

MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT

ENTENTE

RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

ENTRE

LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ET

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

VOIR LA BROCHURE N^O 1 DU MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Remarque : Le préambule général régissant la pratique de la MÉDECINE DE LABORATOIRE est inclus sous le présent onglet.

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Ce tarif régit la pratique de la médecine de laboratoire.

On entend par le terme « médecine de laboratoire » les disciplines de la biologie médicale, la médecine nucléaire et la radiologie diagnostique.

Sont de même considérés comme de la médecine de laboratoire certains autres procédés d'examen qu'indique ce tarif.

Sauf disposition contraire, ce tarif ne s'applique pas aux soins donnés lors de la visite du malade. À cet égard, les médecins de laboratoire sont régis par le tarif de la médecine et de la chirurgie.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

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

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

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

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

DÉROGATIONS

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

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

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

RÈGLE 2.

TARIFICATION NOUVELLE

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

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

AVIS : Utiliser la facture de services médicaux et inscrire de code de facturation **09990**.

Voir le [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#) à la section Facturation d'un service médical non tarifé.

AVIS : Dans le cas de l'emploi de la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte :

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

Remarque : Dans tous les cas, veuillez joindre un document complémentaire (formulaire n° 1944) à la demande de paiement.

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

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

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

2.4 Une tarification nouvelle a effet rétroactif. Sont alors payés les relevés d'honoraires qui ont été présentés dans les délais.

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

RÈGLE 3.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

RÈGLE 4.

URGENCES

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

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

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

4.2 Les honoraires majorés sont établis comme suit :

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

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

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

Voici les modificateurs à utiliser pour les soins d'urgence avec la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte \(1606\)](#) :

- **017** de minuit à 6 h 59 (majoration de 150 %);
- **018** du lundi au vendredi de 19 h à 23 h 59 (majoration de 70 %);
- **019** les samedis, dimanches et jours fériés de 7 h à 23 h 59 (majoration de 70 %).

AVIS : *Lors de la facturation avec la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG** et indiquer l'heure de début du service.*

4.3 Le forfait de l'urgence est de 245 \$ entre minuit et 7 heures et de 163 pendant le reste de l'horaire de garde.

Ce forfait est un honoraire global : sont compris les examens urgents pour lesquels le médecin de laboratoire a été appelé de même que ceux qu'il a pratiqués pendant le temps qu'il a passé au centre hospitalier.

AVIS : *Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes de facturation suivants :*

- **92030** de minuit à 6 h 59;
- **92040** de 7 h à 23 h 59 les samedis, dimanches et jours fériés et de 19 h à 23 h 59 les autres jours.

À l'exception des anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2, pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir de facturer :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients;
- les actes posés avec les modificateurs appropriés pour chacun des patients.

Il ne peut jamais facturer les deux pour ce même déplacement.

Pour les anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2, il est permis de facturer le forfait

d'urgence tout en comptabilisant des unités L4E.

4.4 Les honoraires majorés (ou le forfait de l'urgence) sont facturés en indiquant le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite.

AVIS : *Dans les cas d'urgence, pendant l'horaire de garde, utiliser le formulaire [Document complémentaire - Considération spéciale \(1944\)](#) pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite.*

Si la demande de paiement couvre plus d'un acte, mentionner le numéro de la ou des lignes visées sur la demande de paiement.

Inscrire la lettre « A » dans la case C.S.

Pour les anatomo-pathologistes soumis à l'Addendum 2, inscrire le numéro d'identification (NCE) de chacune des demandes de paiement relatif à la réclamation du forfait d'urgence et des demandes de paiement des actes en unités L4E.

AVIS : *Inscrire :*

- *le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession;*
- *l'heure de la demande de consultation (l'heure de l'appel);*
- *l'heure de début du service (l'heure de la visite).*

S'il s'agit d'une autopsie qui a dû être pratiquée pendant l'horaire de garde, le médecin pathologiste indique l'heure du début de l'autopsie.

AVIS : *Voir l'avis à la section Autopsie sous l'onglet A - Anatomo-pathologie.*

4.5 Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le jour de l'An, le lendemain du jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des patriotes, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du Travail, l'Action de grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du Jour de l'An.

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, **avant le 30 avril** de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates déterminées par la Régie qui est retenu.*

Voir les [calendriers des jours fériés](#).

RÈGLE 5.

HONORAIRE ADDITIONNEL

5.1 Un examen dont la complexité est inhabituelle, donne droit au paiement d'un honoraire additionnel.

5.2 Une demande d'honoraire additionnel est rédigée sur un formulaire de la Régie; elle est jointe au relevé d'honoraires.

AVIS : *- Fournir les renseignements décrivant l'acte posé et, dans la case HONORAIRES, le montant total*

incluant les honoraires additionnels demandés;

- - Inscrire un « N », dans la case C.S;
- - Voir la section Demande de paiement - assurance hospitalisation du [Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement \(SLE\)](#).

5.3 La Régie apprécie l'exigibilité d'une demande d'honoraire additionnel.

En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

RÈGLE 6.

RAPPORTS MÉDICAUX

6.1 N'est pas considéré comme frais accessoires, l'honoraire de rédaction d'un rapport médical.

RÈGLE 7.

SÉDATION-ANALGÉSIE

7.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en cardiologie ou en radiologie diagnostique qui procède à une sédation-analgésie (narcose) afin de permettre qu'un examen identifié par la mention PG-7 soit effectué, a droit à un honoraire de 42 \$.

Il en est de même pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie qui procède à une sédation-analgésie (narcose) afin de permettre qu'un examen identifié par la mention PG-7 soit effectué.

Pour le médecin classé en médecine nucléaire, cet honoraire s'applique lorsque la sédation-analgésie (narcose) est effectuée chez un enfant de 8 ans ou moins.

AVIS : *Utiliser le code de facturation 70003.*

Le rôle 1 est obligatoire pour ce code de facturation.

*Pour le médecin qui procède à une sédation-analgésie afin de permettre à un autre médecin d'effectuer un examen identifié par la mention PG-7, inscrire l'élément de contexte **Examen identifié par la mention PG-7 effectué par un autre médecin.***

Médecin rémunéré selon le mode mixte de l'annexe 38

*Pour le médecin qui procède à une sédation-analgésie afin d'effectuer un examen identifié par la mention PG-7 qui est absent du tableau des suppléments d'honoraires de sa spécialité, inscrire l'élément de contexte **Examen identifié par la mention PG-7 non facturé car non payable à suppléments d'honoraires.***

RÈGLE 8.

VALIDATION DE PRESCRIPTION D'UNE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLE AU QUÉBEC

8.1 Suite à la prescription d'une analyse de biologie médicale non disponible au Québec, le médecin de laboratoire désigné et qui est appelé à valider cette demande a droit à l'honoraire prévu à ce titre.

70004 Validation et approbation d'une demande d'analyse de biologie médicale non disponible au Québec, avec rédaction du rapport AH-612..... 79 \$

Lorsque le médecin approuve la demande, il doit compléter la deuxième partie du formulaire. Dans le cas contraire, il doit y inscrire l'annulation de celle-ci.

Le médecin ne peut réclamer l'honoraire de validation d'une analyse de biologie médicale à l'égard d'une demande qu'il a lui-même prescrite.

AVIS : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire :*

- *le code de facturation **70004**;*

- *le rôle 1.*

RÈGLE 9.

RÉUNIONS CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES

9.1 La réunion clinique multidisciplinaire vise la discussion de cas cliniques d'un ou de plusieurs patients dans l'objectif de planifier, d'assurer le suivi ou, le cas échéant, le traitement ou le soutien médical requis.

Cette réunion doit se dérouler au sein d'un établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Des notes relatant la discussion du cas clinique doivent être versées au dossier du patient. De plus, la participation d'un médecin à une réunion clinique multidisciplinaire doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une vidéoconférence, mais non par conférence téléphonique.

Sont exclus la préparation du médecin pour une telle réunion ainsi que tout mandat pouvant être réalisé relativement à une réunion. Une réunion clinique implique la participation d'au moins deux autres professionnels de la santé d'une autre discipline (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, médecins, etc.).

9.2 Le médecin spécialiste qui participe à une réunion clinique multidisciplinaire a droit au paiement d'honoraires de 52,75 \$. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

9.3 Au cours d'une année civile, un médecin ne peut réclamer plus qu'un équivalent de 40 heures pour sa participation à des réunions cliniques multidisciplinaires.

9.4 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38, la rémunération de sa participation à une réunion clinique multidisciplinaire est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette réunion est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Pour le médecin spécialiste classé en biochimie médicale ou en microbiologie-infectiologie, la participation à une réunion clinique multidisciplinaire est rémunérée à 50 % lorsque effectuée entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : *Inscrire l'heure de début du service.*

9.5 La présente règle ne s'applique pas aux médecins classés en anatomo-pathologie.

AVIS : *Voir le code de facturation **15406** à la section Divers sous l'onglet B – Tarification des visites du [Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#).*

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION N° 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

Abrogée.

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.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Durée de la visite de 60 minutes et plus.**

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

AVIS : *Le médecin qui demande le paiement d'une thérapie de communication, ne doit pas joindre les notes explicatives à la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, mais doit les conserver au dossier pour références ultérieures.*

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, réalisée en établissement

07097 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet

07802 Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG, réalisée en établissement

07098 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéctomie irienne (corélyse)

07137 Iridectomie périphérique ou complète

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

07106 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement

AVIS : *Pour chaque intervention, identifier de quel côté celle-ci a été effectuée à l'aide des éléments de contexte* **Intervention côté droit et Intervention côté gauche.**

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 lorsque accomplis au cours de la même séance :

- les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique *Obstétrique-gynécologie*;
- l'insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non;
- l'exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non lorsque effectué au cours de la même séance que l'insertion d'un nouveau dispositif intra-utérin hormonal ou non;
- la mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone;
- l'exérèse d'implants sous-cutanés de progestérone;
- 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'hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie;
- cystorraphie pour rupture de la vessie;
- uréthro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique;
- colposacropexie avec bande;
- les chirurgies mentionnées au chapitre *Gynécologie* sous la rubrique *Vulve et orifice inférieur du vagin*;
- l'urétropexie, toutes techniques est toujours payée à demi-tarif lorsque réalisé avec d'autres actes et celui dont le tarif est le plus élevé est alors payé à plein tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours de la même séance en obstétrique-gynécologie.**

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.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique ou gynécologie.**

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 :

- Examen du nouveau-né normal.
- 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.
- Anesthésie en soins palliatifs – visite de suivi, par jour (services médicaux codés 41023 et 41024).
- Anesthésie en soins palliatifs – Tournée des malades le week-end (services médicaux codés 41025 et 41028).
- Soins de ventilation – Niveau I – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00927 et 41029).
- Soins de ventilation – Niveau II – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00991 et 41030).
- Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, dimanche et jours fériés entre 7h et 19h.
- 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 chirurgies tumorale ou oncologique complexes (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire (sauf pour les honoraires d'anesthésie)).
- Thérapie immuno-suppressive et soins médicaux afférents pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque, pulmonaire ou cardio-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire (services médicaux codés 09489, 09490, 09377, 09378, 09379, 09380, 09491, 00763, 20213, 09350 et 00767).
- 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.
- En cardiologie, le supplément à la visite principale, si médecin traitant pour patient admis en urgence (service médical codé 15703).
- Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire (services médicaux codés 41040, 41041, 41051, 41052, 41042, 41043, 41053 et 41054).
- Anesthésie en douleur chronique (services médicaux codés 41055, 41056, 41057, 41058, et 41059)
- Interprétation quotidienne d'un enregistrement d'électroencéphalogramme prolongé avec production d'un rapport (20268, 20269, 20270 et 20271).
- Production d'un rapport final d'un électroencéphalogramme prolongé (20273, 20274, 20275).

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. Toutefois, les évaluations préopératoires (codes d'actes 15382, 15383, 15384 et 15385) sont payables en sus de la chirurgie, si effectuées dans les 90 jours précédents.

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, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire, thoracique. Est également visée la chirurgie codée 04662.

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.

Le médecin qui pratique un avortement thérapeutique dans un établissement désigné par les parties négociantes a également droit au paiement de l'honoraire prévu à la règle 28 du Préambule général lorsqu'il procède à une sédation-analgésie.

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.

AVIS : *Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes 06137, 06909 et 06949 dans un établissement désigné, utiliser le code de facturation 70007.*

Le rôle 1 doit être utilisé pour la facturation de ce code.

Pour la facturation en centre hospitalier, veuillez vous référer à la règle 28 du Préambule général.

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 établissement, 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.

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 : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière. Ne pas fournir les indications médicales mais les conserver au dossier aux fins de références.*

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.

RÈGLE D'APPLICATION N° 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

En médecine nucléaire, un seul honoraire de l'examen de l'ostéodensitométrie isotopique est exigible, quel que soit le nombre de sites, par année, par patient, par l'ensemble des médecins, 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.

En ce sens, si un même médecin fait, le même jour, une visite en clinique externe ou en cabinet et une échographie cardiaque pour un patient, il est entendu que l'interprétation de l'examen et la rédaction du rapport sont faites le jour de la visite et que

l'échographie cardiaque doit être facturée cette même journée.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Consultation en clinique externe effectuée le même jour pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.***

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques foetaux, l'échocardiographie foetale, l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne, l'échographie intracoronarienne de même qu'à l'enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires par voie endovasculaire.

Cette règle ne s'applique également pas au service médical « 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 (code 08303) », lorsque ce service donne droit au paiement d'un supplément de télémédecine en vertu du Protocole concernant la télémédecine et qu'il est effectué auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémédecine.***

Cette règle ne s'applique également pas à la visite principale ou la visite de contrôle effectuée en clinique externe, lorsque réclamée le même jour qu'une échographie cardiaque codée 08304, 08341 ou 08380.

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

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

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angiologique » (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 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. *Abrogé.*

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 : *Utiliser l'élément de contexte **Autre étude de la morphologie cardiaque (08303) ou de la morphologie cardiage foetale (08311) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue pour demander 75 % du tarif de l'un ou l'autre des codes de facturation 08303 ou 08311.***
Voir l'onglet K - Ultrasonographie du Manuel des services de laboratoire en établissement.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas le premier de ces services lorsque celui-ci donne droit au supplément de télémédecine prévu au Protocole concernant la télémédecine et qu'il est dispensé auprès d'un enfant de moins de

quatorze ans.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Service en exception à la règle d'application 19.5 ou Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémedecine.*

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.

La présente règle ne s'applique également pas au service subséquent lorsque dispensé à un patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence. Cette exception n'est toutefois applicable qu'une fois par établissement.

AVIS : *S'il y a lieu, pour un patient hospitalisé, indiquer la date d'entrée en établissement ou utiliser l'élément de contexte Patient hospitalisé.*

S'il y a lieu, pour un patient vu à l'urgence, indiquer le secteur d'activité Clinique d'urgence.

6. Le service médical « Stimulation programmée du coeur 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 : *Utiliser l'élément de contexte Autre stimulation programmée du coeur (00176) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue pour demander 75 % du tarif du code de facturation 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.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie.*

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, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

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

En urologie, l'honoraire d'une visite principale, en clinique externe ou en cabinet privé, n'est également exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, par médecin, à l'exception de la visite principale effectuée auprès d'un patient de 12 mois ou moins qui peut être réclamé une fois par période de trois mois (pour les patients de 12 mois ou moins, utiliser le code 15596 en cabinet privé et le code 15597 en clinique externe).

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

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

De plus, aux fins de l'application de la présente règle, la visite principale liée avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne n'est pas considérée pas comme une visite principale.

AVIS : *Selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*

- **Suivi d'un patient atteint d'un cancer;**
- **Suivi d'un patient atteint d'une tumeur intracrânienne;**
- **Suivi d'un patient en raison d'une transplantation d'organe.**

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, la visite à la demande d'un optométriste et la visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste sont considérées comme une visite principale.

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, par médecin, 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 : *Utiliser l'élément de contexte Suivi d'un patient atteint d'un cancer.*

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, 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, ou de photodynamie qu'un seul traitement par jour.

RÈGLE D'APPLICATION N° 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

En cabinet privé, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, par patient, par médecin.

En clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 7 jours, par patient, par médecin.

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 par patient, par médecin. 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 par patient, par médecin.

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, par patient, par médecin 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, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

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

ou en cabinet privé.

En gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, par médecin, en cabinet privé. En clinique externe, il n'est exigible que deux fois par année, par patient, par médecin.

2. En médecine interne, et en gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par période de sept (7) jours, par patient, par médecin, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil, alors qu'en rhumatologie, il n'est exigible qu'une fois par semaine, du dimanche au samedi.

3. Pour un patient hospitalisé, un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par période de sept (7) jours, par médecin spécialiste en médecine interne, pour une même hospitalisation.

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 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 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 02673, 02687, 02714, 02716, 02742, 09589 ou 18107.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.

3. En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, par médecin.

RÈGLE D'APPLICATION N° 29

ALLERGIE

1. En allergie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par mois, par patient, par médecin, 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, par médecin, 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 sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, Autre région, sans anesthésie ou sous 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
- Ajustement d'une perfusion continue d'insuline, pour un patient hospitalisé

RÈGLE D'APPLICATION N° 34

RADIO-ONCOLOGIE

Abrogé.

En radio-oncologie, 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, par médecin au total pour l'ensemble.

En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par semaine, du dimanche au samedi, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la visite principale effectuée en urgence à la clinique externe pour un patient qui aurait autrement été référé à la salle d'urgence.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence** ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG**.

En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques**.

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 36

PHYSIATRIE

Abrogée.

RÈGLE D'APPLICATION N° 37

ANGIORADIOLOGIE

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le médecin radiologiste qui apporte sa contribution au chirurgien vasculaire principal ou au neurochirurgien principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le chirurgien vasculaire qui apporte sa contribution au médecin radiologiste principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le neurochirurgien qui apporte sa contribution au médecin radiologiste principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Cette règle s'applique pour les services médicaux codés 08401, 08402, 08403, 08404, 08405, 08408, 08409, 08413, 08414, 08415, 08416, 08417, 09432, 09436, 09439, 09440, 09441, 09446, 09447, 09494, 09495, 09496, et ce, lorsque les services médicaux codés 09432, 09436, 09437, 09438, 09439, 09940, 09441, 09446, 09447, 09494, 09495 et 09496 sont effectués au cours de la même séance que les services médicaux codés : 08401, 08402, 08403, 08404, 08405, 08413, 08414, 08415, 08416 et 08417.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Médecin contributeur**.

RÈGLE D'APPLICATION N° 38

OPHTALMOLOGIE

Visite en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne :

Une seule visite parmi les codes 15146, 15147, 15150 et 15151 est facturable par période de 12 mois, par patient.

Les codes 09252, 09253, 09254, 09255, 09281, 09283, 15099 et 15101 ne peuvent être facturés durant cette période, sauf s'il s'agit d'une visite non liée au suivi ou traitement par injection intravitréenne.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Visite non liée au suivi ou au traitement par injection intravitréenne**.

Les codes 15146, 15147, 15150 et 15151 ne peuvent être facturés si l'un des codes suivants a été facturé dans les derniers 4 mois :

07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059, 07060 et 07331.

Les codes 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059, 07060 et 07331 ne peuvent être facturés avec les codes suivants : 09252, 09253, 09254, 09255, 09281, 09283, 15099 et 15101.

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.

2.6 PA 17. Ophtalmologie

Pour le médecin classé en ophtalmologie, on applique les plafonnements suivants :

1. Le service médical « Bilan orthoptique : Interprétation ou 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. Un plafonnement d'activités de 500 par semestre au total pour les deux services médicaux suivants : « Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure » (code 07227) et « Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal » (code 07261).

Pour le surplus, le médecin est payé à 85 % du tarif.

3. Les services médicaux « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction » (code 07331) et « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement » (code 7106) sont sujet à un plafonnement d'activités de 1 000 par semestre.

Pour le surplus, le médecin est payé à 80 % du tarif jusqu'à concurrence de 1 500. Au-delà de 1 500, le médecin est payé à 60 % du tarif.

Date de prise d'effet : 1^{er} décembre 2015

Toutefois, on applique pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2015 les plafonnements suivants : Le plafonnement d'activités prévu à l'article 2 est fixé à 84 services médicaux. Les actes excédentaires sont payables à 85 % du tarif; le plafonnement prévu à l'article 3 est fixé à 168 services médicaux. Pour le surplus, le médecin est payé à 80 % du tarif jusqu'à concurrence de 252 services médicaux et à 60 % pour les actes excédentaires.

AVIS : Les plafonnements d'activités suivants sont ajoutés à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

- Un plafonnement d'activités de 200 par semestre au total pour les 2 services médicaux suivants :
« Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG – réalisée en établissement » (code d'acte **07002**) et « Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG – réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet » (code d'acte **07104**).

Pour le surplus, le médecin est payé à 25 % du tarif.

Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, le plafonnement est fixé à 100 services médicaux.

- Le service médical « Rétinographie : photographie faite pour documenter une condition de pôle postérieur en vue d'assurer le suivi dans le temps » (code d'acte **00553**) est sujet à un plafonnement d'activités de 100 examens par semestre.

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

Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, le plafonnement est fixé à 50 examens.

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

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

1. 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.

