R = 1</b>	<b>Supplé- ment de manipu- lation R = 7</b>
<b>+</b>	<b>DOPLER PÉNIEN AVEC INJECTION D'UN PRODUIT VASO-ACTIF</b>		
08363	Doppler pénien pour documentation de dysfonction érectile. Étude de la réponse des vitesses systoliques maximales artérielles cavernueuses bilatérales lors d'une érection. ....	50,00	
<b>+</b>	<b>DOPLER RÉNAL</b>		
08399	Doppler rénal uni ou bilatéral incluant l'échographie abdominale complète ou partielle. .... NOTE : Aucun autre code d'interprétation Doppler ne peut être facturé à la même séance pour le même patient.	79,00	
08366	caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs) .....	13,10	