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

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

4. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale », (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 65 900 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 72 100 \$, 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 44

300 \$ 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 2 770 \$ 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 actes par semestre, accumulées parmi les 4 services médicaux suivants :

Code 20248 Étude myoneurale, 5 unités et moins

Code 20250 Étude myoneurale longue, plus de 5 unités

Code 20251 Étude myoneurale pour les cas complexes

Code 20249 Étude myoneurale pour diagnostic confirmé et principal de tunnel carpien uni ou bilatéral

AVIS : *Tout supplément d'activité 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'activité 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 13 070 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture », (code 01101), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous 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 7 160 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins », (code 01108), et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous 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 un plafonnement de 28 600 \$ 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 24 680 \$ 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 global d'interprétation de trente (30) examens réalisés dans la même journée, 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 : Utiliser l'élément de contexte *Service médical dispensé à un malade atteint d'un cancer, non visé par un plafonnement.*

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Abrogé

2.21 PA 38 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement d'activités de 28 600 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardiovasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

2.22 PA 39 Pédiatrie

Pour le médecin spécialiste en pédiatrie, on applique un plafonnement de 80 visites de contrôle par médecin, par période de 24 heures.

Pour le surplus, le médecin est payé à 20 % du tarif.

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

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait souhaitable pour les professionnels qui facturent des services en laboratoire de soumettre une demande de paiement dont la période coïncide avec la date de fin de semestre, soit le 30 juin et le 31 décembre de chaque année. Faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés pour la période chevauchant la date de fin d'un semestre (pour les professionnels qui utilisent la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).*

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

Spécialité	Montant
Santé communautaire	281 800 \$
Biochimie	250 600 \$
Psychiatrie	364 000 \$

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 278 000 \$ 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 256 800 \$ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 338 400 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 392 100 \$ 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. Toutefois, pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains. De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des

Règles 41 et 42 du Préambule général.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie, au médecin classé en génétique médicale et au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient pas compte des gains de pratique en établissement. Pour le médecin classé en microbiologie-infectiologie, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant du supplément de consultation et de la visite principale qui s'y rattache. Pour le médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant 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.

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

3.2.4 Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'Annexe 19 n'est toutefois pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

3.2.5 Pour le médecin classé en microbiologie ou en génétique médicale, 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

3.2.6 Aux fins de l'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique Procréation assistée de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique Urologie – D) Procréation assistée de l'onglet Procédés diagnostiques et thérapeutiques, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

3.2.7 Aux fins d'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique provenant de la prestation du service médical codé 06155, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

3.3 Divers

3.3.1 Le médecin spécialiste classé en psychiatrie 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 299 400 \$ 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 113 300 \$ 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 155 300 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

i) l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous la rubrique *Chirurgie générale*;

- ii) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarifcation des visites*, sous les rubriques *Hors discipline* et *Divers*;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie*;
- iv) 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 187 000 \$ 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 *Tarifcation des visites*, à la rubrique *Néphrologie* sous la section *Dialyse*.

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

3.11 PG 10 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 122 400 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarifcation des visites*, sous les rubriques *Hors discipline*, *Divers* et *Chirurgie vasculaire*, 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*;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler pour fins de diagnostic*.

3.12 PG 11 Hématologie-oncologie médicale

Pour le médecin classé en hématologie-oncologie médicale, les majorations d'honoraires payables en vertu des Règles 23.8 et 32 du *Préambule général* de l'annexe 4 pour un patient de moins de 18 ans ou pour un patient de 70 ans et plus ne s'appliquent plus, au cours d'une année civile, lorsque les gains de pratique du médecin, incluant ces majorations, excèdent 532 500 \$ au cours de cette année. Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique du médecin prévus au *Tarif de la médecine de laboratoire*.

Plafonnement de pratique particulière

3.13 PG 12 Programme de chercheurs-cliniciens de carrière

3.13.1. On applique au médecin qui participe au programme de chercheur-clinicien de carrière et qui est désigné par les parties négociantes en raison du fait qu'il est décompté du plan des effectifs médicaux, un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et en lieu et place de tout autre plafonnement de gains de pratique prévu à l'Accord-cadre.

Le montant du plafonnement de gains de pratique dans le régime d'assurance maladie est établi à 55 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé. Le plafond pour chacune des spécialités est prévu dans le tableau ci-dessous.

3.13.2. Aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique, 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 et à l'égard des services de physiothérapie rendus par les médecins spécialistes en psychiatrie pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

Spécialité	Plafond (55 %)
Allergie et immunologie clinique	187 400 \$
Anatomo-pathologie	266 000 \$
Anesthésiologie	280 900 \$
Microbiologie médicale et infectiologie	248 300 \$
Biochimie médicale	176 800 \$
Cardiologie	319 800 \$
Chirurgie générale	288 500 \$
Chirurgie orthopédique	268 300 \$
Chirurgie plastique	248 900 \$
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	349 700 \$
Dermatologie	178 200 \$
Gastroentérologie	288 800 \$
Obstétrique et gynécologie	223 500 \$
Oncologie médicale	255 800 \$
Pneumologie	231 800 \$
Médecine interne	246 300 \$
Médecine physique et réadaptation	174 000 \$
Neurochirurgie	282 300 \$
Neurologie	195 700 \$
Ophtalmologie	339 100 \$
Oto-rhino-laryng./chir. cervico-faciale	227 000 \$
Pédiatrie	198 300 \$
Psychiatrie	233 800 \$
Radiologie diagnostique	352 100 \$
Radio-oncologie	281 900 \$
Urologie	258 400 \$
Médecine nucléaire	243 500 \$
Néphrologie	242 000 \$
Endocrinologie et métabolisme	168 400 \$

Rhumatologie	168 700 \$
Santé pub./méd. préventive ou du travail	146 800 \$
Gériatrie	265 600 \$
Génétique médicale	243 000 \$
Médecine d'urgence	257 100 \$
Chirurgie vasculaire	267 700 \$

Pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.

Pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique « Procréation assistée » de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique Urologie – D) Procréation assistée de l'onglet Procédés diagnostiques et thérapeutiques, on ne tient compte que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

Pour les gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

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

3.13.3. Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4, de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5 ou de la règle 4.2 de l'annexe 38 ne sont pas sujets à ce plafonnement de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

DISPOSITIONS TARIFAIRES

1. Cette partie du manuel est un document administratif pour fins de facturation des actes médicaux.

Elle contient le texte des addenda, de la nomenclature des actes des annexes 5 et 7 de l'entente, ainsi que des renseignements d'ordre administratif.

2. Lorsqu'il y a lieu d'interpréter, d'analyser et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente, il faut se rapporter aux lois mêmes, aux décrets, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles.

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

ADDENDUM 2.

Cet addendum détermine la rémunération du médecin anatomo-pathologiste qui exerce dans le champ de sa discipline, pour sa participation aux activités de laboratoire en anatomo-pathologie ainsi qu'à certaines autres activités indiquées.

La rémunération prévue au présent addendum constitue un mode de rémunération exclusif pour le médecin anatomo-pathologiste. Ainsi, il ne peut tirer avantage d'aucun autre mode de rémunération prévu à l'Accord-cadre, à moins de dispositions spécifiques prévues au présent addendum.

ARTICLE 1.**Mode de rémunération**

1.1 La rémunération du médecin anatomo-pathologiste est établie sur la base d'un montant forfaitaire, lequel est fonction de la charge professionnelle anticipée et de la charge professionnelle réelle du médecin au cours d'une année civile, ainsi que du nombre de semaines au cours desquelles il accomplit cette charge ou a droit au paiement du montant forfaitaire établi pour celle-ci.

ARTICLE 2.**La charge professionnelle**

2.1 Le médecin anatomo-pathologiste reçoit un montant forfaitaire établi en fonction de sa charge professionnelle annuelle, laquelle comprend l'ensemble des activités qu'il accomplit dans le cadre du régime d'assurance maladie à l'exception des activités qui sont prévues à l'article 2.2. Les activités comprennent notamment :

- i) Les activités de laboratoire en anatomo-pathologie, lesquelles comprennent l'ensemble des activités visées à la nomenclature de sa discipline, dont les activités de consultation, d'examen microscopique et d'interprétation de spécimens, d'autopsies, de détermination de marge de résection, de contrôle paraffiné de fragment tissulaire congelé, de cytologie, de cytogénétique, de biologie moléculaire, etc. Sont également visées, les cliniques de tumeur ainsi que les activités de corrélation clinico-pathologique;
- ii) Les activités médico-administratives du médecin anatomo-pathologiste qui agit à titre de chef de département ou de service en anatomo-pathologie.
- iii) Les activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire effectuées par un médecin désigné par les parties négociantes;
- iv) Les activités de contrôle de la qualité en anatomo-pathologie.

2.2 La charge professionnelle annuelle du médecin pour laquelle il reçoit un montant forfaitaire ne comprend pas les activités suivantes, selon le cas, lesquelles font l'objet d'une rémunération distincte :

- i) La garde en disponibilité, laquelle est rémunérée selon les dispositions de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre ou des lettres d'entente n° 122 et n° 171;
- ii) Les activités de recherche, lesquelles peuvent donner droit, selon le cas, aux bénéfices prévus au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers. Dans cette éventualité, les parties négociantes déterminent les modalités d'application du présent addendum et en avisent la Régie;
- iii) Les activités de supervision clinique ou autres activités d'enseignement prévues au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes;
- iv) Les activités rémunérées selon la tarification horaire et auxquelles un médecin anatomo-pathologiste pourrait avoir droit en vertu des annexes 14 ou 15 de l'Accord-cadre ou d'un protocole d'accord prévu à cet effet, dont le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé, le Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer ou le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée;
- v) Les honoraires payables en vertu des lettres d'entente n° 102, n° 112 et n° 171, le cas échéant;

vi) Les services médicaux suivants :

Constat de décès (code 09200);

Les services médico-administratifs visés à l'article 12 de l'Annexe 24 (code 09921);

Le formulaire prévu dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein (code 09814);

Validation et approbation d'une demande d'analyse de biologie médicale non disponible au Québec, avec rédaction du rapport AH-612 (code 70004);

Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques (code 15310);

Prélèvement de sang veineux chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction (code 15311);

Examen externe d'un cadavre (code 15312).

vii) Le forfait d'urgence prévu à l'article 4.3 du préambule général, lequel prévoit un forfait minimal pour le médecin qui est appelé en urgence pendant l'horaire de garde;

viii) Les activités prévues au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;

2.3 Le médecin anatomo-pathologiste a également droit aux bénéfices prévus aux annexes 9, 19 (sauf l'article 3.4 i), 23 et 32 de l'Accord-cadre.

De plus, les dispositions de l'Annexe 8 de l'Accord-cadre ne s'appliquent pas au médecin anatomo-pathologiste.

Volume d'activités L4E

2.4 La charge professionnelle d'un médecin anatomo-pathologiste est déterminée en fonction de son volume d'activités de laboratoire, tel qu'établi selon le concept de l'unité L4E, et, le cas échéant, de ses activités médico-administratives de chef de département ou de service, telles qu'établies à l'article 2.10 et de ses activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire, telles qu'établies à l'article 2.11.

La valeur L4E de chacun des actes effectués en anatomo-pathologie est déterminée selon le tableau des actes et les règles applicables à cet égard.

2.5 Le médecin peut cumuler une charge professionnelle dans plus d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence du maximum établi pour une pleine charge professionnelle et prévu à l'article 2.12 iii).

2.6 Une pleine charge professionnelle annuelle correspond au volume total suivant d'unités L4E, lequel est fonction du type de centre hospitalier où exerce le médecin anatomo-pathologiste ou de son type de pratique :

1. Centre hospitalier universitaire	9 850 L4E
2. Centre hospitalier affilié universitaire reconnu	10 400 L4E
3. Autres centres hospitaliers	10 950 L4E
4. Pratique en pédiatrie	5 400 L4E
5. Pratique en neuropathologie	2 500 L4E

2.7 Aux fins de l'application de l'article 2.6, un centre hospitalier universitaire désigne un centre exploité par

un établissement et qui est désigné à titre de centre hospitalier universitaire ou d'institut universitaire.

Un centre hospitalier universitaire affilié reconnu désigne un centre exploité par un établissement et qui est désigné à titre de centre affilié universitaire et au sein duquel on retrouve un programme de résidence en anatomo- pathologie et une participation active des médecins du département à l'enseignement aux résidents. Un tel centre est désigné par les parties négociantes, après évaluation.

La pratique pédiatrique s'applique à l'égard du médecin anatomo-pathologiste qui exerce au CHU Sainte-Justine de Montréal ou au CUSM - site Glen et ne s'applique qu'à l'égard de l'activité pédiatrique de ce médecin, toute autre activité étant considérée être exercée au sein d'un centre hospitalier universitaire. La pratique pédiatrique s'applique également à l'égard du médecin spécialiste anatomo-pathologiste qui exerce de façon principale dans le secteur d'activités de la pédiatrie, qui est détenteur d'une formation postdoctorale en anatomo-pathologie pédiatrique et qui est désigné par les parties négociantes.

La pratique en neuropathologie s'applique à l'égard du médecin anatomo-pathologiste qui exerce de façon principale dans le secteur d'activités de la neuropathologie, qui est détenteur d'une formation postdoctorale en neuropathologie et qui est désigné par les parties négociantes. Cette désignation s'applique alors à l'ensemble de la pratique de ce médecin.

La catégorie « autres centres hospitaliers » désigne tout autre centre hospitalier où s'exerce l'anatomo-pathologie au Québec et qui n'est pas visé spécifiquement par l'une ou l'autre des catégories.

Détermination de la charge professionnelle annuelle

2.8 Au moins 60 jours avant le début d'une année civile, le chef de département ou de service en anatomo-pathologie détermine, avec les médecins anatomo-pathologistes du département ou du service du centre hospitalier, la charge professionnelle annuelle attribuable à chacun des médecins du département ou service pour l'année civile qui vient.

Il en est de même pour un médecin qui entreprend ou quitte sa pratique au sein du département ou du service en cours d'année.

Cette charge professionnelle est déterminée en anticipant le volume d'activités, estimé en unités L4E, de chacun des médecins du département ou du service au cours de l'année civile visée et en tenant compte du volume d'activités global du département ou du service au cours de l'année précédente.

Pour le médecin anatomo-pathologiste qui agit à titre de chef de service ou de département en anatomo-pathologie ou qui assume la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire, cette charge professionnelle est également déterminée en tenant compte de ces activités, tel que stipulé ci-dessous.

2.9 Une charge professionnelle annuelle s'exprime en équivalent temps complet (ÉTC).

Une pleine charge professionnelle équivaut à 1 ÉTC et correspond à un volume d'unités L4E correspondant à celui déterminé à l'article 2.6. Une charge partielle correspond à une fraction qui s'exprime en tranche ou multiple de 0,05 ÉTC.

On peut également reconnaître une charge professionnelle supérieure à une pleine charge, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 iii), celle-ci devant également s'exprimer en tranche ou multiple de 0,05 ÉTC.

2.10 Pour le médecin anatomo-pathologiste qui agit à titre de chef de service ou de département en anatomo-pathologie, la charge professionnelle pour ses activités médico-administratives de chef s'exprime en tranche ou multiple de 0,1 ÉTC, selon le nombre de médecins exerçant dans le département, exprimés en ÉTC.

Les parties négociantes transmettent à la RAMQ le nombre d'ÉTC prévu pour chacun des centres hospitaliers. Un seul médecin par centre hospitalier peut agir à titre de chef de département.

Lorsqu'un établissement comprend plus d'un centre hospitalier, la charge de chef de département est déterminée en tenant compte de l'ensemble des médecins ÉTC exerçant dans cet établissement. Cette charge peut toutefois être répartie entre plusieurs médecins responsables.

- Pour un centre hospitalier comptant moins de 4 ÉTC médecins anatomo-pathologistes : 0,1 ÉTC
- Pour un centre hospitalier comptant 4 ÉTC médecins anatomo-pathologistes ou plus et moins de 10 : 0,2 ÉTC
- Pour un centre hospitalier comptant 10 ÉTC médecins anatomo-pathologistes ou plus et moins de 20 : 0,3 ÉTC
- Pour un centre hospitalier comptant 20 ÉTC médecins anatomo-pathologistes et plus : 0,4 ÉTC

2.11 Pour les activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire, on reconnaît au médecin anatomo-pathologiste désigné par les parties négociantes, une charge professionnelle additionnelle de 0,1 ÉTC.

2.12 La détermination de la charge professionnelle est sujette aux règles suivantes :

- i) La charge professionnelle attribuée à un médecin doit être établie en fonction de son volume d'unités L4E anticipé dans le centre hospitalier pour l'année à venir et, le cas échéant, de sa charge de chef de service ou de département en anatomo-pathologie et celle relative à la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire;
- ii) La charge professionnelle attribuée à l'ensemble des médecins du département ou service d'un centre hospitalier ne peut excéder, au total, le nombre d'ÉTC correspondant au volume d'activités total du département ou du service au cours de la dernière année, auquel s'ajoute la charge attribuable au chef de service ou de département et, le cas échéant, celle relative à la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.

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

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

2012 :1,5

2013 :1,5

2014 :1,5

2015 :1,5

2016 :1,5

2017 :1,5

2018 :1,5

2019 :1,5

2020 :1,5

2021 :1,5

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

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

iv) Nonobstant ce qui précède, une exception est mise en place pour le médecin qui effectue des autopsies à la demande du coroner et dont la charge professionnelle totale (incluant les autopsies à la demande du coroner) excède le maximum prévu à l'alinéa iii). Ce médecin a alors droit à la rémunération attribuable à sa charge professionnelle excédentaire jusqu'à concurrence de la portion de sa charge professionnelle annuelle qui est attribuable aux activités d'autopsies à la demande du coroner.

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

Le médecin qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

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

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

AVIS : Utiliser le formulaire [Avis d'assignation - Services de laboratoire en établissement - Anatomo-pathologie \(Addendum 2\) \(4169\)](#).

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

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

ARTICLE 3.

Modalités de paiement

3.1 Sous réserve des conditions prévues ci-après, une pleine charge professionnelle annuelle de 1 ÉTC donne au médecin anatomo-pathologiste le droit de recevoir le paiement d'un montant forfaitaire annuel de 337 850 \$. Pour une charge professionnelle partielle ou supérieure exprimée en tranches ou multiples de 0,05 ÉTC, le montant forfaitaire est ajusté au prorata.

3.2 Le montant forfaitaire auquel un médecin a droit, selon la charge professionnelle qui a été déterminée à son égard, est réparti sur l'année civile, par semaine, du dimanche au samedi. Le paiement est effectué toutes les deux semaines par la Régie.

3.3 Le médecin anatomo-pathologiste doit, au cours de chaque semaine où il effectue des activités de laboratoire en anatomo-pathologie, compléter le formulaire prescrit par la Régie et identifier chacun des examens effectués et leur valeur en unités L4E. Les activités de laboratoire en anatomo-pathologie doivent être déclarées au cours de la semaine correspondant à la date de signature du rapport de pathologie.

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

laboratoire comporte ces mêmes données et qu'il peut en générer un relevé précis.

AVIS : - *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606).*

- - *Pour les instructions de facturation, se référer à la section Rédaction de la demande de paiement pour les anatomo-pathologistes du Guide de facturation – Service de laboratoire en établissement (SLE).*
- - *Référez-vous également les instructions inscrites au tableau des actes de l'Addendum 2 – Anatomopathologie et aux règles applicables à cet égard.*

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

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

AVIS : - *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation Rémunération à l'acte (1606);*

- *Pour les instructions de facturation, se référer à la section Rédaction de la demande de paiement pour les anatomo-pathologistes du Guide de facturation – Service de laboratoire en établissement (SLE);*

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation rémunération à l'acte (1606). Pour les instructions de facturation, se référer à la section 2.3.4.1 Facturation du forfait hebdomadaire du Guide de facturation – Services de la boratoire en établissement (SLE).*

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

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

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

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

ARTICLE 4.

Validation rétroactive de la charge professionnelle et ajustements

4.1 À la fin de chaque année civile, la Régie vérifie le volume total d'activités de laboratoire accomplies par les médecins anatomo-pathologistes, tel qu'exprimé en unités L4E, ainsi que le nombre de semaines au cours desquelles le médecin a eu droit au paiement de sa rémunération forfaitaire.

4.2 Selon la charge anticipée du médecin indiquée à son avis d'assignation et de la rémunération totale reçue par celui-ci au cours de l'année, on détermine ensuite le droit du médecin de recevoir un versement d'honoraires additionnel ou son obligation de rembourser une partie des honoraires reçus en cours d'année, le tout en fonction des règles suivantes :

i) Pour le médecin ayant eu droit au versement de sa rémunération forfaitaire au cours de chacune des semaines de l'année :

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

Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne verse alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12. Toutefois, de façon exceptionnelle pour l'année 2012, dans l'éventualité où le surplus de charge est de plus de 5 %, on verse alors le montant correspondant à ce surplus, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12.

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 5.

Suivi de l'implantation du nouveau mode de rémunération

5.1 Les parties conviennent de mesurer et d'évaluer, pour les premiers 6 mois suivant la mise en application du nouveau mode de rémunération basé sur les unités L4E, les coûts associés aux nouvelles modalités de rémunération prévues au présent addendum ainsi qu'aux unités L4E associées aux actes. De plus, les

parties examineront le nombre de L4E facturés par un médecin comparativement à la charge professionnelle qui lui a été octroyée et, le cas échéant, pourront prendre les mesures nécessaires afin que la charge professionnelle octroyée et le versement effectué par la Régie reflètent sa pratique.

ARTICLE 6.

Divers

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

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

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

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Niveaux de complexité

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

Niveau 1 (n1)= 0,15 L4E : macroscopie seulement

Niveau 2 (n2)= 0,33 L4E : normalité ou processus dégénératif simple

Niveau 3 (n3)= 0,50 L4E : lésion banale

Niveau 4 (n4)= 1 L4E : unité de mesure générale (biopsie simple ou spécimen chirurgical simple)

Niveau 5 (n5)= 5 L4E : spécimen anatomiquement complexe ou pathologie demandant l'évaluation de plusieurs paramètres

Niveau 6 (n6)= 15 L4E : spécimen de chirurgie radicale pour cancer avec les ganglions locaux et/ou régionaux

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

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

RÈGLE 1.

Mesure de tâche

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

1.1 Spécimens biopsiques

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

1.1.1 Pour les biopsies par fragments (à la pince)

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

i. Biopsies autres que cutanées ou digestives

On attribue les unités de la façon suivante :

1 à 5 fragments= 1 L4E

6 à 10 fragments= 2 L4E

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

ii. Biopsies digestives

Les unités sont établies comme suit :

1 à 3 fragments= 0,5 L4E

4 à 6 fragments= 1 L4E

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

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

iii. Lésions cutanées bénignes

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

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

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

1.1.2 Biopsies au trocart

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

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

Les unités sont attribuées de la façon suivante :

1 à 5 cylindres= 1 L4E

6 à 10 cylindres= 2 L4E

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

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

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

1.1.3 Biopsies par curetage

Les unités sont établies comme suit :

1 à 5 blocs= 1 L4E

6 à 10 blocs= 2 L4E

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

1.2 Spécimens chirurgicaux

La règle suivante s'applique pour :

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

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

1.3 Rapport synoptique à paramètres multiples

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

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

RÈGLE 2.

Ajouts professionnels

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

2.1 Niveaux supplémentaires

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

L4E par niveau supplémentaire.

2.2 Colorations spéciales, immunofluorescence, histochimie et immunohistochimie

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 3.

Biologie moléculaire et cytogénétique

3.1 On attribue 0,50 unité L4E pour chaque marqueur immunohistochimique d'intérêt quantitatif ou thérapeutique documenté au rapport.

3.2 On attribue 0,50 unité L4E pour l'intégration, à un rapport de pathologie, du résultat d'un examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique (codes d'acte 12202, 12203, 12204, 12205 et 12206) fait par un autre anatomo-pathologiste.

3.3 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une lame de FISH, CISH ou SISH par l'anatomo-pathologiste.

3.4 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de marqueurs en cytométrie de flux.

3.5 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de cytogénétique.

3.6 On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de biologie moléculaire (PCR, RT-PCR, séquençage).

RÈGLE 4.

Organes pairs

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

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES ACTES

L4E

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

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

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

Remplir le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation (no 1606) de la façon suivante :

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

AUTOPSIES

11701 Autopsie faite à la demande du coroner	48
11711 Autopsie partielle limitée à une cavité ou région faite à la demande du coroner	18
11712 Autopsie partielle limitée à plus d'une cavité ou région faite à la demande du coroner	24
11713 Autopsie partielle limitée au cerveau et/ou à la moelle épinière faite à la demande du coroner	18
NOTE : Plutôt que de se limiter à la demande d'autopsie partielle du coroner, l'anatomo-pathologiste conserve en tout temps la pleine discrétion de procéder à une autopsie complète s'il la croit justifiée.	
11702 Autopsie pédiatrique complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans)	48
NOTE : Le code 11702 s'applique dans les cas de cardiopathie congénitale, de maladie métabolique, de néoplasie, de défaillance multisystémique.	
NOTE : Le code 11702 s'applique lorsqu'il y a eu naissance vivante.	
11703 Autopsie complexe en milieu hospitalier	48

NOTE : Le code 11703 s'applique dans les cas de décès survenus per ou post-chirurgie, en obstétrique, lors de transplantation, lors d'une recherche de néoplasie primitive multimétastatique, suite à une hospitalisation en soins actifs d'un mois et plus, ainsi que lorsque des questions cliniques complexes sont posées.

11704 Autopsie pédiatrique non-complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans) 36

NOTE : Le code 11704 s'applique lorsqu'il y a eu naissance vivante.

11705 Autopsie non-complexe réalisée en milieu hospitalier 36

11706 Autopsie partielle limitée à une cavité ou région 18

11707 Autopsie partielle limitée à plus d'une cavité ou région 24

11708 Autopsie limitée au cerveau et/ou à la moelle épinière 18

11709 Autopsie d'un fœtus, examens macroscopique et microscopique réalisés avec demande formelle d'autopsie et autorisation écrite d'un des parents 15

NOTE : Le code 11709 ne s'applique pas dans les cas d'IVG non motivée par une anomalie physique ou génétique.

11710 Examen macroscopique seulement d'un foetus 2

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

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

RÉUNIONS CLINICO-PATHOLOGIQUES

NOTE : Pour les codes 11801 et 11802, on accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (MOD=077, pour la pratique en pédiatrie MOD=460 et pour la pratique en neuropathologie MOD=487).

AVIS : À la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (**MOD=077**, pour la pratique en pédiatrie **MOD=460** et pour la pratique en neuropathologie **MOD=487**) est diminuée à 1,25 à compter du 1^{er} octobre 2021. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

NOTE : Pour les codes 11801 et 11802, on accorde la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier pour participation à une clinique des tumeurs (MOD=128, pour la

pratique en pédiatrie MOD=461 et pour la pratique en neuropathologie MOD=488).

- | | | |
|--------------|--|----|
| 11801 | Corrélation clinico-pathologique d'un ou plusieurs cas de spécialité, à laquelle participent au moins deux médecins de la spécialité concernée. Un compte rendu comprenant la date, le nom des participants et les numéros des cas discutés doit être fait par période de 30 minutes | 3 |
| 11802 | Participation d'un anatomo-pathologiste dans le cadre d'une clinique des tumeurs, à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes. Un compte rendu comprenant la date, le nom des participants et les numéros des cas discutés doit être fait par période de 30 minutes | 3 |
| 11803 | Révision de matériel d'autopsie avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs | 12 |
| 11804 | Révision de matériel d'autopsie avec rapport succinct au dossier pour participation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs | 8 |

CONSULTATIONS

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

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

Toutefois, après la majoration de 1,5 fois la valeur en unité L4E, en incluant tous les actes et ajouts professionnels requis, si la valeur minimale de 6 L4E n'est pas atteinte, facturer le code 11900. Les codes 11902 et 11909 ne peuvent être facturés en sus. (MOD=151, pour la pratique en pédiatrie MOD=484 et pour la pratique en neuropathologie MOD=490).

AVIS : Valeur minimale d'une consultation demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement

- | | | |
|--------------|-------------------|---|
| 11900 | <i>Supplément</i> | 6 |
|--------------|-------------------|---|

AVIS : Le code d'acte 11900 a une valeur de 6 L4E. Il ne peut pas être facturé en sus des codes d'acte 11901, 11902, 11903 et 11909. Aucun modificateur ne s'applique pour ce code d'acte.

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

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

11901 Intradisciplinaire dans le même établissement en raison de la difficulté du cas, avec production d'un rapport écrit	1
11902 Demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement à un neuropathologiste reconnu par les parties négociantes, eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité	27
11903 Demandée par un anatomo-pathologiste du même établissement à un neuropathologiste reconnu par les parties négociantes, eu égard à des pathologies primaires dominantes du système nerveux, avec incidences cliniques et/ou génétiques, ou à des pathologies systémiques ayant entraîné une symptomatologie neurologique	18
11904 Deuxième opinion demandée et documentée lors d'un examen extemporané	0,50
11905 Préparation du matériel et documentation explicative pour envoi en consultation	1
11906 Préparation du matériel pour un transfert de routine interétablissement	0,15
11907 Sélection de bloc(s) approprié(s) en vue d'un examen spécial interétablissement	0,50
11908 Révision d'un spécimen antérieur pertinent lors de l'examen d'un cas, documentée au rapport	1
11909 Demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre centre hospitalier, eu égard à l'examen macroscopique et l'examen microscopique du cœur en raison de la complexité	27
NOTE : Le code 11909 ne peut s'appliquer à l'examen du cœur d'un donneur.	
11910 Supplément pour un cas urgent ou un diagnostic critique, incluant une communication directe avec le clinicien, mentionnée au rapport	1
NOTE : Le code 11910 ne peut être facturé avec une consultation per-opératoire.	

CONSULTATIONS PER-OPÉRATOIRES

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

11911 Première consultation sans congélation, ou avec une coupe, ou empreinte ou cytologie de grattage	3
11912 pour chaque consultation additionnelle avec ou sans congélation, supplément	2
11913 pour tout examen extemporané effectué en plus de la lame initiale, par coupe, ou empreinte ou cytologie de grattage, supplément	1
Technique de Mohs	
11914 première couche excluant le curetage initial	3

11915 chaque couche additionnelle, supplément 2

NOTE : Les codes 11914 et 11915 ne peuvent être facturés avec le code 11913.

CYTOLOGIES

Biopsie – aspiration à l'aiguille fine

12031 interprétation 2

12032 ponction effectuée par l'anatomo-pathologiste 3

12033 Évaluation, pendant la technique, de la qualité du matériel obtenu 3

12034 Bloc cellulaire 2

NOTE : Le frottis cellulaire ne peut être facturé en sus.

12035 Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal 0,15

12036 Immunocyte 0,05

12037 Spécimen non gynécologique exfoliatif : urine, expectoration, aspiration ou écoulement 1

12038 Spécimen non gynécologique obtenu par lavage, ou brossage ou ponction de liquide 2

12039 Décompte cellulaire sur lavage broncho-alvéolaire effectué par l'anatomo-pathologiste 1

NOTE : Le code 12039 est facturable en sus du code 12038.

12040 Spermogramme complet 2

12041 Spermogramme post-vasectomie 1

BIOPSIES

spéciales

10301 incisionnelle ou excisionnelle pour sarcome
par bloc 0,33

Maximum 45 blocs

NOTE : Voir règle 1.2

10402 osseuse pour pathologie non néoplasique 5

10403 incisionnelle ou excisionnelle osseuse pour tumeur bénigne, maligne ou métastatique,
par bloc 0,33

Maximum 45 blocs

NOTE : Voir règle 1.2

10703 ouverte pulmonaire pour pathologie non tumorale 5

10704	ouverte pulmonaire pour pathologie tumorale, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10801	myocardique	5
10802	artérielle	1
10905	hépatique pour pathologie non tumorale ou pour tumeur primitive	5
10906	hépatique pour métastase	1
11001	testiculaire, dans les cas d'infertilité	5
11405	évaluation d'organe transplanté	5
11002	rénale pour pathologie non néoplasique	5

dermatologiques

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

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

hématologiques

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

11557	biopsie et aspiration de moelle osseuse pour condition hématologique	7
11558	biopsie ou aspiration de moelle osseuse pour métastase	1
11559	biopsie et aspiration de moelle osseuse pour métastase	2

neuropathologiques

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

générales

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

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

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

à la pince digestive

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

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

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

NOTE : Pour les cylindres subséquents, voir règle 1.1.2

au trocart, prostate

11035	prostate, par cylindre	0,50
	Maximum 30 cylindres	

mammotome et trocarts de gros calibre (moins de 16 gauges)

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

Maximum 45 blocs

NOTE : Voir règle 1.2

par curetage

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

NOTE : Pour les blocs subséquents, voir règle 1.1.3

CHIRURGIES

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

AVIS : Le tarif du code d'acte **13901** est diminué à 0,03 L4E à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Mammaires

12403	Reprise de marge suite à une exérèse ancienne, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
12404	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion bénigne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) y compris l'évaluation des canaux galactophores, par bloc Maximum 45 blocs	0,33

NOTE : Voir règle 1.2

Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion maligne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) avec rapport synoptique

12405	1 à 15 blocs	5
12406	par bloc supplémentaire, supplément Maximum 30 blocs supplémentaires	0,33
12407	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion maligne (avec ganglions axillaires et/ou sentinelles)	15

Cutanées

10242	Excision large cutanée (non esthétique), de 2 cm et plus, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir règle 1.2	0,33
10243	Excision large cutanée pour lésion maligne, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir règle 1.2 NOTE : Le code 11564 (ganglion sentinelle) est facturable en sus.	0,33

Tissus mous

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

Osseuses

10411	Amputation pour lésion maligne : doigt ou orteil, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir règle 1.2	0,33
10413	Amputation non traumatique pour lésion bénigne : membre	5
10418	Résection radicale ou amputation : tumeur osseuse primaire	15

Neurologiques

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

ORL

10623	Résection partielle ou totale (larynx, pharynx, amygdale, adénoïdes, glande salivaire, langue, cavité buccale ou tumeur odontogénique) : pour lésion maligne avec dissection ganglionnaire unilatérale du cou	15
	NOTE : Voir Règle 1.1.1(ii)	
10624	Résection partielle ou totale (larynx, pharynx, amygdale, adénoïdes, glande salivaire, langue, cavité buccale ou tumeur odontogénique) : pour lésion bénigne ou maligne sans dissection ganglionnaire du cou, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

Respiratoires

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

Cardiovasculaires

10814	Résection de tumeur cardiaque bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10815	Résection de tumeur cardiaque maligne	5
10816	Cœur : explant	5
10817	Cœur : explant avec pontage et/ou étude du système de conduction	15
10818	Fenêtre péricardique, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

Digestives

10924	Appendice : néoplasie bénigne ou maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10925	Foie : explant	5
10927	Pancréas : résection partielle ou totale pour lésion bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10928	Pancréas : résection partielle ou totale pour lésion maligne avec ou sans ganglions	15
10929	Résection endoscopique sous-muqueuse (Barret, néoplasie de l'œsophage ou du rectum) ou résection transanale chirurgicale de lésion rectale	5
10930	Résection digestive (œsophage à anus) pour lésion bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10931	Résection digestive (œsophage à anus) pour lésion maligne avec ganglions	15
10934	Vésicule biliaire : lésion pré-maligne ou maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	

- 10935** Résection hépatique partielle pour lésion bénigne ou maligne,
par bloc 0,33
- Maximum 45 blocs
- NOTE : Voir règle 1.2

Urinaires

- 11043** Cystectomie partielle ou totale, néphrectomie partielle ou totale (uretère compris),
prostatectomie, résection partielle ou totale de l'urètre ou d'un uretère, épididymectomie ou
orchidectomie : pathologie bénigne
- par bloc 0,33
- Maximum 45 blocs
- NOTE : Voir règle 1.2
- 11044** Cystectomie partielle ou totale, néphrectomie partielle ou totale (uretère compris),
prostatectomie, orchidectomie ou résection radicale du pénis : pathologie maligne avec ou sans
ganglions 15
- 11045** Rein : explant 5
- 11046** Résection du pénis pour pathologie bénigne ou résection partielle pour pathologie maligne,
par bloc 0,33
- Maximum 45 blocs
- NOTE : Voir règle 1.2

Gynécologiques

- 11132** Col : conisation ou anse diathermique 5
- 11133** Épiploon,
par bloc 0,33
- Maximum 45 blocs
- NOTE : Voir règle 1.2
- 11135** Grossesse molaire partielle ou complète,
par bloc 0,33
- Maximum 45 blocs
- NOTE : Voir règle 1.2
- 11138** Ovaire avec ou sans trompe : lésion bénigne ou maligne, par côté,
par bloc 0,33
- Maximum 45 blocs

NOTE : Voir règle 1.2 et règle 4

11131	Trompe et/ou ovaire néoplasique malin accompagné(s) de ganglion(s) lymphatique(s)	15
11139	Placenta : avec microscopie	1

NOTE : Liste des indications de microscopie :

1. Conditions fœtales :

- Mort-né;
- RCIU (poids de moins de 2,5 kg ou 3^e centile) ou prématurité (moins de 37 semaines de gestation);
- Anomalie fœtale, aberration chromosomique, infection néonatale, signes neurologiques ou détresse importante, isoimmunisation (Rh ou autres).

2. Conditions placentaires :

- DPPNI ou rupture des membranes de plus de 36 heures;
- Placenta accreta/increta/percreta;
- Grossesse gémellaire ou plus;
- Anomalie significative à l'examen macroscopique du placenta, du cordon et des membranes;
- Poids placentaire (sans le cordon et les membranes) de moins de 350 g et de plus de 650 g.

3. Conditions maternelles :

- Fièvre ou infection par le streptocoque du groupe B;
- Hypertension, prééclampsie/éclampsie ou diabète sévère (gestationnel ou pas);
- Thromopathie, maladie auto-immune, néoplasie, maladie métabolique d'accumulation ou autre condition médicale grave ayant pu affecter le développement foeto-placentaire.

11150	Placenta : gestation multiple, par gestation avec microscopie	1
11152	Étude placentaire dans les cas de mort foetale sans autorisation d'autopsie	4
11141	Trompe : lésion bénigne non gestationnelle ou lésion maligne, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir règle 1.2	0,33
11143	Utérus avec ou sans annexes : pathologie bénigne ou myomectomie, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir règle 1.2 et règle 4	0,33
11144	Utérus avec ou sans annexes : pathologie maligne avec ou sans ganglions	15

11146 Vulve ou vagin : lésion bénigne ou maligne sans ganglion,
par bloc 0,33
Maximum 45 blocs
NOTE : Voir règle 1.2

11147 Vulve ou vagin : lésion maligne avec ganglions 15

Endocriniennes

11221 Hypophyse : biopsie ou exérèse,
par bloc 0,33
Maximum 45 blocs
NOTE : Voir règle 1.2

11222 Thyroïde : lobectomie ou thyroïdectomie pour lésion bénigne ou maligne, sans dissection
ganglionnaire,
par bloc 0,33
Maximum 45 blocs
NOTE : Voir règle 1.2

11223 Thyroïde : lésion maligne avec dissection ganglionnaire du cou 15

11224 Parathyroïde : biopsie ou exérèse,
par bloc 0,33
Maximum 45 blocs

11225 Surrénale,
par bloc 0,33
Maximum 45 blocs
NOTE : Voir règle 1.2

Diverses (autres)

11444 Corps étranger ou calcul 0,15

Hématologiques

11562 Rate : toutes conditions non traumatiques 5

11563 Étude de tous les ganglions régionaux ipsilatéraux pour une néoplasie déjà réséquée lors d'une
séance chirurgicale antérieure,
par bloc 0,33
Maximum 45 blocs

NOTE : Voir règle 1.2

- 11564** Étude protocolaire d'un ganglion sentinelle lorsqu'il ne s'agit pas d'un cas de niveau 6, par ganglion identifié 1

Ophtalmologiques

- 11654** Énucléation oculaire : lésion bénigne 5
- 11655** Énucléation oculaire : lésion maligne 15
- 11657** Exentération oculaire 15

Osseuses, ORL, cardiovasculaires, digestives, urinaires, gynécologiques, ophtalmologiques et diverses (autres) / (n2)

- 11659** Souris, ménisque, disque, cartilage de resurfaçage, gaine tendineuse ou segment de tendon / Osselets de l'oreille moyenne, septum nasal, cornets, Canal de Warthon, luette et/ou voile du palais pour apnée / Vaisseaux : veine, plaque athéromateuse, anévrisme, hématome, thrombus, embolie ou fistule artério-veineuse / Appendice normal : exérèse lors d'une autre chirurgie / Hémorroïdes et/ou marisques / Prépuce sans dermatose spécifique, canal déférent pour stérilisation, appendix testis, épididyme, hydrocèle, varicocèle, testicules sans néoplasie dans les cas de néoplasie prostatique / Interruption volontaire de grossesse / Trompe : stérilisation, par côté ou débris tissulaires accompagnant un stérilet / Vagin : cystocèle, rectocèle, réparation; Vulve : hymen ou petites lèvres, réparation / Cristallin, avec histologie / Sac herniaire ou lipome herniaire / Confirmation de nerf ou de ganglion sympathique 0,33

Mammaires, cutanées, tissus mous, osseuses, ORL, cardiovasculaires, digestives, urinaires, gynécologiques, ophtalmologiques et diverses (autres) / (n3)

- 11660** Capsule d'implant, mamelon surnuméraire ou sein surnuméraire / Plastie : normale, cicatrice, vergeture, liposuction ou abdominoplastie / Lipome ou névrome traumatique / Amputation traumatique : doigt ou orteil / Exostose, débris d'os et/ou de cartilage ou bourse séreuse / Tunnel carpien, fibromatose palmaire ou plantaire ou kyste arthrosynovial / Tête fémorale, genou ou autres pour pathologie bénigne / Amygdale(s) et/ou adénoïdes (lésions bénignes), choléstéatome, polypes du nez et/ou des sinus, mucocèle orale ou salivaire, kyste thyroïdienne ou granulome périapical / Valve cardiaque / Anus : fistule, fissure, kyste ou sinus pilonidal / Appendice : lésion non néoplasique / Stoma ou beigne d'anastomose, envoyé séparément / Vésicule biliaire : lésion bénigne / Canal déférent : autre que pour stérilisation ou spermatocèle / Avortement spontané ou grossesse arrêtée / Hydatide Morgagni, glande de Bartholin ou kyste vulvaire / Paupière, conjonctive ou cornée : lésion bénigne / Débridement de plaie, abcès, hidradénite, sinus pilonidal ou ongle avec ou sans peau lorsqu'il y a examen histologique / Matériel expulsé du vagin ou d'un orifice naturel 0,50

Mammaires, osseuses, ORL, cardiovasculaires, gynécologiques, hématologiques et ophtalmologiques / (n4)

11661	Mammoplastie de réduction / Amputation non traumatique : doigt ou orteil / Amputation traumatique : membre / Kyste odontogénique ou kyste branchial / Paroi cardiaque : anévrisme ou oreillette / Grossesse ectopique / Rate : trauma / Biopsie de la conjonctive ou de la cornée pour lésion pré-maligne ou maligne / Biopsie de l'orbite / Éviscération oculaire	1
--------------	--	---

RAPPORT SYNOPTIQUE À PARAMÈTRES MULTIPLES

NOTE : Les codes d'acte apparaissant sous cette rubrique remplacent complètement le code principal du spécimen ainsi que l'utilisation du code d'acte 12101.

12431	Carcinome mammaire avec établissement du grade de Nottingham, avec ou sans CIS, avec ou sans lymphatiques envahis	5
10261	Mélanome avec rapport multiparamétrique synoptique	5
10262	Tumeur de Merkel avec rapport multiparamétrique synoptique	5
10951	Polype gastro-intestinal cancérisé, avec évaluation de la profondeur, de la marge, du grade et de l'envahissement lymphatique	5

AJOUTS PROFESSIONNELS

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

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

COLORATIONS SPÉCIALES, IMMUNOFLOUORESCENCE, HISTOCHIMIE ET IMMUNOHISTOCHIMIE

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

12102	Coloration ou marqueur immunohistochimique diagnostique, par lame	0,15
12103	Marqueur d'immunofluorescence, par lame	0,33
12104	Coloration pour recherche spécifique de micro-organismes excluant les techniques basées sur des anticorps spécifiques, par lame	0,50

12105 Coloration histo-enzymologique pour biopsie musculaire, par enzyme étudié	0,33
12106 Étude histochimique de ploïdie par analyse en flux ou statique	2
12107 Recherche en immunofluorescence d'auto-anticorps sur coupe de tissu	0,33

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE ET CYTOGÉNÉTIQUE

NOTE : Voir règle 3

12201 Intégration, à un rapport de pathologie, du résultat d'un examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique (codes d'acte 12202 à 12206) fait par un autre anatomo-pathologiste	0,50
12202 Marqueur immunohistochimique d'intérêt quantitatif ou thérapeutique, par marqueur	0,50

NOTE : Liste des marqueurs d'intérêt thérapeutique :

- Récepteurs oestrogéniques et progestatifs pour le carcinome mammaire;
- Her2 pour le carcinome mammaire;
- c-KIT pour la tumeur gastro-intestinale stromale;
- Marqueurs d'instabilité des microsatellites;
- EGFR muté pour le carcinome pulmonaire.

Lecture et interprétation, par l'anatomo-pathologiste

12203 d'une hybridation sur lame (FISH, CISH, SISH ou EBER)	2
12204 d'une étude de marqueurs en cytométrie de flux	2
Lecture et interprétation, par l'anatomo-pathologiste	
12205 de cytogénétique	2
12206 de biologie moléculaire (PCR, RT-PCR, séquençage, méthode de Southern, méthode de Northern)	2
12208 de biologie moléculaire (capture d'hybride HPV)	0,05
12207 Utilisation d'une radiographie de spécimen pour orienter la dissection et l'échantillonnage d'une pièce	2

MICROSCOPIE ÉLECTRONIQUE

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

B - BIOCHIMIE MÉDICALE

ADDENDUM 3.

Cet addendum détermine la rémunération du médecin biochimiste pour sa participation aux activités de laboratoire de biochimie et à certaines activités médico-administratives et d'enseignement.

ARTICLE 1.

MODE DE RÉMUNÉRATION

1.1 La rémunération du médecin biochimiste pour les activités professionnelles visées aux articles 2 et 3 du présent addendum est établie sur la base d'un montant forfaitaire, lequel est fonction du nombre de lettres K auquel correspond la charge professionnelle du médecin au cours d'une année civile, ainsi que du nombre de jours ouvrables au cours desquels il accomplit cette charge.

ARTICLE 2.

LA CHARGE PROFESSIONNELLE

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

- i) Les activités médicales, lesquelles intègrent les étapes pré-analytiques, analytiques et post-analytiques et comprennent notamment le choix et la mise au point des méthodes analytiques, la sélection des équipements, l'assurance qualité, l'interprétation de résultats, la supervision professionnelle de l'activité des technologues, le suivi de l'évolution médicale et technologique, l'utilisation et l'adaptation des systèmes d'information de laboratoire (SIL) et des systèmes experts. Ceci inclut également la modification de protocoles d'investigation, la rationalisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue de la pertinence des analyses et l'indication de l'ajout de nouvelles analyses. Enfin, il collabore avec les médecins prescripteurs et peut, le cas échéant, prescrire des analyses complémentaires.
- ii) Les activités médico-administratives, soit la participation aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le CMDP de l'établissement de même que la participation aux réunions du service ou du département de biochimie ou de biologie médicale. Elles s'étendent de plus à la participation aux comités mis sur pied par une agence de la santé et des services sociaux, ou par des organismes nationaux, dans le domaine de la médecine de laboratoire.
- iii) Les activités d'enseignement excluant toutefois celles pour lesquelles le médecin biochimiste reçoit une rémunération du milieu universitaire.

2.2 La charge professionnelle annuelle est effectuée dans le centre hospitalier principal du médecin biochimiste, soit celui où il exerce la majeure partie de ses activités professionnelles.

Une pleine charge professionnelle donne droit à un montant forfaitaire de base équivalant à 80 lettres K.

Une charge partielle donne droit à un montant forfaitaire de base équivalant au nombre de lettres K auquel correspond la participation du médecin biochimiste. Le maximum est de 45.

Le nombre de lettres K est établi par le chef du département ou du service de biochimie médicale.

Un médecin biochimiste peut cumuler des charges partielles dans deux centres hospitaliers, et ce, pour un maximum de 80 lettres K. Dans cette éventualité, le médecin biochimiste est considéré comme ayant une pleine charge professionnelle.

ARTICLE 3.**SUPPLÉMENT DE CHARGE**

3.1 Un supplément de charge est accordé au médecin biochimiste selon sa participation aux activités mentionnées ci-dessous.

La somme des lettres K pour les suppléments de charge ne peut dépasser 15 par médecin biochimiste, sauf à l'égard des médecins qui assument les responsabilités suivantes :

Responsable de la gestion des ressources du laboratoire :	20 lettres K
Adjoint pavillonnaire :	18 lettres K
Médecin-conseil dans un 3e ou 4e laboratoire de biochimie :	18 à 23 lettres K selon le type et le nombre de laboratoires

Les suppléments de charge prévus aux articles 3.6 à 3.8 s'appliquent seulement lorsque les centres visés à ces articles ne bénéficient pas des services d'un médecin biochimiste à pleine charge ou à charge partielle ou dans le cas de remplacement de ce médecin biochimiste absent temporairement pour invalidité ou grossesse.

GESTION DES RESSOURCES DU LABORATOIRE

3.2 Est alloué un certain nombre de lettres K au médecin biochimiste qui assume la fonction de responsable de la gestion des ressources du laboratoire et qui est reconnu comme tel par le centre hospitalier.

3.3 La gestion des ressources de laboratoire inclut l'organisation du laboratoire, son orientation et son évolution, la coordination du travail des membres du service ou du département, de même que la cogestion avec l'administration hospitalière.

3.4 On calcule le nombre de lettres K auquel donne droit le supplément de charge pour la gestion des ressources du laboratoire de biochimie d'un centre hospitalier en fonction du nombre de médecins utilisateurs qui sont attachés au centre hospitalier en qualité de membres actifs ou associés du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Est accordé un minimum de 6 lettres K. S'y en ajoutent 2 K lorsque le nombre de médecins utilisateurs se situe entre 100 et 149 et 4 K lorsque ce nombre se situe entre 150 et 199. S'y en ajoute 1 K pour chaque groupe additionnel de 50 médecins utilisateurs. Le maximum est de 12 K.

***ADJOINT PAVILLONNAIRE HOSPITALIER D'UN SERVICE
OU D'UN DÉPARTEMENT DE BIOCHIMIE***

3.5 Lorsque le centre hospitalier possède plus d'un pavillon, un supplément de 3 lettres K est accordé pour la gestion des ressources du laboratoire par l'adjoint hospitalier pour chacun des pavillons du centre hospitalier. L'adjoint hospitalier doit être dûment désigné par le chef d'un service ou d'un département du centre hospitalier.

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

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

Pour les deux premiers centres hospitaliers, le nombre maximal de lettres K est de 8 par centre hospitalier pour chacun des médecins biochimistes participants.

Le médecin biochimiste peut, dans certaines circonstances, assumer les activités de médecin-conseil dans un troisième ou quatrième laboratoire de biochimie, selon que celui-ci est situé dans un centre hospitalier, un centre d'hébergement ou de longue durée (CHSLD) ou un centre local de services communautaires (CLSC). Dans l'éventualité où ce troisième ou quatrième laboratoire est situé dans un centre hospitalier, un nombre additionnel maximal de 4 lettres K s'ajoute alors par centre hospitalier. Ce supplément de charge ne s'applique toutefois qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.

MÉDECINS-CONSEIL EN CHSLD OU EN CLSC

3.7 Sont allouées 6 lettres K pour les activités d'un ou de plusieurs médecins-conseils dans un laboratoire de biochimie d'un CHSLD ou d'un CLSC.

Sont allouées 6 lettres K supplémentaires si l'établissement est pourvu d'une salle d'urgence.

Pour les deux premiers CHSLD ou CLSC, le nombre maximal de lettres K est de 6 par CHSLD ou par CLSC pour chacun des médecins biochimistes participants.

Le médecin biochimiste peut, dans certaines circonstances, assumer les activités de médecin-conseil dans un troisième ou quatrième laboratoire de biochimie, selon que celui-ci est situé dans un centre hospitalier, un CHSLD ou un CLSC. Dans l'éventualité où ce troisième ou quatrième laboratoire est situé dans un CHSLD ou un CLSC, un nombre additionnel maximal de 3 lettres K s'ajoute alors par CHSLD ou CLSC. Ce supplément de charge ne s'applique toutefois qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.

3.8 Sont allouées 2 lettres K pour les activités d'un ou plusieurs médecins-conseils dans un CHSLD ou un CLSC qui, bien que ne disposant pas d'un laboratoire de biochimie, opère un centre de prélèvements sanguins ou utilise des appareils d'analyse hors laboratoire.

ARTICLE 4.

MODALITÉS DE PAIEMENT

4.1 Le médecin biochimiste reçoit une quote-part du montant forfaitaire annuel pour la période de la journée où il a exercé sa charge professionnelle, en référence aux jours ouvrables du calendrier. On entend par jours ouvrables, la période du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Toutefois, le médecin biochimiste ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

AVIS : *Voir l'article 4.5 du préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés. Le calendrier des jours fériés de l'établissement et celui de la Régie sont disponibles à la rubrique [Calendriers](#).*

4.2 La quote-part représente un cent quatre-vingt-quinzième (1/195) du montant forfaitaire annuel correspondant à la charge professionnelle annuelle attribuée en vertu des articles 2 et 3.

AVIS : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire le code de facturation **09735**. Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

4.3 Un maximum de 195 quotes-parts est payable par année civile.

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

4.4 À chaque période de deux semaines, le médecin biochimiste indique à la Régie les jours pour lesquels il réclame une quote-part et le montant correspondant.

AVIS : *La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :*

Nombre de lettres K représentant la pleine charge professionnelle ou les charges partielles

plus

Nombre de lettres K représentant les suppléments de charge

multiplié par

2 517 \$

multiplié par

1/195

Exemple :

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

- $(80 + 8) \times 2\,517 \$ \times 1/195 = 1\,135,88 \$$

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

ARTICLE 5.

AVIS D'ASSIGNATION

5.1 Dans les deux mois précédant l'application de ce nouveau préambule, chaque médecin biochimiste fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année.

Le médecin biochimiste qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

Par la suite, dans les deux mois précédant le début de chaque année, le médecin biochimiste fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié son affectation pour la prochaine année seulement s'il y a des changements. Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

AVIS : Le médecin biochimiste doit faire parvenir un Avis d'assignation - Services de laboratoire en établissement - Biochimie médicale - Addendum 3 (4091) à la Régie ainsi qu'à la FMSQ dûment rempli et contresigné par le chef de département ou par le chef de service concerné. Cet avis d'assignation est transmis lors d'une première inscription ainsi que pour toute modification à sa charge professionnelle ou à ses suppléments de charge, s'il y a lieu.

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

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

ARTICLE 6.

GAINS EXTERNES

6.1 Un montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes-parts payées au médecin biochimiste par la Régie au cours d'une année civile s'ajoute à la rémunération du médecin biochimiste, selon le montant de ses gains externes au cours de cette année :

Gains externes	% des quotes-parts payées
Moins de 26 390 \$:	10 %
26 390 \$ à 36 940 \$:	7 %
36 940 \$ à 47 500 \$:	4 %
47 500 \$ à 63 330 \$:	1 %
Plus de 63 330 \$:	0 %

6.2 Seuls sont comptés comme gains externes, les honoraires de visites apparaissant au chapitre *Tarifcation des visites*, sous la rubrique *Biochimie*.

ARTICLE 7.

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

7.1 En plus de la rémunération forfaitaire à laquelle il a droit en vertu du présent addendum, le médecin biochimiste peut également se prévaloir d'une rémunération à l'acte pour les services de laboratoire prévus en annexe.

7.2 Le service codé 20115 est toutefois payable à demi-tarif lorsqu'il est effectué le même jour que le service codé 09735.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Quote-part facturée le même jour**.

7.3 De plus, on applique au médecin biochimiste un plafonnement de gains de pratique de 31 665 \$ par semestre pour l'ensemble des services de laboratoire apparaissant en annexe ainsi que des services apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, lorsque ces services sont dispensés en établissement.

Pour le surplus, le médecin est payé à 10 % du tarif.

ANNEXE

Aux fins de l'application de l'addendum de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante

2 517 \$

AVIS : Du 1^{er} avril 2015 au 30 juin 2018, la valeur était de 2 332 \$; du 1^{er} juillet 2018 au 30 septembre 2021, la valeur était de 2 461 \$; à compter du 1^{er} octobre 2021, la valeur est de 2 517 \$.

BIOCHIMIE MÉDICALE

TABLEAU DES HONORAIRES

09735	Aux fins de l'application de l'Addendum de biochimie médicale, la valeur d'un K est la suivante :	2 517 \$
--------------	---	----------

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

ACTES DE LABORATOIRE

AVIS: *Pour la facturation des services de laboratoire de biochimie médicale, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

L'identification de la personne assurée est essentielle.

Interprétation d'électrophorèse des protéines

60421	sériques	10,55
60422	urinaires	10,55
60423	du liquide céphalorachidien	10,55

Interprétation d'électrophorèse des lipoprotéines

60424	des lipoprotéines	10,55
60425	de la créatine kinase	10,55
60426	de la phosphatase alcaline	10,55

NOTE : Les codes 60421, 60422, 60423, 60424, 60425 et 60426 peuvent être facturés une fois par patient, par jour.

Interprétation d'immunofixation des protéines

60427	sériques	10,55
60428	urinaires	10,55
60429	du liquide céphalorachidien	10,55

NOTE : Les codes 60427, 60428 et 60429 peuvent être facturés une fois par patient, par jour.

60430	Recherche et identification de cristaux dans le liquide synovial	10,55
60431	Interprétation de macroprolactine et de macrocréatine kinase	5,30
60432	Interprétation d'un tracé spectrophotométrique (liquide céphalorachidien pour la recherche de xanthochromie et analyse de lithiase)	5,30
60433	Recherche qualitative de graisses dans les selles	5,30
60434	Interprétation du test de dépistage prénatal de la trisomie 21	5,30

Biochimie génétique

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Même type d'étude moléculaire ciblant une anomalie différente pratiquée le même jour, chez le même patient, s'il y a lieu.***

60435	test enzymologique (biotinidase, enzymes lysosomiaux, trypsinogène, fumarylacétoacétate, hydrolase, enzymes du cycle de l'urée, disaccharidases, galactose-1-PO4 uridyl transférase)	26,40
60436	métabolites (7-dehydrocholestérol, acide hippurique, acide homogentisique, acide orotique, acide phytanique, acide pipécolique, acide sialique, acides gras libres, carnitine libre et estérifiée, galactose-1-PO4, mucopolysaccharides, oligosaccharides, purines et pyrimidines, sphingolipides (qualitatif), succinylacétone, acide méthylmalonique (contexte d'investigation génétique), cystine)	15,85
60437	analyse d'un profil métabolique (acides aminés, acides organiques, acylcarnitines, acides gras à très longues chaînes)	79,15

Diagnostic moléculaire

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Même type d'étude moléculaire ciblant une anomalie différente pratiquée le même jour, chez le même patient, s'il y a lieu.*

60438	Étude moléculaire d'un ou 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	23,95
60439	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	47,80
60440	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	71,65
60441	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	95,50

C - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

ADDENDUM 9.

ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

AVIS : *Un octroi de privilèges de pratique spécifique de l'établissement est requis.*

RÈGLE 1.

TARIFICATION

1.1 Ce tarif prévoit la tarification de l'électrocardiogramme.

Il s'applique aux médecins cardiologue et interniste.

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

1.3 Sont compris dans les honoraires de visite, le vectocardiogramme, le phonocardiogramme et l'apexcardiogramme.

ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

30010	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,80
30140	Électrocardiogramme à haute amplitude moyennée (signal averaging electrocardiogram)	5,20
30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaudique	6,15
30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,80

D - ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE - ADDENDUM 10 : *abrogé en date du 10 décembre 2018 par la Modification 87*

ADDENDUM 10.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

1.1 La présente section s'applique au médecin spécialiste qui a effectué une formation complémentaire en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois et qui est désigné par les parties négociantes.

HONORAIRE D'EXAMEN

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

1.3 Sont compris dans la tarification d'un honoraire d'électroencéphalogramme, les actes diagnostiques et les chirurgies qui font partie de l'exécution de l'épreuve.

ÉPREUVES MULTIPLES

1.4 Un seul honoraire est payé pour l'ensemble des épreuves exécutées lors d'une même séance, y compris les techniques spéciales d'investigation.

On accorde alors l'honoraire le plus élevé.

ÉPREUVES ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

TABLEAU DES HONORAIRES

Électroencéphalogramme de base

40010	Interprétation effectuée à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou dans l'autre cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente	27,00
--------------	---	-------

Études complémentaires : à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :

40020	a) tracé de sommeil	20,25
40040	b) enregistrement avec électrodes sphénoïdales	18,90
40060	c) étude avec électrodes pharyngées	4,65
Analyse qualitative de l'électrogénèse :		
40090	a) un hémisphère	32,60
40100	b) deux hémisphères	55,10
Surveillance et interprétation d'enregistrement prolongé spécial excédant une heure :		
40110	a) première heure d'enregistrement	35,90
40120	b) chaque heure supplémentaire d'enregistrement	15,30

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

*Vous devez indiquer l'heure consacrée au code de facturation **40110** séparément du temps supplémentaire consacré au code de facturation **40120**.*

1. Télémétrie :

40130	a) tracé sans enregistrement de crise	20,60
40140	b) tracé avec enregistrement de crise	41,15

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

40150	a) première heure	51,70
40160	b) pour chaque heure supplémentaire	20,60

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

*Vous devez indiquer l'heure consacrée au code de facturation **40150** séparément du temps supplémentaire consacré au code de facturation **40160**.*

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

40170	a) première heure	51,70
40180	b) pour chaque heure supplémentaire	20,60

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

*Vous devez indiquer l'heure consacrée au code de facturation **40170** séparément du temps supplémentaire consacré au code de facturation **40180**.*

401904. Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	179,45
402005. Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopenthal)	71,75
402106. Test à l'amytal intracarotidien	68,60
40220 Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	85,50
Monitoring per-opératoire à l'aide des potentiels évoqués sensitifs incluant le monitoring préopératoire et la disponibilité per-opératoire du neurologue dans l'hôpital	
40230 par heure	21,95

E - HÉMATOLOGIE

ADDENDUM 6.

ARTICLE 1.

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 En hématologie, on distingue l'établissement principal de l'établissement secondaire. Les règles qui suivent s'appliquent pour la désignation d'un établissement, sous réserve des exceptions agréées par les parties négociantes.

1.2 L'établissement principal désigne l'établissement où le médecin hématologiste exerce la majeure partie de ses activités hospitalières et comprend tous les sites, pavillons ou installations de l'établissement. Tout autre établissement où il exerce est désigné comme établissement secondaire.

AVIS : *Lorsqu'un médecin exerce la majeure partie de ses activités dans un établissement comprenant plusieurs sites, pavillons ou installations, chacun d'eux est considéré comme un même établissement principal.*

1.3 Le médecin hématologiste qui a des activités de laboratoire fait parvenir à la Régie, dans les deux mois précédant le début de chaque année, ou dès le moment où il entreprend ses activités de laboratoire, un avis d'assignation indiquant l'établissement principal et, le cas échéant, l'établissement secondaire où il pratique. Dans le cas de changement en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

AVIS : *La Régie fera parvenir à chaque médecin hématologiste un état lui précisant l'établissement principal et, le cas échéant, le ou les établissements secondaires où il pratique. Le médecin devra confirmer le maintien de l'information, les modifications ou les ajouts, s'il y a lieu. Dans le cas d'un ajout, l'établissement devra faire parvenir un formulaire Avis d'assignation - Services de laboratoire en établissement - Hématologie (Addendum 6) (3880) dûment rempli et signé. Le médecin qui entreprend des activités de laboratoire ou qui en change en cours d'année doit faire parvenir le plus tôt possible à la Régie un formulaire Avis d'assignation - Services de laboratoire en établissement -*

Hématologie (Addendum 6) (3880) indiquant l'établissement principal et, le cas échéant, le ou les établissements secondaires où il pratique.

1.4 Les avis d'assignation sont révisés par les parties négociantes à la lumière des règles prévues au présent addendum et, le cas échéant, corrigés en conséquence. La Régie donne suite aux avis émis par les parties négociantes.

ARTICLE 2.

TARIFICATION

2.1 En établissement, le médecin hématologiste est payé pour les examens qu'il pratique suivant le présent tarif.

À titre d'exception, un mode particulier de paiement est établi pour l'hémogramme.

2.2 Un honoraire d'examen est accordé pour l'hémogramme.

Cet honoraire est payé pour le concours que le médecin hématologiste apporte au contrôle des techniques exécutées par le personnel du laboratoire, y compris sa participation au programme de révision des lames.

ARTICLE 3.

RÈGLES DE TARIFICATION POUR LES ACTIVITÉS DE LABORATOIRE DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Le médecin hématologiste est rémunéré selon les règles de tarification suivantes pour les activités de laboratoire de biologie moléculaire effectuées dans les centres hospitaliers suivants, à l'exception de l'acte d'homocystéine totale (code 60046) qui peut être facturé dans tous les établissements :

- L'Hôpital Sainte-Justine (CHU Mère-Enfant)
- CUSM - Site Glen (adulte)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- CH affilié universitaire de Québec (Pavillon Saint-Sacrement)
- CHUM
- Hôpital du Sacré-cœur de Montréal
- CHUS (Hôpital Fleurimont)
- L'Hôpital général Juif - Sir Mortimer B. Davis
- CHUQ - Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec

3.1 L'honoraire du test diagnostique comporte, outre l'interprétation du test, la rédaction d'un rapport.

3.2 Les services de laboratoire de biologie moléculaire reliés à un programme universel de dépistage d'une population ne sont pas inclus dans le présent tarif.

3.3 Les honoraires des services de laboratoire de biologie moléculaire sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour la facturation des services de laboratoire de biologie moléculaire, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

L'identification de la personne assurée est essentielle.

3.4 L'honoraire d'hybridation in situ sur chromosomes interphasiques ou métaphasiques couvre l'ensemble des hybridations utilisant une ou plusieurs sondes faites à partir d'un même échantillon biologique et nécessaires pour définir la présence ou l'absence d'une ou plusieurs anomalies chromosomiques chez un individu donné.

3.5 Les honoraires prévus sous la rubrique enzymologie couvrent l'ensemble des dosages enzymatiques dans un même sentier métabolique, sur des spécimens biologiques provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie métabolique chez un individu donné.

3.6 Les honoraires prévus sous la rubrique génétique moléculaire couvrent l'ensemble des analyses utilisant la même technique mais examinant des régions différentes d'un même gène à partir de l'ADN provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie d'un gène chez un individu donné.

ARTICLE 4.

PLAFONNEMENT D'ACTIVITÉS EN LABORATOIRE

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL

4.1 Les gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal sont plafonnés au montant de 60 200 \$ par semestre.

Toutefois, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte de service médical « Myélogramme » (code 50040), « Caryotype pour maladies acquises » (code 60002), « Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire » (code 60003) et « Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes » (code 60006).

Pour le surplus, les examens de laboratoire sont payés à 1 %.

AVIS : *Le montant du plafonnement des gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal est diminué à 56 600 \$ par semestre à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM).*

Pour le semestre du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021, le montant du plafonnement est établi à 58 400 \$. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL ET ÉTABLISSEMENT SECONDAIRE

4.2 Les gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal et en établissement secondaire sont plafonnés au montant de 74 400 \$ par semestre, étant entendu que les gains de pratique en établissement principal ne peuvent toutefois excéder le plafonnement de 60 200 \$ par semestre prévu à l'article 4.1.

Toutefois, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte de service médical « Myélogramme » (code 50040), « Caryotype pour maladies acquises » (code 60002), « Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire » (code 60003) et « Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes » (code 60006).

Pour le surplus, les examens de laboratoire sont payés à 1 %.

AVIS : *Le montant du plafonnement des gains de pratique du médecin hématologiste tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal et en établissement secondaire est diminué à 70 000 \$ par semestre à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM).*

Pour le semestre du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021, le montant du plafonnement est établi à 72 200 \$.

Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait préférable pour le professionnel de facturer une demande de paiement dont la période se termine le 30 juin et le 31 décembre de chaque année, faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés, si la période chevauche la date de fin d'un semestre.*

ARTICLE 5.

VALIDATION DE PRESCRIPTION DE FACTEURS DE LA COAGULATION LONGUE DURÉE

Suite à la prescription de facteurs de la coagulation de longue durée, le médecin hématologue d'un centre de traitement de l'hémophilie et qui est appelé à valider cette demande a droit à l'honoraire prévu à ce titre.

50000	Validation de prescription de facteurs de la coagulation de longue durée, avec rédaction du rapport de validation	106 \$
--------------	---	--------

Le médecin hématologue est désigné par les parties négociantes.

Le médecin ne peut réclamer l'honoraire de validation d'une demande qu'il a lui-même prescrite.

AVIS : *Utiliser le code de facturation 50000.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.*

HÉMATOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

Actes médicaux

50030	Hémogramme complet incluant	2,22
	Numération	
	Différentielle	
	Morphologie	
	Avec ou sans sédimentation	
	Avec ou sans réticulocytes	

NOTE : Le médecin hématologiste doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués sous sa responsabilité dans le centre hospitalier.

Moelle

50040	Myélogramme	97,85
--------------	-------------	-------

Frottis spécial

50050	Recherche de cellules LE	2,80
50060	Adénogramme	6,80
50070	Recherche de parasites	15,85
50080	Splénogramme	6,80

AVIS : Le code d'acte **50080** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

50090	Cytologie de liquides autres que le sang	15,85
50100	Analyse cytochimique	15,85
50110	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire	15,85

AVIS : Le code d'acte **50110** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

COAGULATION

51010	Dépistage	1,36
--------------	-----------	------

Il comprend notamment :

Un test de coagulabilité globale

Temps de prothrombine (Quick)

Appréciation des plaquettes

51020	Coagulogramme complet	5,00
--------------	-----------------------	------

Il comprend notamment :

Temps de saignement

Un test de coagulabilité globale

Temps de thrombine ou dosage du fibrinogène

Temps de prothrombine (Quick)

Décompte plaquettaire

51030	Étude des fonctions plaquettaires	10,00
51040	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation	6,80
51050	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant	15,85
51060	Recherche d'une coagulation intravasculaire disséminée et/ou d'une fibrinolyse	6,80
51070	Thromboélastographie	5,00

BANQUE DE SANG

52010	Requête pour transfusion sanguine par requête	5,30
52005	Dépistage d'anticorps irrégulier en dehors d'une requête pour transfusion	2,10
52020	Identification d'anticorps	39,40
52030	Recherche d'anticorps antiplaquettaires	1,65
52040	Recherche d'anticorps antileucocytaires	1,65
52050	Étude d'une réaction transfusionnelle	31,65
52060	Étude immunohématologique d'une réaction hémolytique immune	42,20
52065	Étude immuno-hématologique pour fins de prévention d'allo-immunisation foeto-maternelle Rh	8,40
52075	Plasmaphérèse, par sac	10,00
52085	Groupes salivaires	19,50

AVIS : Les codes d'acte **52075** et **52085** sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

HÉMATOLOGIE SPÉCIALE

53010	Étude des enzymes érythrocytaires	10,00
53020	Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine	10,00
53030	Recherche d'une anomalie de la membrane du globule rouge	10,00

HÉMATOLOGIE RADIO-ISOTOPIQUE

AVIS : Les codes d'acte de la section HÉMATOLOGIE RADIO-ISOTOPIQUE sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Cinétique globulaire erythrocytaire

55010	Masse globulaire	6,80
55020	Survie globulaire	6,80
55030	Courbe d'accumulation dans les organes cibles	13,60

Cinétique leucocytaire

55050	Survie	7,80
55060	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	15,60

Cinétique plaquettaire

55070	Survie	6,80
55080	Courbe d'accumulation au niveau des organes cibles (indice de séquestration)	15,60

Volumes sanguins

55090	Volume globulaire	6,80
55100	Volume plasmatique	3,35

Ferrocinétique

55130	Épuration du fer plasmatique (turnover)	6,80
55140	Taux d'incorporation du fer dans les globules rouges	6,80
55150	Courbe d'accumulation du fer dans les organes cibles	13,60
55180	Épreuves d'absorption du fer	6,80
55190	Calcul des pertes sanguines par globules rouges marqués	10,00

Divers

55170	Test de Schilling	6,80
55200	Étude du fibrinogène et des plaquettes par la sélénométhionine	6,80

IMMUNOLOGIE

56010 Immuno-électrophorèse ou immuno-fixation sérique ou urinaire 6,80

Histocompatibilité HL-A :

56020 Phénotype 3,35

AVIS : Le code d'acte **56020** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

56030 Génotype 6,80

56040 Identification d'antigène par cytotoxicité 1,35

56050 Recherche et identification d'anticorps anti HL-A 10,00

Immunofluorescence

56075 Tissulaire : 4 antisérum spécifiques ou plus 10,00

56090 Anticorps, antitissus et antimicro-organisme 2,70

56100 Fluorescence de membrane cellulaire 16,35

56110 Fluorescence intracytoplasmique 16,35

Sérologie

56120 Étude néphélogométrique du complément 2,00

AVIS : Le code d'acte **56120** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

56125 Étude du complément par méthode hémolytique 16,35

AVIS : Le code d'acte **56125** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

56130 Recherche de cryoglobuline : quantification et identification 10,00

Hémopoïèse in vitro

Évaluation de la granulopoïèse in vitro (colonie en agar)

56140	Capacité de formation de colonies, cinétique de la prolifération, analyse de la différenciation, morphologie (en contraste de phase ou colorations spéciales)	29,95
56150	Capacité de stimuler la formation des colonies	13,60
56160	Évaluation quantitative et qualitative des sécrétions	10,00

Immunologie cellulaire :

AVIS : Les codes d'acte **56170** et **56180** sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Évaluation de la réponse immune :

	1) Sensibilisation à un ou plusieurs antigènes primaires thymo-dépendants et évaluation de la réponse secondaire à cet antigène.	
56170	2) Intradermo réactions à au moins 3 antigènes secondaires thymo-dépendants	6,80
	3) Décompte de l'ensemble de ces deux techniques, lymphocytes/mm ³ et des monocytes.	
	4) Morphologie des lymphocytes en contraste de phase et, le cas échéant, après fixations et colorations spéciales.	
56180	Pour quatre (4) techniques ou plus	11,80

Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un mitogène non spécifique (PHA, PWN, CON A, etc.)

AVIS : Les codes d'acte **56190** et **56200** sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

	1) Population lymphocytaire purifiée	
	2) Triplicata minima	
56190	2 patients et 1 plasma ou sérum	6,80
56200	2 patients et 2 plasma ou sérum (contrôle et patient)	10,00

Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un antigène spécifique (P. P. D., médicaments, etc.)

AVIS : Les codes d'acte **56210** et **56220** sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

1) Population lymphocytaire purifiée

	2) Données en triplicata (minimum)	
56210	2 individus et 1 plasma ou sérum	7,95
56220	2 individus et 2 plasma ou sérum	13,60

Évaluation de la fonction lymphocytaire en transformation à l'aide de la PHA (méthode isotopique) :

AVIS : *Les codes d'acte 56230, 56240, 56250 et 56260 sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.*

Étude de la cinétique cellulaire

(minimum 3 points en 6 jours) :

	1) Lymphocytes purifiés	
	2) Données de chaque point en triplicata (minimum)	
56230	2 patients (contrôle et patient)	13,60

Cinétique sensibilité à la PHA :

	1) Minimum 3 points en 6 jours	
	2) Minimum 3 concentrations de PHA	
	3) Lymphocytes purifiés	
	4) Données de chaque point en triplicata (minimum)	
56240	2 patients (contrôle et patient)	47,20

Culture mixte de lymphocytes (méthode isotopique) :

	1) Lymphocytes purifiés	
	2) Données en triplicata (minimum)	
	3) Stimulation unidirectionnelle pour la capacité de stimulation et de transformation	
56250	Culture mixte et 1 plasma (sérum)	13,60
56260	Culture mixte et 2 plasma (sérum)	23,60

Évaluation de l'activité métabolique du lymphocyte (méthode isotopique) :

1) Morphologie en contraste de phase

2) Lymphocytes purifiés

56270 Données en triplicata (minimum) 3,35

Évaluation des populations lymphocytaires et monocytaires par la technique des rosettes EA et EAC sur tissu congelé :

AVIS : Les codes d'acte **56310** et **56320** sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

1) Histologie sur congélation (coloration spéciale)

2) Évaluation de la nature et de la distribution des cellules ayant récepteurs Fc et c3 par la technique des rosettes sur congélation

56310 Pour l'ensemble 16,35

56320 Dosage du MIF sérique par la planimétrie ou par la méthode en agarose/ou par la méthode de migration unidirectionnelle 16,35

Évaluation de l'arc afférent de la réponse immune par l'analyse des facteurs solubles capables d'inhiber la migration des leucocytes/ou des macrophages/ou des monocytes :

AVIS : Le code d'acte **56330** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

1) Méthode directe ou indirecte

2) Minimum 3 concentrations de l'antigène

3) Données en triplicata (minimum)

4) Évaluation du « phénomène de fuite »

5) Évaluation de l'agrégation cellulaire

6) Colorations spéciales (optionnel)

56330 Pour l'ensemble 19,95

Immunosérologie

AVIS : Le code d'acte **57050** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

57010 Recherche de complexes immuns solubles circulants 10,00

57020	Recherche d'anticorps antitissulaires, antifractions tissulaires ou cellulaires par autre méthode que l'immunofluorescence	6,80
57030	Étude néphélométrique d'une protéine	2,00
57040	Contenu en ADN de spécimens tissulaires : moelle osseuse, liquide pleural, ascite, tumeurs	16,35
57050	Recherche et/ou dosage des récepteurs d'oestrogène ou progestérone	13,60
57060	Isolement et identification d'antigène ou d'anticorps par chromatographie	23,60

R = 1

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de biologie moléculaire, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

L'identification de la personne assurée est essentielle.

Cytogénétique

60000	Caryotype pour maladies constitutionnelles	52,80
60001	Caryotype pour maladies constitutionnelles après synchronisation cellulaire	79,15
60002	Caryotype pour maladies acquises	73,90
60003	Caryotype pour maladies acquises après synchronisation cellulaire	100,25
60004	Chromatine sexuelle X ou Y	10,55
60005	Décompte des cassures chromosomiques	100,25
60006	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	42,20
60007	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	79,15
60008	Étude des échanges entre chromatides soeurs	100,25

Génétique biochimique

Enzymologie

AVIS : Les codes de facturation de la section Enzymologie, à l'exception du code de facturation **60021**, sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60010	Biotinidase	79,15
60011	Carnitine acétyltransférase	79,15
60012	Disaccharidases	79,15
60013	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate	263,90
60014	Enzymes du cycle de l'urée	158,35
60015	Enzymes lysosomaux	158,35
60016	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	158,35

60017 Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique 263,90

NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

AVIS : Pour le code de facturation **60017**, inscrire le code OMIM.

		<u>R = 1</u>
60018	Fumarylacétoacétate hydrolase	79,15
60019	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	79,15
60020	Polarimétrie pour acidose lactique congénitale	285,00
60021	Autres enzymes	79,15

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) sur sa demande de paiement.

AVIS : Pour le code de facturation **60021**, inscrire le code OMIM.

Métabolites

AVIS : Les codes de facturation de la section Métabolites, à l'exception du code de facturation **60053**, sont abolis à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60030	7-Dehydrocholestérol	10,55
60031	Acide hippurique	10,55
60032	Acide homogentisique (quantitatif)	10,55
60033	Acide méthylmalonique (quantitatif)	10,55
60034	Acide orotique (quantitatif)	10,55
60035	Acide phytanique (quantitatif)	10,55
60036	Acide pipécolique (qualitatif)	10,55
60037	Acide sialique	10,55
60038	Acides aminés (quantitatif)	52,80
60039	Acides gras à très longues chaînes	26,40
60040	Acides gras libres	10,55
60041	Acides organiques (quantitatif)	52,80
60042	Acylcarnitines	26,40
60043	Carnitine libre et estérifiée	21,10
60044	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrates	21,10
60045	Galactose-1-PO4	10,55
60046	Homocystéine totale	10,55

AVIS : Voir l'article 3 de l'Addendum 6 - Hématologie.

60047	Mucopolysaccharides (qualitatif)	26,40
60048	Mucopolysaccharides (quantitatif)	31,65
60049	Oligosaccharides (qualitatif)	26,40
60050	Purines et pyrimidines	26,40
60051	Sphingolipides (qualitatif)	26,40
60052	Succinylacétone (quantitatif)	10,55
60053	Autres métabolites	10,55

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) sur sa demande de paiement.

AVIS : Pour le code de facturation **60053**, inscrire le code OMIM.

R = 1

Génétique moléculaire :

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

AVIS : Pour les codes de facturation ci-dessous, inscrire le code OMIM.

Étude moléculaire par PCR pour détection directe de mutations à l'intérieur d'un même gène ou à l'intérieur de séquences voisines du gène lorsqu'il s'agit d'étude de liaison

60060 recherche d'une ou deux mutation(s) différente(s) 31,65

AVIS : Le tarif du code de facturation **60060** est diminué à 26,90 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60061 recherche de plus de deux mutations différentes 79,15

AVIS : Le tarif du code de facturation **60061** est diminué à 67,30 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60062 Étude moléculaire par PCR quantitatif d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène 211,10

AVIS : Le tarif du code de facturation **60062** est diminué à 179,45 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60063 Étude moléculaire par PCR et séquençage d'un ou plusieurs segment(s) différent(s) d'un même gène 211,10

AVIS : Le tarif du code de facturation **60063** est diminué à 179,45 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réaction(s) de digestion différente(s) (polymorphismes différents)

60064 utilisation d'une réaction 39,60

AVIS : Le tarif du code de facturation **60064** est diminué à 33,65 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60065 utilisation de deux réactions ou plus 105,55

AVIS : Le tarif du code de facturation **60065** est diminué à 89,70 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60066 Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion 44,85

AVIS : Le tarif du code de facturation **60066** est diminué à 38,10 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

60067 Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragment(s) différent(s) de la protéine codée par le gène étudié 211,10

AVIS : Le tarif du code de facturation **60067** est diminué à 179,45 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE

ADDENDUM 7.

ARTICLE 1.

EXAMENS IN VIVO

AVIS : Voir la Lettre d'entente n° 14 dans la Brochure n° 1.

1.1 L'honoraire de l'examen comporte, outre l'interprétation de l'épreuve, la rédaction d'un rapport.

1.2 Les procédures diagnostiques et thérapeutiques exécutées lors d'un examen, sont payées au demi-tarif sauf la procédure principale.

1.3 Les honoraires sont majorés du quart quant aux examens pratiqués chez l'enfant de 8 ans ou moins.

1.4 Le médecin nucléiste qui est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, est payé aux deux tiers du tarif de l'examen.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Consultation pour l'interprétation d'une épreuve complexe.

Il rédige alors un rapport de sa consultation.

ARTICLE 2.

EXAMENS IN VITRO

2.1 La tarification que l'on trouve en annexe de cet addendum, ne s'applique qu'aux examens in vitro pratiqués au moyen de radio-isotopes.

Cette tarification n'est pas sujette aux dispositions de la Règle 1 du préambule général de ce tarif : tout médecin spécialiste auquel un centre hospitalier a accordé les privilèges de pratique appropriés, peut s'en prévaloir.

ARTICLE 3.

ORGANES DOUBLES

3.1 S'il y a examen d'organes doubles, le tarif est celui d'un seul organe.

ARTICLE 4.

EXAMENS ASSOCIÉS

4.1 Sont compris dans les honoraires payés pour un ou plusieurs examens pratiqués chez un patient, les procédés suivants :

CODE	LIBELLÉ
82445	Mesure de volume de chasse
82455	Mesure de volume télédiastolique
82304	Captations multiples
82306	Taux de relâche de la thyroxine marquée
82484	Angiographie cervicale (flot quantitatif)
82514	Mesure de l'activité tissulaire
82883	Espace de distribution et/ou calcul de masse

ARTICLE 5.

EXAMEN OSSEUX

5.1 L'honoraire payé pour un examen articulaire comprend l'examen osseux pratiqué lors de la même séance.

ARTICLE 6.

SUPPLÉMENT

6.1 Une épreuve avec administration d'une ou plusieurs substances pharmacologiques ayant pour effet de stimuler ou d'inhiber l'action d'un organe ou une injection d'une substance pour recherche de ganglion(s) sentinelles(s) donne droit à un supplément de 47,50 \$ (code 08713), incluant la surveillance immédiate.

Ce supplément ne s'applique qu'une fois par jour, par patient.

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

AVIS : Voir la Lettre d'entente n° 44. Pour la facturation des examens de médecine nucléaire *in vivo*, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.
L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

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

08600	Captation simple ou multiple	4,35
08601	Scintigraphie	25,85
08602	Épreuve de stimulation	4,35
08603	Épreuve de freinage	3,90
08604	Angiographie thyroïdienne (flot qualitatif)	13,00
08605	Épreuve de lavage au perchlorate	7,30
08606	Courbe d'épuration sanguine du radio iodure	13,00
08607	Mesure de l'excrétion urinaire de radio iodure	5,15
08608	PBI - I 131	1,90
08609	Scintigraphie pancorporelle à l'iode 131	86,15

Parathyroïdes

08610	Scintigraphie	60,35
--------------	---------------	-------

Surrénales

08611	Scintigraphie	86,15
--------------	---------------	-------

SYSTÈME HÉMOPOIÉTIQUE

08612	Volume plasmatique	8,65
--------------	--------------------	------

08613	Masse globulaire	17,10
08614	Survie globulaire	34,40
08615	Courbe d'accumulation des hématies marquées au niveau des organes cibles	51,50
08616	Index de séquestration splénique	17,10
08617	Survie de leucocytes	51,50
08618	Courbe d'accumulation des leucocytes marqués au niveau des organes cibles	47,10
08619	Survie des plaquettes	43,30
08620	Courbe d'accumulation des plaquettes marquées au niveau des organes cibles	51,50
08621	Mesure de l'absorption du fer	31,35
08622	Épuration plasmatique du fer clearance	14,45
08623	Taux de renouvellement plasmatique « turnover »	15,85
08624	Incorporation globulaire du fer utilisation	15,85
08625	Courbe d'accumulation du fer au niveau des organes cibles	51,50
08626	Volume de la sidérophilline marquée	14,45
08627	Capacité de liaison du fer plasmatique	2,00
08628	Fer globulaire total	1,90
08629	Scintigraphie splénique lorsque faite indépendamment du foie	25,85
08630	Scintigraphie complète de la moelle osseuse	86,15
08631	Lymphographie pancorporelle au 67 Ga ou autres agents	69,05
08632	Lymphographie régionale	34,40
08633	Recherche de thrombus à l'aide de fibrinogène marqué	51,50

SYSTÈME URINAIRE

08634	Scintigraphie rénale (PG-7)	21,65
08635	Angiographie rénale (flot qualitatif)	13,00
08636	Rénogramme(PG-7)	25,85
08637	Rénogramme et scintigraphie sériée (avec le même agent)	51,50
08638	Mesure du flot rénal plasmatique effectif	25,85
08639	Taux de filtration glomérulaire	25,85
08640	Recherche du reflux vésico-urétéral (PG-7)	42,95
08641	Mesure du volume vésical résiduel avec scintigraphie vésicale	42,95

SYSTÈME DIGESTIF

08642	Scintigraphie hépatique et splénique Étude de fonction hépato-biliaire au RBI ou autre agent.	21,65
08643	Courbe et/ou taux d'épuration	17,10
08644	Étude de fonction hépato-biliaire avec scintigraphie sériée (même agent)	69,05
08645	Angiographie hépatique (flot qualitatif)	13,00
08646	Recherche de diverticule	60,35
08647	Étude de protéine marquée	42,95
08648	Vidange gastrique et/ou reflux	86,15
08649	Absorption du calcium	25,85
08650	Trioléine	17,10
08651	Acide oléique	14,45
08652	Schilling	17,10
08653	Schilling avec facteur intrinsèque	17,10
08654	Pertes protéiques	51,50
08655	Recherche de sang dans les selles	51,50
08656	Élimination fécale de substances marquées	51,50
08657	Métabolisme des sels biliaires	34,40
08658	Scintigraphie du pancréas	39,70

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

08659	Scintigraphie du pouls sanguin cardiaque	21,95
08660	Perfusions myocardiques dynamiques	42,95

AVIS : Voir la Règle d'application n° 17.

08661	Mesure du débit coronarien par isotope radioactif	36,65
08662	Mesure du Shunt intracardiaque par méthode radio-isotopique	29,35
08663	Mesure du débit cardiaque	14,65
08664	Mesure du temps de circulation	13,20
08665	Mesure du volume sanguin pulmonaire	6,85

08666	Mesure du temps moyen de circulation pulmonaire	7,40
08667	Scintigraphie du myocarde	36,65
08668	Scintiangiographie aorte/ses branches, excluant les carotides, les rénales et les hépatiques	21,95
08669	Phlébographie isotopique	86,15
08670	Ventriculographie isotopique	36,65

SYSTÈME RESPIRATOIRE

08671	Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	42,95
08672	Angiographie pulmonaire	21,65

AVIS : Le code de facturation **08672** est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08673	Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	60,35
08674	Scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués	60,35

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

08675	Angiographie cérébrale (flot qualitatif)	14,65
08676	Scintigraphie cérébrale	34,40
08677	Cisternographie (2-6-24 hres)	129,00

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

08704	Ostéodensitométrie isotopique (PG-7)	23,45
--------------	--------------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle d'application n^o 16.
l'ostéoporose, inscrire CODE DU DIAGNOSTIC.

*Inscrire le code de diagnostic **733.0** s'il s'agit d'un traitement de l'ostéoporose.*

Ne pas fournir les indications médicales mais les conserver au dossier aux fins de références.

Scintigraphie osseuse (excluant ostéodensitométrie isotopique) :

08678	un site	25,85
08679	sites multiples	59,85

Scintigraphie articulaire :

08680	un site	25,85
08681	sites multiples	61,00

DIVERS

08682	Scintigraphie de l'abdomen	42,95
08683	Scintigraphie des voies lacrymales	60,35
08684	Scintigraphie des glandes salivaires	60,35
08685	Placentographie	21,65
08686	Recherche de foyer d'abcès (PG-7)	69,05
08687	Recherche de néoplasie oculaire, cérébrale ou autre au P32	42,95
08688	Recherche de néoplasie du sein	52,80
08689	Scintigraphie des testicules	86,15
08690	Étude du taux d'épuration	21,65

AVIS : À compter du 1^{er} décembre 2021, à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), le code de facturation **08690** ne peut être facturé pour l'analyse d'un test respiratoire à l'urée marquée au C14 pour la recherche d'infection active à Helicobacter pylori. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08691	Scintigraphie des chaînes mammaires	42,95
--------------	-------------------------------------	-------

Autre scintigraphie :

08692	un site	25,85
08693	sites multiples	69,05
08694	Scintigraphie par fluorescence-X	42,95
08695	Mesure des éléments tracés « in vivo » par activation neutronale	78,30
	Tomographie assistée	
08701	cerveau (PG-7)	90,90
08702	coeur (PG-7)	62,70

AVIS : Voir la Règle d'application n° 17.

08703	autre (PG-7)	74,60
--------------	--------------	-------

NOTE : Le code 08703 ne peut être facturé qu'une fois par patient, par jour, avec les codes 08678 ou 08679, 08680 et 08681.

AVIS : Le code de facturation **08703** ne peut pas être facturé avec les codes de facturation **08671**, **08673** et **08674** à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08700 Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance, à l'exception du code 08713 qui, lui, est facturable une fois par jour, par patient (PG-7) 300,50

AVIS : À la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), le libellé du code de facturation **08700** est modifié de la façon suivante à compter du 1^{er} octobre 2021 : « Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance (PG-7) ». Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Tomographie assistée par positron à l'aide de fluorure de sodium

08778 étude pancorporelle 136,70

08779 étude ciblée 75,70

TRAITEMENT

08705 Brachythérapie 156,55

08696 Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne 267,25

08697 Traitement par radio-isotope métabolisé 147,05

08698 Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire 129,00

08699 Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire, par visite 18,80

ÉPREUVES « IN VITRO »

82744 Acide folique 0,10

82604 Adrénocorticotropine (ACTH) 0,10

82605 Aldostérone 0,10

82625 AMP cyclique 0,10

82606	Angiotensine I	0,10
82614	Angiotensine II	0,10
82664	Antigène australien (HAA)	0,10
82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	0,10
82676	Anti-human IgE	0,10
82624	Cortisol	0,10
82644	Digitoxine	0,10
82626	Digoxine	0,10
82645	Estradiol	0,10
82646	Folliculo-stimuline (FSH)	0,10
82654	Gastrine	0,10
82655	Glucagon	0,10
82656	GMP cyclique	0,10
82665	Gonadotropine chorionique	0,10
82666	Hormone de croissance (HGH)	0,10
82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	0,10
82686	Hormone lutéinisante (LH)	0,10
82726	Hormone thyroïdostimulante (TSH)	0,10
82675	IgE	0,10
82684	Insuline	0,10
82694	LSD	0,10
82685	Lupus érythémateux (LE)	0,10
82695	Morphine	0,10
82696	Oubaine	0,10
82704	Progestérone	0,10
82705	Prostaglandine	0,10
82715	Prostaglandine E	0,10
82706	Prostaglandine F1	0,10
82714	Prostaglandine F2	0,10
82615	Rénine	0,10

82724	T3 résine	0,10
82716	T3 RIA	0,10
82736	T4 plasmatique libre	0,10
82735	T4 plasmatique total	0,10
82725	Testostérone	0,10
82734	Vitamine B12	0,10
82745	Dosage des éléments tracés par activation X, neutronale ou source radioactive scellée	0,10
82746	Autres	0,10

G - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

ADDENDUM 5.

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

Article 1.

Mode de rémunération

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

Article 2.

La charge professionnelle

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

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

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

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

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

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

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

La majoration forfaitaire peut atteindre un équivalent de 0.12 du montant forfaitaire de base prévu à l'addendum 5 pour chaque microbiologiste-infectiologue.

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

La modulation du forfait est comme suit :

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

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

Autres établissements sans laboratoire (par pavillon) :

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

Autres milieux de soins : 0.03

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

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

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

- a) des besoins de la population en services en microbiologie - infectiologie;

b) des besoins en médecins microbiologistes infectiologues;

c) de l'organisation du réseau de la santé.

Article 3.

Modalités de paiement

3.1 Le médecin microbiologiste infectiologue reçoit une quote-part du montant forfaitaire annuel pour la période de la journée où il a exercé sa charge professionnelle, en référence aux jours ouvrables du calendrier. On entend par jours ouvrables, la période du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Toutefois, le médecin microbiologiste infectiologue ne peut réclamer qu'une seule quote-part par journée.

AVIS : Voir l'article 4.5 du préambule général de la médecine de laboratoire pour connaître la liste officielle des jours fériés.

Voir les [calendriers des jours fériés](#).

3.2 La quote-part représente un cent-quatre-vingtième (1/180) du montant forfaitaire annuel correspondant à la charge professionnelle annuelle attribuée en vertu de l'article 2.

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire le code de facturation **09736**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

3.4 À chaque période de deux semaines, le médecin microbiologiste infectiologue indique à la Régie les jours pour lesquels il réclame une quote-part et le montant correspondant.

AVIS : La formule pour calculer les honoraires d'une quote-part est la suivante :

Total de votre charge professionnelle

plus

Forfait pour le service de desserte

multiplié par

Montant forfaitaire de base annuel (165 735 \$)

multiplié par

1/180

Exemple : Si la charge professionnelle est de 1,00 et que le service de desserte est de 0,12, les honoraires pour une quote-part équivalent à : $(1,00 + 0,12) \times 165\,735 \$ \times 1/180 = 1\,031,24 \$$

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

GAINS EXTERNES

3.6 Un montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes-parts payées au médecin microbiologiste

infectiologue par la Régie au cours d'une année civile s'ajoute à la rémunération du médecin microbiologiste infectiologue, selon le montant de ses gains externes au cours de cette année :

Gains externes	% des quotes-parts payées
Moins de 5 380 \$	10 %
5 380 \$ à 10 750 \$	9 %
10 750 \$ à 16 120 \$	8 %
16 120 \$ à 21 500 \$	7 %
21 500 \$ à 26 870 \$	6 %
26 870 \$ à 32 250 \$	5 %
32 250 \$ à 37 610 \$	4 %
37 610 \$ à 42 990 \$	3 %
42 990 \$ à 48 360 \$	2 %
Plus de 48 360 \$	0 %

3.7 Sont comptés comme gains externes tous les honoraires payés par la Régie au médecin microbiologiste infectiologue, à l'exception des gains suivants :

- Les quotes-parts payables en vertu du présent addendum;
- La rémunération à tarif horaire payable en vertu des annexes 14 et 15 ou d'un protocole d'accord;
- La rémunération payable en vertu du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire;
- La tarification versée pour les services médicaux en prévention des infections nosocomiales et codés 15252 à 15257.

Article 4.

Avis d'assignation

4.1 Dans les deux mois précédant l'application de ce nouveau préambule, chaque médecin microbiologiste infectiologue fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année à venir.

Le médecin microbiologiste infectiologue qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

Par la suite, dans les deux mois précédant le début de chaque année, le médecin microbiologiste infectiologue fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié son affectation pour la prochaine année seulement s'il y a des changements. Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait dans les plus brefs délais.

La charge professionnelle annuelle indiquée à l'avis d'assignation doit être établie en tenant compte de la distribution de la rémunération forfaitaire effectuée par les parties négociantes. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels peuvent avoir pour effet de modifier la charge professionnelle indiquée à un avis d'assignation.

L'avis d'assignation est contresigné par le chef du département ou du service de microbiologie infectiologie, selon le cas, ou par la

personne qui en assume les responsabilités.

AVIS : *Le médecin microbiologiste infectiologue doit faire parvenir un formulaire Avis d'assignation - Services de laboratoire en établissement - Microbiologie-infectiologie (Addendum 5) (3799) à la Régie, dûment rempli et signé par le chef de département ou le chef de service concerné. Cet avis d'assignation est transmis lors d'une première inscription ainsi que pour toute modification à sa charge professionnelle ou au service de desserte, s'il y a lieu.*

4.2 Le médecin microbiologiste infectiologue qui interrompt sa pratique en informe la Régie dans les dix jours.

ANNEXE

Aux fins de l'application de l'addendum de microbiologie-infectiologie, le montant forfaitaire de base est de **165 735 \$**

AVIS : *Du 1^{er} octobre 2010 au 12 mai 2013, il était de 134 850 \$; du 13 mai 2013 au 30 juin 2018, il était de 157 600 \$ et à compter du 1^{er} juillet 2018, il est de 165 735 \$.*

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

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

- *Inscrire le numéro du médecin, du dentiste ou de l'infirmière praticienne spécialisée ayant demandé l'examen radiologique. Si le numéro n'est pas connu, inscrire son prénom, son nom et sa profession.*
- *Si vous êtes également le médecin traitant, inscrire votre propre numéro dans la section concernant le professionnel référant.*

L'identité de la personne assurée est obligatoire.

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 (1606), sauf indication contraire aux tarifs.*~~

- ~~*Voir la section Demande de paiement - assurance hospitalisation du Guide de facturation - Services de laboratoire en établissement (SLE).*~~

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 le code de cabinet **32XXX** qui a été transmis par la RAMQ 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, un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) ou un dentiste.

AVIS : *Inscrire le code de cabinet **31XXX** qui a été transmis par la RAMQ à l'exploitant du laboratoire*

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.

1.5 Le médecin radiologiste qui agit comme consultant d'un laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien, est payé suivant le tableau des honoraires de consultation (R=1).

AVIS : *Inscrire le code de cabinet **33XXX** qui a été transmis par la RAMQ à l'exploitant du laboratoire.*

1.6 En laboratoire, seuls les examens dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis, donnent droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.7 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement.

RÈGLE 2.

EXAMENS

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, du dentiste ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) référents, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic. Toutefois, à la suite d'une mammographie anormale, le médecin radiologiste peut confirmer son impression diagnostique à l'aide de tout examen d'imagerie médicale complémentaire.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte: **Examen d'imagerie médicale complémentaire à la suite d'une mammographie anormale.***

RÈGLE 3.

EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Étude morphologique non comparative.**

RÈGLE 4.

FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5.

EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues et l'introduction d'air et de bariium sous contrôle fluoroscopique.

RÈGLE 6.

TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de bariium approprié.

RÈGLE 7.

EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques.

Il en est de même de la tarification d'un examen de l'abdomen ou du bassin chez un patient dirigé pour un examen de la colonne lombaire.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière.**

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

RÈGLE 8.

NEZ

8.1 Aucun honoraire n'est payé pour un examen du nez pratiqué chez un patient dirigé pour une radiographie du crâne, sauf indications cliniques.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière.**

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

RÈGLE 9.

EXAMEN DE LA COLONNE

9.1 On ne peut demander paiement d'une radiographie simple de la colonne lors d'une myélographie sauf si le patient n'a pas subi cet examen ou si les clichés de cet examen n'ont pu être obtenus.

RÈGLE 10.

PHARYNX ET OESOPHAGE

10.1 On ne peut demander paiement du code « Pharynx et oesophage (ciné ou vidéo) » ni du code « Tissus mous du cou » en sus d'un examen du tube digestif supérieur, sauf indications cliniques.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

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

RÈGLE 11.

COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

11.1 Le médecin radiologiste ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

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

RÈGLE 12.

BILATÉRALITÉ

12.1 Le médecin radiologiste qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Étude morphologique non comparative.*

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 : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière.*

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

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 38,85 \$ 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 : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire :*

- le code de facturation **09222** pour un patient hospitalisé;
 - le code de facturation **09299** pour un patient en hospitalisation d'un jour, en externe;
 - le lieu de dispensation et le secteur d'activité.
- 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 13,30 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

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

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 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 ultraspécialisés 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 37,90 \$.

AVIS : *Voir le code de facturation **8240** sous l'onglet H.*

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 : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.

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

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 facturation de l'examen révisé.

*Utiliser l'élément de contexte **Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.***

Cet élément de contexte ne doit pas être utilisé pour la révision d'un examen radiologique de résonance magnétique ou de tomodensitométrie. (Voir la règle 22 du présent addendum).

RÈGLE 20.

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

On accorde un supplément de 38,95 \$ 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 de facturation **08279**.

RÈGLE 21.

ANGIO-IRM / ANGIO-TDM

Les examens d'angio-IRM et d'angio-TDM sont effectués à la suite d'une requête comportant obligatoirement des indications cliniques spécifiques vasculaires. Il s'agit d'une étude angiographique, par tomodensitométrie ou par résonance magnétique, pour fins diagnostiques. Ces examens comprennent le travail du radiologiste sur une console de reconstruction multiplanaire et ses constatations diagnostiques angiographiques des vaisseaux principaux, périphériques et tributaires.

Le médecin qui réclame le paiement des honoraires prévus pour un examen d'angio-IRM ou d'angio-TDM ne peut réclamer, pour un même patient, les honoraires d'un examen d'angioradiologie (technique ou interprétation) au cours de la même séance.

RÈGLE 22.

RÉVISION

La révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie, donne droit à un honoraire de 25 % du tarif de consultation de cet examen.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie**.

PROTOCOLE

CONCERNANT LES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE GÉNÉRALE

ARTICLE 1.

RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE GÉNÉRALE

1.1 Les parties négociantes désignent les laboratoires d'imagerie médicale générale établis au 1^{er} janvier 2017 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels le ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

S'y ajoutent également les laboratoires que les parties négociantes reconnaissent aux fins de l'application de l'honoraire de laboratoire en ultrasonographie. Toutefois, seul peut ainsi être désigné le laboratoire qui rencontre les critères d'exploitation et de propriété autrement applicables à un laboratoire d'imagerie médicale générale en vertu de la loi.

Un laboratoire dont le permis d'exploitation est cédé, demeure désigné si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

ARTICLE 2.

IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE GÉNÉRAL

2.1 Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins nommés par la Fédération, dont au moins deux médecins radiologistes.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires.

Ces demandes sont déférées par le ministre.

2.2 Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois (3) mois de la réception de la demande.

À l'égard d'une demande, le comité doit se prononcer sur l'opportunité de l'implantation d'un nouveau laboratoire, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins du territoire.

2.3 Le ministre décide de la délivrance des permis suivant la loi.

Le ministre informe la fédération des permis qu'il délivre; s'il n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, il lui donne les motifs de sa décision.

ARTICLE 3.

(Abrogé en date du 29 décembre 2016 par la Modification 81).

ARTICLE 4.

HONORAIRE DE NUMÉRISATION

RECONNAISSANCE DES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE GÉNÉRALE

4.1 Afin de favoriser la numérisation des équipements d'imagerie médicale dans les laboratoires d'imagerie médicale générale, un honoraire de numérisation (R=9) est applicable dans les laboratoires reconnus par les parties négociantes et pour les secteurs d'activités d'imagerie médicale désignés.

À cette fin, on reconnaît quatre secteurs d'activités distincts, soit la radiologie générale, la mammographie, la fluoroscopie et l'ultrasonographie.

4.2 Afin d'être reconnu, un laboratoire de radiologie d'imagerie médicale générale identifié au répertoire prévu à l'article 1 détenant un permis d'exploitation doit déclarer par déclaration assermentée satisfaire aux conditions suivantes :

i) L'ensemble des équipements du laboratoire qui sont utilisés dans le secteur d'activités d'imagerie médicale pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé doivent être numérisés;

ii) Pour l'honoraire de numérisation applicable dans les secteurs d'activités de la mammographie, de la fluoroscopie ou de l'ultrasonographie, l'ensemble des équipements utilisés dans le secteur d'activités de la radiologie générale doivent également être numérisés;

iii) Le laboratoire doit disposer d'un PACS compatible aux normes exigées pour l'archivage des images dans le dépôt régional d'imagerie diagnostique et, via un lien réseau auquel on lui donne accès, alimenter ce dépôt régional selon ses capacités d'archivage.

Les frais du lien réseau sont à la charge du laboratoire, jusqu'à concurrence du coût du marché pour une ligne commerciale standard, tous frais excédentaires étant à la charge du Ministère de la Santé et des Services Sociaux ou d'un autre organisme qu'il désigne.

iv) L'ensemble de l'équipement d'imagerie médicale et le PACS utilisés dans le laboratoire d'imagerie médicale générale pour lequel un honoraire de numérisation est demandé (ci-après désignés les « équipements d'imagerie médicale ») doivent appartenir et profiter majoritairement à des médecins spécialistes en radiologie qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie (ci-après désignés les « médecins radiologistes »).

4.2.1 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements d'imagerie médicale sont considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes, s'ils sont la propriété :

(i) d'un ou plusieurs médecins radiologistes; ou

(ii) d'une personne morale ou société dont les droits de participation et de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société, sont détenus, directement ou indirectement, à plus de 50 % par un ou plusieurs médecins radiologistes.

4.2.2 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2.1 ii), la détention indirecte d'une action ou d'une part sociale s'entend de la détention par le biais :

(i) d'une fiducie entre-vifs dont la totalité des droits de bénéficiaires sont détenus par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes ci-après :

a) un ou des médecins radiologistes;

b) le conjoint, des parents ou alliés d'un ou des médecins radiologistes mentionnés au sous-paragraphe a) ci-dessus;

c) une ou plusieurs personnes morales ou sociétés dont les actions ou parts sociales, sont détenues en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a) et/ou b) ci-dessus;

d) une ou plusieurs fiducies entre-vifs dont les droits de bénéficiaires sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a), b) et/ou c) ci-dessus;

Toutefois, l'acte de fiducie doit prévoir que les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales détenues par la fiducie dans, selon le cas, une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.1 ii), sont exercées exclusivement par une ou des personnes mentionnées au sous-

paragraphe a).

(ii) d'une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a) du paragraphe i) et dont les droits de participation rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe i).

4.2.3 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements d'imagerie médicale sont également considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes si la détention de ceux-ci est octroyée aux personnes visées aux paragraphes 4.2.1 i) ou ii) par le biais d'un contrat de crédit-bail consenti par une institution financière ou un fournisseur de ces équipements.

4.2.4 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2 iv) et malgré que les conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.3 soient rencontrées, les équipements d'imagerie médicale ne sont pas considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes dans les circonstances suivantes :

- (i) les fonds requis pour permettre l'acquisition des équipements radiologiques proviennent d'une source autre que les personnes visées à l'article 4.2.1, à moins que le coût de ces fonds n'excède pas le montant que représenterait les intérêts calculés sur ces fonds au taux qu'une institution financière canadienne aurait demandé pour un prêt commercial de même ampleur, en pareille circonstance;
- (ii) toute entente, de quelque nature qu'elle soit, permet à des personnes autres que les médecins radiologistes, de retirer, sous quelque forme que ce soit, des sommes déraisonnables par rapport aux services rendus dans le cadre de l'exploitation du laboratoire d'imagerie médicale générale;
- (iii) au cours de tout exercice financier de la personne morale ou de la société visée au paragraphe 4.2.1 ii), la moitié ou plus des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que des médecins radiologistes, de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société;
- (iv) au cours de tout exercice financier d'une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.2 ii), une partie quelconque des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que celles mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe 4.2.2 i), de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société.
- (v) Le laboratoire doit fournir l'information nécessaire permettant de situer le contexte de l'offre d'imagerie médicale générale dans son territoire et de démontrer son apport à l'offre de service du réseau public et le maintien de celui-ci. Le cas échéant, il doit proposer une offre de service complémentaire au réseau de la santé.

Cette condition n'est toutefois pas exigée à l'égard d'un laboratoire d'imagerie médicale générale dont le permis correspond à un permis de laboratoire d'imagerie médicale satellite. Est ainsi considéré le laboratoire d'imagerie médicale qui constitue un point de service d'un laboratoire d'imagerie

médicale principal, lequel satisfait à l'ensemble des conditions prévues au présent protocole et a préalablement été reconnu par les parties négociantes.

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

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

4.4 Est créé un comité conjoint composé en parts égales de représentants de la Fédération et du ministère de la Santé et des Services sociaux auquel sont soumises les demandes de reconnaissance présentées en vertu de l'article 4.1 aux fins de l'application de l'honoraire numérisation (R=9).

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

4.5 Suite aux recommandations du comité conjoint, les parties négociantes déterminent et désignent les laboratoires d'imagerie médicale générale qui sont reconnus aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation (R=9).

4.6 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application ou à la cessation d'application de l'honoraire de numérisation (R=9) dans un laboratoire d'imagerie médicale générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2017

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente

Fédération des médecins spécialistes du Québec

L C N

R = 7 R = 1 R = 9

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : ~~Pour la facturation à l'acte~~

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

Inscrire :

- le code de facturation correspondant au service rendu

(toujours inscrire un zéro au début du code de facturation);

- le lieu de dispensation;

- s'il s'agit d'actes bilatéraux, utiliser les éléments de contexte

Intervention côté droit et Intervention côté gauche;

*- s'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent.***

L'identité de la personne assurée est obligatoire.

~~AVIS : Pour la facturation de services de laboratoire en établissement (SLE)~~

~~Utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#).~~

~~Inscrire :~~

- ~~- le code de facturation correspondant à la nomenclature (**toujours inscrire un zéro à la fin du code de facturation**);~~
- ~~- s'il y a lieu, le modificateur;~~
- ~~- le nombre de fois que le même code est facturé;~~
- ~~- le total du nombre d'actes et le montant total des honoraires.~~

- —

AVIS : Pour la facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique**Facturation à l'acte**

~~Utiliser la [Facture de services médicaux – Médecins spécialistes](#).~~

~~Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet privé, le code de localité ou le code postal du lieu où l'interprétation a été effectuée.~~

~~Pour le lieu en référence, indiquer :~~

- ~~- le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie)**;~~
- ~~- le numéro de la clinique de radiologie diagnostique ou de l'établissement où la technique a été effectuée.~~

~~Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes.~~

-

~~Facturation de services de laboratoire en établissement (SLE)~~

~~Utiliser la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte \(1606\)](#). Inscrire :~~

- ~~- la lettre **A** dans la case C.S.;~~
 - ~~- la date de l'interprétation comme date de service;~~
 - ~~- les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire où **l'interprétation a été effectuée**;~~
 - ~~- le numéro de l'établissement où **l'interprétation a été effectuée**.~~
- ~~Le lieu où la technique a été effectuée doit être indiqué dans un document complémentaire ou sur une ligne du formulaire 1606.~~

TÊTE ET COU

8010	Crâne	28,60	12,85	15 %
	Selle turcique			
8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,60	7,15	15 %

Massif facial

8123	3 incidences ou moins	21,85	9,85	15 %
8124	4 incidences ou plus	27,35	10,20	15 %

NOTE : Les codes 8123 et 8124 ne peuvent être utilisés pour l'interprétation d'un examen des sinus

Nez

8031	minimum de 2 incidences	14,20	6,25	15 %
-------------	-------------------------	-------	------	------

Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)

8023	minimum de 3 incidences	21,85	10,10	15 %
-------------	-------------------------	-------	-------	------

Articulations temporo-maxillaires

8024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	21,85	10,10	15 %
-------------	--	-------	-------	------

Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant

8076	minimum de 6 incidences	26,00	13,25	15 %
-------------	-------------------------	-------	-------	------

Oeil

8030	recherche de corps étrangers	14,20	8,90	15 %
-------------	------------------------------	-------	------	------

8028	recherche et localisation de corps étrangers	29,00	30,20	15 %
-------------	--	-------	-------	------

8011	Trous optiques	16,65	8,90	15 %
-------------	----------------	-------	------	------

8038	Région des glandes salivaires	15,45	7,85	15 %
-------------	-------------------------------	-------	------	------

Tissus mous du cou

8037	minimum de 2 incidences	13,45	7,85	15 %
-------------	-------------------------	-------	------	------

8036	Étude panoramique des maxillaires	16,95	7,85	15 %
-------------	-----------------------------------	-------	------	------

Dents

8034	1-2 région(s) dentaire(s)	6,25	1,80	15 %
-------------	---------------------------	------	------	------

AVIS : Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

Céphalométrie

8077	avec mesure des angles	19,80	32,00	15 %
-------------	------------------------	-------	-------	------

COLONNE ET BASSIN

Colonne cervicale

8127	3 incidences ou moins	24,90	8,30	15 %
8128	4 incidences ou plus	32,00	11,05	15 %
8042	Colonne dorsale	23,75	8,70	15 %

AVIS : Voir la Règle d'application no 14.

8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	27,85	8,70	15 %
-------------	----------------------------------	-------	------	------

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	35,00	9,65	15 %
-------------	--	-------	------	------

AVIS : Ce code de facturation exige comme prérequis un des codes de facturation suivants: **8243, 8245, 8246 ou 8247.**

Colonne entière (série scoliotique)

8053	minimum de 4 incidences	53,40	21,10	15 %
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,60	6,70	15 %
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	29,65	11,25	15 %
8058	Articulations sacro-iliaques	20,80	10,80	15 %

Bassin

8054	1 incidence	14,20	7,15	15 %
-------------	-------------	-------	------	------

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	26,40	10,10	15 %
-------------	---	-------	-------	------

8055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	30,50	11,05	15 %
-------------	--	-------	-------	------

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

MEMBRES SUPÉRIEURS

8060	Clavicule	16,85	7,00	15 %
8075	Articulations acromio-claviculaires	20,80	10,80	15 %
8118	Articulations sterno-claviculaires	17,15	8,70	15 %
8074	Omoplate	18,65	8,70	15 %
8062	Épaule	18,55	8,70	15 %

8063	Humérus	14,20	7,00	15 %
8064	Coude	14,20	7,00	15 %
8065	Avant-bras	14,20	7,00	15 %
8066	Poignet	14,20	7,00	15 %
8067	Main	14,20	7,00	15 %
8068	Poignet et main	20,80	13,55	15 %
8069	Doigt ou pouce	10,95	5,40	15 %

MEMBRES INFÉRIEURS

Hanche unilatérale

8080	2 incidences ou plus	23,25	8,30	15 %
-------------	----------------------	-------	------	------

AVIS : Voir la Règle d'application n^o 14.

8083	Fémur	14,20	7,00	15 %
8084	Genou, incluant la rotule	14,20	7,00	15 %
8082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (type Télou ou autres)	42,05	16,65	15 %
8085	Jambe	14,20	7,00	15 %
8086	Cheville	14,20	7,00	15 %
	Pied			
8087	Tarse, calcaneum ou talon	14,20	7,00	15 %
8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	21,85	12,20	15 %
8090	Orteil	10,95	5,40	15 %
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	21,55	10,80	15 %

ÉTUDES DU SQUELETTE

Étude du squelette pour âge osseux

8092	1 région (main)	14,20	10,40	15 %
8093	2 régions (main et autres)	25,55	11,75	15 %

Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région

8280	8 incidences ou moins	56,90	26,70	15 %
8281	9 ou 10 incidences	67,50	32,30	15 %
8282	11 incidences ou plus	78,25	36,25	15 %

THORAX

8100	Poumons	20,80	10,30	15 %
8108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	45,35	12,85	60 %
	Hémithorax (côtes)			
8115	2 incidences ou plus	17,15	7,55	15 %
8117	Sternum	18,10	7,55	15 %

Lecteur B/ CNESST :

pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste

9943	en établissement		13,20	
-------------	------------------	--	-------	--

AVIS : ~~Cet acte doit être facturé sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606).~~ *Inscrire le nombre de lectures.*

pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste

9943	en cabinet		14,25	
-------------	------------	--	-------	--

AVIS : ~~Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes et~~ *inscrire le nombre de lectures.*

ABDOMEN

Abdomen

8150	simple	14,20	6,25	15 %
8152	2 incidences ou plus	22,40	9,05	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.

~~**AVIS :** Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, 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	33,90	27,40	60 %
8133	Étude du pharynx et de l'oesophage	35,75	28,95	60 %
8157	Oesophage seul (lorsque les codes 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	33,80	16,95	60 %
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	66,15	28,50	60 %
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	71,30	34,60	60 %
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	85,00	37,30	60 %
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	95,50	43,65	60 %
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	43,55	19,70	60 %
	Colon, lavement baryté			
8149	simple contraste	68,90	22,05	60 %
8179	pour réduction d'intussusception (PG-7)	62,15	96,95	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)	90,20	46,80	60 %

AVIS : Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament ou modificateur pharmacologique	220,85		
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 08262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.			
	Cholangiographie			
8171	par tube en T, incluant l'injection	28,80	16,85	60 %
8180	Pancréatographie per-opératoire		14,15	

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.

~~AVIS :~~ ~~Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.~~

Pyélographie

8181	I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	69,00	32,85	60 %
	AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes peu importe le lieu de dispensation.			
8186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen (PG-7)	42,80	8,80	60 %
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	33,80	26,80	60 %
8190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	54,90	33,70	60 %
8191	Kystographie rénale incluant la ponction		77,10	60 %

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

8192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	14,10	6,45	15 %
8193	Pelvimétrie	21,85	10,65	15 %
8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	44,30	50,80	60 %

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

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.

~~**AVIS :** Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.~~

8102	Thorax	32,60	12,30	60 %
8151	Abdomen	32,60	12,30	60 %

EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT UNE OU PLUSIEURS INJECTIONS 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 une ou plusieurs injections 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.

~~**AVIS :** Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.~~

Arthrographie, bursographie ou ténographie

8114	graphie seulement	32,40	29,90	15 %
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	58,00	63,15	60 %
8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	52,60	80,75	60 %

Bronchographie

8109	unilatérale	32,40	56,05	60 %
8111	bilatérale	44,70	78,85	60 %
8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	39,10	24,20	60 %
8098	Discographie, un niveau ou plus	32,50	23,25	60 %
8214	Fistulographie	25,85	29,25	60 %

8201	Galactographie	39,20	58,70	60 %
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire			
8097	contraste non ionique (PG-7)		35,20	60 %
8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	67,85	113,30	60 %

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, peu importe le lieu de dispensation.

8025	Sialographie	53,10	48,15	60 %
-------------	--------------	-------	-------	------

DIVERS

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14.

Pour les codes de facturation 8243, 8245, 8246 et 8247, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes, 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	41,35	24,70	15 %
	Suivi (« follow-up »):			
8245	un site	36,85	14,65	15 %
8246	deux sites ou plus	41,35	20,05	15 %
8247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,80	4,50	15 %
8006	Stéréotaxie	70,70	28,20	15 %
8232	Tomographie	60,05	18,55	15 %
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		37,75	

AVIS : ***Cet acte doit être sur la même facture que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle.***

Indiquer le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

~~Facture de services médicaux – Médecins spécialistes :~~

Conserver au dossier les raisons médicales aux fins de références ultérieures.

~~Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – rémunération à l'acte (1606), utiliser un formulaire Document complémentaire (1944) pour inscrire les raisons médicales et l'identification de la personne assurée.~~

8242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit : en établissement	12,00
	en cabinet	24,00

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni

En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen.

En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen +
9,30 \$.

AVIS : *Que ce soit en établissement ou en cabinet, utiliser l'élément de contexte Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni.*

MAMMOGRAPHIE

AVIS : ~~Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes. L'identité de la personne assurée est obligatoire.~~

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique : - pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal où l'interprétation a été effectuée; - pour le lieu en référence, indiquer :*

- le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie),**
- le numéro de la clinique de radiologie diagnostique ou de l'établissement où la technique a été effectuée.

Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes.

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

AVIS : La liste des établissements reconnus ayant un mammographe dédié est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

diagnostique avec ou sans examen clinique

8048	unilatérale	26,70	10,00	15 %
8049	bilatérale	40,40	19,80	15 %
clichés supplémentaires				
8072	unilatéral	24,60	9,15	15 %
8073	bilatéral	40,40	18,40	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 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être facturés 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	26,70	9,15	15 %
8079	bilatérale	40,40	18,40	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 ^o 107)	7,90		
clichés supplémentaires				
8103	unilatéral	24,60	9,15	15 %
8104	bilatéral	40,40	18,40	15 %

AVIS : Pour les codes de facturation **08078**, **08079**, **08103** et **08104**, voir la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) qui est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

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).

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 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être facturés 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	26,70	9,15	15 %
8135	bilatérale	40,40	18,40	15 %
	clichés supplémentaires			
8129	unilatéral	24,60	9,15	15 %
8130	bilatéral	40,40	18,40	15 %

AVIS : Pour les codes de facturation **08129**, **08130**, **08134** et **08135**, voir la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) qui est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

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	24,60	6,00	15 %
-------------	------------------------------------	-------	------	------

8144 Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé CRID 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. 62,85

AVIS : La liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID) est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage.

Unité mobile de mammographie

Mammographie de dépistage

8145 unilatérale 9,10

8146 bilatérale 18,40

Clichés supplémentaires

8147 unilatérale 9,15

8155 bilatérale 18,40

Mammographie diagnostique avec ou sans examen clinique

8167 unilatérale 10,00

8168 bilatérale 19,80

clichés supplémentaires

8169 unilatérale 9,15

8170 bilatérale 18,40

AVIS : Pour les codes de facturation **8145 à 8147, 8155, 8167 à 8170**, voir la liste des services itinérants de mammographie de dépistage (unité mobile CLARA, unité portative SOPHIE et unité mobile SARA) qui est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

R = 7 R = 1

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par un médecin radiologiste ou chirurgien vasculaire et dont l'interprétation est exécutée par un médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

La tarification qui suit s'applique aussi aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par un médecin spécialiste en neurochirurgie et dont l'interprétation est exécutée par un médecin radiologiste ou un médecin spécialiste en neurochirurgie. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation. Seul le médecin spécialiste en neurochirurgie ayant une formation reconnue en angioradiologie d'intervention cérébrale et spinale et qui y est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifique peut demander le paiement d'un honoraire d'angioradiologie.

AVIS : *Le neurochirurgien qui détient la formation reconnue en angioradiologie d'intervention cérébrale et spinale doit faire la demande auprès de son directeur des services professionnels pour obtenir le privilège de pratique. L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Service de laboratoire en éta-blissement Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens \(3051\)](#) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

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

~~– Utiliser les codes de facturation sous les titres Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation.~~

~~– Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes. L'identification de la personne assurée est obligatoire.~~

~~Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :~~

~~– Utiliser les codes de facturation sous le titre Angioradiologie interprétation et les tarifs correspondants.~~

~~– Remplir la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606).~~

AVIS : ~~Lorsque le neurochirurgien exécute la technique et l'interprétation :~~

~~– utiliser les codes de facturation sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation;**~~

~~– utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.~~

~~L'identité de la personne assurée est obligatoire.~~

AVIS : ~~Lorsque le chirurgien vasculaire exécute la technique :~~

~~– Utiliser les codes de facturation sous les titres **Angioradiologie technique.**~~

~~Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.~~

~~L'identification de la personne assurée est obligatoire.~~

ANGIORADIOLOGIE

8433 Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique avec rapport au dossier

72,15

NOTE : Cette évaluation ne peut être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.

NOTE : Le code 08433 ne peut être facturé avec les codes 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.

(Technique)

NOTE : Le code 8404 est réservé uniquement aux médecins radiologistes et aux neurochirurgiens. Les codes 8400 et 8406 sont réservés uniquement aux médecins radiologistes.

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).

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

8401	insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	116,45
8400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	106,95
8402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	55,85
8403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	69,85
<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le nombre de vaisseaux.</i>		
8404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	18,00

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.

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

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

8405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	46,65
8406	Lymphographie unilatérale	58,15
8407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	18,65

**ANGIORADIOLOGIE
(Interprétation)**

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

8408	non sélective, autre que cardiaque	34,90
8409	sélective autre que spinale et coronarienne, par vaisseau, maximum 4	34,90

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

sélective avec quantification par moyen objectif :

8412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	27,25
-------------	--	-------

AVIS : *Inscrire le nombre d'artères.*

8413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	13,35
-------------	---	-------

AVIS : *Inscrire le nombre de vaisseaux.*

8414	sélective carotidienne, unilatérale	41,85
8415	sélective vertébrale, unilatérale	40,70
	périphérique, membres inférieurs	
8416	unilatérale	34,90
8417	bilatérale	69,85
8418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	39,20
	Angiographie coronarienne, à la demande écrite d'un médecin spécialiste en cardiologie	
8419	unilatérale, patient de moins de 18 ans	41,95
8420	bilatérale, patient de moins de 18 ans	84,00

AVIS : *Inscrire le numéro du cardiologue référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

8424 Lymphographie, unilatérale

34,00

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR

(un examen par région anatomique, par patient, par établissement, par jour 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 anatomique, par patient, par établissement, par jour 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.

AVIS : ~~*Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.*~~

~~*L'identité de la personne assurée est obligatoire.*~~

-

Voir la Règle d'application n^o 11.

AVIS : *Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :*

- pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu où l'interprétation a été effectuée;

- pour le lieu en référence, indiquer :

*- le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie),***

- le numéro de l'établissement où la technique a été effectuée.

Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes

AVIS : *Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomодensitométrie.** Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.*

AVIS : *La liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de tomодensitométrie est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).*

Tête

8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	42,10
8259	sans injection de substance de contraste (PG-7)	33,65

Massif facial ou conduits auditifs internes

8290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste	55,10
-------------	--	-------

Cou

8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,55
8261	sans injection de substance de contraste (PG-7)	55,10

Thorax

(ne peut être facturé en sus des codes 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)	63,55
8263	sans injection de substance de contraste (PG-7)	55,10

NOTE : L'examen du thorax (code 08262 ou code 08263) inclut l'examen des surrénales.

Coeur

(ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet »)

8291	acquisition avec synchronisation cardiaque, sans contraste	57,85
-------------	--	-------

NOTE : Cet acte inclut l'analyse du score calcique post-traitement ainsi que l'interprétation des fenêtres médiastinales et parenchymateuses couvertes dans l'acquisition.

8292	étude synchronisée à l'ECG avec contraste intraveineux	157,80
-------------	--	--------

NOTE : Cet acte inclut l'acquisition préalable de type score calcique (calcium scoring), l'analyse des coupes natives axiales avec contraste et le post-traitement des coronaires en MIP épais ou en reformatage courbe ainsi que

l'interprétation du médiastin et des fenêtres pulmonaires couvertes dans l'acquisition.

8293 étude complète de la fonction ventriculaire gauche ou droite de la base à l'apex ventriculaire, supplément 47,35

NOTE : Ce supplément nécessite la reconstruction sur au moins 10 phases différentes.

8294 supervision durant l'administration de médication relative à l'examen incluant les Bbloquants par voie orale ou IV, les anticalciques par voie orale ou IV, les dérivés de nitrates par voie orale, sublinguale ou IV, supplément 26,30

Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal)

(ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen complet et pelvis »)

8264 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 63,55

8265 sans injection de substance de contraste (PG-7) 55,10

NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.

Thorax et abdomen complet

(ne peut être facturé en sus des codes pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)

8255 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 95,40

8256 sans injection de substance de contraste (PG-7) 82,70

Pelvis

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

8266 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) 63,55

8267 sans injection de substance de contraste (PG-7) 55,10

Abdomen complet et pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis »)

8268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	90,65
8269	sans injection de substance de contraste (PG-7)	82,10

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

Rachis

8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	57,35
8275	sans injection de substance de contraste (PG-7)	48,85

Extrémités

8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	41,40
8277	sans injection de substance de contraste (PG-7)	32,95

Corps entier

8278	examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande d'un médecin anatomo-pathologiste. L'examen inclut l'acquisition tomodensitométrique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	201,50
8244	examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande du coroner. L'examen inclut l'acquisition tomodensitométrique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	209,45

NOTE : Le code 8244 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

Angio-TDM

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

AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.

AVIS : Pour la facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique, ~~utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.~~ :

- ~~Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu où l'interprétation a été réalisée;~~
- ~~Pour le lieu en référence, indiquer :~~
 - le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie);**
 - le numéro de l'établissement où la technique a été réalisée.

Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes.

NOTE : En angio-TDM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

AVIS : Utiliser le code de facturation **08441** pour demander le paiement d'une région supplémentaire en Angio-TDM à la même séance.

AVIS : Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomодensitométrie.**

Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

8441 Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1) 68,00

Examen vasculaire :

8434 région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité) 105,80

NOTE : Le code 08434 ne peut être facturé avec les codes 08258, 08259 ou 08290 le même jour, pour le même patient, dans le même établissement. Toutefois, de façon exceptionnelle, les codes 08258 ou 08259 pourrait être facturé chez le même patient, le même jour, dans le même établissement, si effectués à une séance différente, dans l'un des établissements désignés suivants :

- Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHAUQ)
- CHUM
- Hôpital Fleurimont (CHUS)
- Hôpital général de Montréal et

- Hôpital neurologique de Montréal (CUSM)

8435 région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique) 105,80

NOTE : Le code 08435 ne peut être facturé avec les codes 08260 ou 08261.

8436 thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) 105,80

NOTE : Le code 08436 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08262, 08263 ou 08437 à la même séance.

8437 abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux 105,80

NOTE : Le code 08437 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268, 08269 ou 08436 à la même séance.

8438 thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) 161,20

NOTE : Le code 08438 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268, 08269, 08436, 08437 ou 08441 à la même séance.

Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :

8439 thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) 105,80

NOTE : Le code 08439 ne peut être facturé avec les codes 08255, 08256, 08262, 08263, 08436 ou 08438 à la même séance.

8440 Examen des membres supérieurs ou inférieurs 136,00

NOTE : Le code 08440 ne peut être facturé avec les codes 08276 ou 08277 à la même séance.

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

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

qui suit :

NOTE : Les services médicaux en Rôle 1 de la section « Protocole I » concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

AVIS : ~~Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la~~
~~Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.~~
~~L'identité de la personne assurée est obligatoire.~~
 Voir la Règle d'application n° 12.

AVIS : Pour la facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :

- pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu où l'interprétation a été réalisée;
- pour le lieu en référence, indiquer :
 - le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie)**,
 - le numéro de l'établissement où la technique a été réalisée.

Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes.

AVIS : Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie.**
 Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

AVIS : La liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique est disponible sous l'onglet [Médecine de laboratoire](#).

8570	Tête (PG-7)	106,20
8571	Cou (PG-7)	112,85
8590	Sein uni ou bilatéral	151,15
8572	Thorax (PG-7)	141,90

NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.

8591 Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation 35,25

NOTE : Le code 8591 ne peut être facturé en sus d'une interprétation en IRM thoracique ou cardiaque (codes 8444, 8446, 8447, 8572, 8580 à 8589) effectuée par le même médecin et lorsqu'il y a interprétation de l'examen dans la même journée par un médecin de même spécialité.

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

8573 Abdomen (PG-7) 141,90

8574 Pelvis (PG-7) 141,90

8575 Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7) 112,85

Colonne

8576 un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7) 105,25

8577 deux segments (PG-7) 132,25

8578 trois segments (PG-7) 177,95

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.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux.***

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.

Angio-IRM

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

AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.

AVIS : ~~Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la~~
~~Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.~~

~~L'identité de la personne assurée est obligatoire.~~

-

Voir la Règle d'application n° 12.

AVIS : Pour les services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :

- pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu où l'interprétation a été effectuée;

- pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie),**

- le numéro de l'établissement où la technique a été effectuée.

Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes.

NOTE : En angio-IRM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

AVIS: Utiliser le code de facturation **08449** pour demander le paiement d'une région supplémentaire en Angio-IRM à la même séance.

AVIS : Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomодensitométrie.**

Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

8449	Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1)	68,00
-------------	---	-------

Examen vasculaire

8442	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,80
-------------	--	--------

NOTE : Le code 08442 ne peut être facturé avec le code 08570.

8443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,80
	NOTE : Le code 08443 ne peut être facturé avec le code 08571.	
8444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,80
	NOTE : Le code 08444 ne peut être facturé avec les codes 08445 ou 8572.	
8445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux	105,80
	NOTE : Le code 08445 ne peut être facturé avec les codes 08444, 08573 ou 08574.	
8446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)	161,20
	NOTE : Le code 08446 ne peut être facturé avec les codes 08444, 08445, 08447 08449, 08572, 08573 ou 08574.	
	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :	
8447	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,80
	NOTE : Le code 08447 ne peut être facturé avec les codes 08444, 08446 ou 08572.	
8448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs	136,00
	NOTE : Le code 08448 ne peut être facturé avec le code 08575.	

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section ainsi que le code 08449 peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Seul celui qui y est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques peut demander le paiement d'un honoraire de résonance magnétique.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique, Services de laboratoire en établissement - Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

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

~~Pour la facturation des examens de résonance magnétique, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.~~

~~L'identité de la personne assurée est obligatoire.~~

AVIS : Pour la facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :

- pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu où l'interprétation a été réalisée;

- pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où la technique a été effectuée (radiologie)**,

- le numéro de l'établissement où la technique a été réalisée.

Vous devez demander l'interprétation (rôle 1) et la technique (rôle 7) sur des factures distinctes.

AVIS : Pour facturer les honoraires de l'examen révisé, utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie.**

Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique du Manuel des services de laboratoire en établissement.

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.

8580 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)

193,95

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.

NOTE : Le code 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.

NOTE : Le code 08580 ne peut être facturé avec le code 08444

8581 Examen limité (PG-7) 82,80

NOTE : Le code 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (code 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique »).

8582 Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7) 83,10

8583 Études de contractilité (PG-7) 55,20

NOTE : Le code 08583 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.

8584 Études de perfusion/viabilité (PG-7) 55,40

NOTE : Le code 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1^{er} passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.

8585 Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7) 30,50

AVIS : *Inscrire le nombre d'études.*

8586 Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7) 60,95

Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique

8587 Stress physique avec ergocycle 158,35

NOTE : Le code 08587 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).

Stress médicamenteux

8588	Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)	107,25
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)	178,70

NOTE : Un maximum de 554 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » effectués à la même séance.

K - ULTRASONOGRAPHIE

ADDENDUM 8.

Cet addendum prévoit la tarification de l'ultrasonographie dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier et, lorsque rendue à des fins obstétricales, dans un CLSC où ce service est considéré comme assuré en vertu du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. Seul celui qui y est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques peut demander le paiement d'un honoraire d'ultrasonographie.

Cet addendum prévoit aussi la tarification de l'ultrasonographie lorsque ce service est rendu par un médecin radiologiste dans un laboratoire d'imagerie médicale générale.

AVIS :

Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

L'identification de la personne assurée est essentielle.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

1.1 En ultrasonographie, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et, le cas échéant, 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).

TARIFS EN CENTRE HOSPITALIER OU EN CLSC

1.2 Dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou dans un CLSC visé, l'honoraire de consultation (R=1) est payé au médecin spécialiste qui donne l'interprétation des données de l'examen au moyen d'un rapport écrit.

TARIF EN LABORATOIRE D'IMAGERIE MÉDICALE GÉNÉRALE

1.3 Dans un laboratoire d'imagerie médicale générale, la tarification s'applique uniquement au médecin radiologiste.

1.4 Le médecin radiologiste qui donne l'interprétation des données de l'examen au moyen d'un rapport écrit, est payé suivant le tableau des honoraires de consultation (R=1).

S'y ajoute l'honoraire de laboratoire (R=7) et, le cas échéant, l'honoraire de numérisation (R=9).

1.5 La tarification de l'honoraire de laboratoire (R=7) est fonction d'un nombre d'examens d'ultrasonographie réalisés par appareil d'ultrasonographie, étant entendu que la tarification la plus élevée s'applique pour les premiers 1 000 examens par appareil et qu'une tarification régressive s'applique ensuite jusqu'à concurrence de 2 000, 3 000 et au-delà de 3 000 examens par appareil.

À cette fin, la tarification de l'honoraire de laboratoire (R=7) est appliquée de la façon suivante, selon le nombre d'appareils d'ultrasonographie et le volume d'examens d'ultrasonographie réalisés par laboratoire d'imagerie médicale générale :

1.5.1 Les parties négociantes déterminent le nombre d'appareils d'ultrasonographie qu'elles reconnaissent pour chaque laboratoire d'imagerie médicale générale. À cette fin, les parties négociantes conviennent de critères de reconnaissance d'un appareil d'ultrasonographie.

1.5.2 La tarification applicable est alors établie comme suit :

- i. On multiplie le nombre d'appareils reconnus par les parties négociantes dans un laboratoire par un coefficient de 1 000, le résultat correspondant à un nombre possible d'examens d'ultrasonographie à réaliser dans ce laboratoire. On applique la tarification prévue à la grille tarifaire pour la rémunération des examens d'ultrasonographie réalisés par l'ensemble des médecins radiologistes de ce laboratoire au cours d'une année civile et ce, jusqu'à concurrence de ce nombre d'examens.
- ii. Au-delà de ce nombre d'examens, on applique 95,8 % de la tarification prévue à la grille tarifaire, pour la rémunération des examens d'ultrasonographie réalisés par l'ensemble des médecins radiologistes de ce laboratoire au cours d'une année civile et ce, jusqu'à concurrence d'un même nombre d'examens que celui déterminé à l'alinéa i).
- iii. Au-delà de ce nombre d'examens, on applique 91,7 % de la tarification prévue à la grille tarifaire, pour la rémunération des examens d'ultrasonographie réalisés par l'ensemble des médecins radiologistes de ce laboratoire au cours d'une année civile et ce, jusqu'à concurrence d'un même nombre d'examens que celui déterminé à l'alinéa i).
- iv. Au-delà de ce nombre d'examens, on applique 87,5 % de la tarification prévue à la grille tarifaire, pour la rémunération de tous les autres examens d'ultrasonographie réalisés par l'ensemble des médecins radiologistes de ce laboratoire au cours d'une année civile.

Les parties négociantes avisent la Régie du nombre d'appareils reconnus et du nombre d'examens établis en vertu de l'application des alinéas 1.5.2 (i) à (iv), et ce, pour chaque laboratoire d'imagerie médicale générale.

1.5.3 Lorsque la reconnaissance d'un laboratoire d'imagerie médicale générale ou d'un appareil d'ultrasonographie est effectuée en cours d'année civile, les parties négociantes conviennent de l'ajustement à apporter aux nombres applicables en vertu du paragraphe 1.5.2.

AVIS : Selon la lettre d'entente n^o 219, article 5, la tarification régressive ne s'applique plus à compter du 1^{er} avril 2018.

1.6 L'honoraire de numérisation est déterminé selon un pourcentage de 15 % de l'honoraire de laboratoire (R=7) qui est payable pour un examen d'ultrasonographie, selon les règles prévues au paragraphe 1.5.

L'honoraire de numérisation ne s'applique que pour les laboratoires d'imagerie médicale générale reconnus par les parties négociantes en vertu de l'article 4 du Protocole concernant les laboratoires d'imagerie médicale générale.

1.7 L'honoraire de laboratoire (R=7) et, le cas échéant, l'honoraire de numérisation (R=9) peuvent être réclamés uniquement par le médecin radiologiste qui a réclamé l'honoraire de consultation (R=1).

1.8 En laboratoire d'imagerie médicale générale, seuls les examens d'ultrasonographie exécutés au lieu indiqué au permis donnent droit au paiement d'honoraires.

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 vitesse 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 diagnostic d'un retard intra-utérin.

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière.**

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

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 : *Si le patient est hospitalisé, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou indiquer l'élément de contexte* **Patient hospitalisé.**

Si le patient provient de l'urgence, utiliser l'élément de contexte **Patient provenant de l'urgence, sinon utiliser** **Échographie abdominale supérieure effectuée le même jour.**

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) ou du Doppler avec écho-B (code 08360) qui sont limités à deux par jour, par patient.

Cette règle ne s'applique toutefois pas à l'échographie cardiaque (code 8303) lorsque cet examen donne droit au paiement du supplément de télémédecine prévu au Protocole concernant la télémédecine et qu'il est effectué par un médecin cardiologue auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

Toutefois, les examens d'échographie diagnostique au département d'urgence effectués par un médecin spécialiste en médecine d'urgence (code 60702) sont payables deux fois par patient, par médecin, par jour.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Service en exception à la règle d'application 19.5.**

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 une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier, un CLSC ou un laboratoire d'imagerie médicale générale 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).

Toutefois, sont payées les échographies diagnostiques au département d'urgence, effectuées par un médecin spécialiste en médecine d'urgence, sur production d'une note au dossier et d'un document iconographique pertinent à l'appui.

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 142,20 \$.

AVIS : Utiliser le code de facturation 08313.

Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

RÈGLE 9.

SUBSTANCE DE CONTRASTE

9.1 On accorde un supplément de 16,70 \$ 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 de facturation **08387** sous le présent onglet K.

RÈGLE 10.

EXAMEN AU CHEVET DU PATIENT

10.1 On majore de 50 % le tarif des examens codés 08302, 08315, 08325, 08326, 08331, 08392, 08393, 08394, 08397, 08398, 08399, 08426, 08427 et 60701 lorsqu'ils sont effectués par le médecin radiologiste au chevet du patient hospitalisé, à la salle d'urgence ou en clinique externe.

AVIS : Préciser le secteur d'activité **Au chevet du patient**.

S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte **Patient hospitalisé**.

Honoraires de consultation R = 1	Supplément de manipulation R = 7	Honoraire de numérisation R = 9
---	---	--

ULTRASONOGRAPHIE

NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultrasonographie » (à l'exclusion des codes 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.

AVIS : Pour la facturation des honoraires de laboratoire (rôle 7), voir l'article 1.5.2 de l'addendum 8 et utiliser l'élément de contexte approprié, le cas échéant.

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

08300	Ligne médiane postérieure	8,40
08301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux	18,55
08302	Complète	54,15

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	24,65
--------------	---	-------

Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens

08375	technique	143,65
08376	interprétation	82,10
08377	technique et interprétation	246,70

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	105,85	32,05	15 %
--------------	--	--------	-------	------

AVIS : Conformément au PA34, dans le cas où l'interprétation n'est pas effectuée le jour de l'examen, indiquer la date de l'examen comme date de service.

08378	pour un cas d'un donneur potentiel incluant le rapport spécifique exigé par l'organisme Québec - Transplant, supplément	26,55
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	183,15

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).

NOTE : Le code 08303 ne peut être facturé le même jour que les codes 08304, 08341 et 08380.

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 142,50

AVIS : Conformément au PA34, dans le cas où l'interprétation n'est pas effectuée le jour de l'examen, indiquer la date de l'examen comme date de service.

AVIS : Pour les actes **08374 à 08311**, voir la règle d'application n°19.

60703 si grossesse multiple, par fœtus, supplément 105,55

AVIS : Incrire le nombre de fœtus.

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 248,75

NOTE : Le code 08303 ne peut être facturé le même jour que les codes 08304, 08341 et 08380.

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 221,60

NOTE : Le code 08303 ne peut être facturé le même jour que les codes 08304, 08341 et 08380.

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 155,50

AVIS : Pour les actes **08304 à 08347**, voir la règle d'application n°19.

NOTE : Le code 08347 ne peut être facturé le même jour que les codes 08309, 08338, 08371 et 08372.

08329 Échographie périopératoire avec sonde endo-oesophagienne dans le contexte d'une chirurgie cardiaque incluant le monitoring cardiaque et hémodynamique continu, 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 A8-1 149,90

NOTE : Le code 08329 ne peut être facturé que par un anesthésiologiste possédant des privilèges hospitaliers en échographie cardiaque périopératoire.

NOTE : Un rapport d'examen écrit devra être consigné au dossier hospitalier du patient.

NOTE : Le code 08309 et le code 08329 sont mutuellement exclusifs, à la même séance.

NOTE : Le code 08329 est exclusif à l'anesthésiologie.

PROTOCOLE II

Concernant les examens d'échographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1- Les examens d'échocardiographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier par un anesthésiologiste, un cardiologue, un CCVT désigné à l'annexe 29, un interniste ou un radiologiste sont payés suivant la tarification suivante :

08309 Échographie avec sonde endoesophagienne 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 supervision du patient pendant l'examen 199,85

08371 Si effectuée en salle d'opération avec ou sans mise en place de la sonde endoesophagienne et avec ou sans l'administration de médicaments 199,85

08372 Si autre ETO requise lors de la même chirurgie, par séance 99,95

NOTE : Maximum 2 ETO.

08338	Échographie avec sonde endoesophagienne pour monitoring ou guidance lors d'intervention cardiaque en salle d'hémodynamie, pour les 60 premières minutes	375,00
60700	pour chaque 30 minutes additionnelles complétées (maximum 4), supplément	125,00

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec les codes 08309, 08371 et 08372.

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention.*

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, localisation placentaire, localisation d'un stérilet, etc.) -ne peut être facturé en sus de 08312, 08316, 08317, 08318, 08321, 08322, 08323, 08324, 08328 et 08339.	15,85	23,95	15 %
--------------	---	-------	-------	------

AVIS : *Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, et la Règle d'application n° 10.*

08314	Évaluation complète de retard de croissance intra-utérine (comprend l'examen complet du 3 ^e trimestre, Doppler du cordon, des artères cérébrales moyennes, un index de liquide amniotique et un profil biophysique)	79,15	40,15	15 %
--------------	--	-------	-------	------

NOTE : Les codes 08317, 08318, 08319 et 08339 ne peuvent être facturés avec le code 08314.

Échographie pelvienne complète

08321	par voie transvésicale ou endovaginale	27,25	33,50	15 %
08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	34,50	47,95	15 %
08316	Échohystérographie avec injection de liquide intra-utérin	43,30	72,50	15 %

AVIS : *Pour les actes **08321**, **08322** et **08316**, voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, et la Règle d'application n° 10.*

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	24,80	35,45	15 %
08324	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)	31,90	48,25	15 %
08312	pour étude de grossesse multiple	29,90	32,05	15 %

AVIS : Pour les actes **08324** et **08312**, voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, et la Règle d'application n° 10.

À partir de la 16^e semaine de grossesse

08317	étude complète	53,10	41,80	15 %
08318	étude complète de grossesse gémellaire	82,20	80,60	15 %

AVIS : Pour les actes **08317** et **08318**, voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, et la Règle d'application n° 10.

08339	par foetus additionnel, au-delà du deuxième	23,95	32,05	15 %
--------------	---	-------	-------	------

AVIS : Inscire le nombre de foetus additionnels.

À partir de la 28^e 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	6,15	23,95	15 %
--------------	---	------	-------	------

AVIS : Voir la Règle d'application n° 10.

08313	Consultation exceptionnelle, supplément	141,70		
--------------	---	--------	--	--

AVIS : Inscire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

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 ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)	61,35		
--------------	--	-------	--	--

ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE

Écho A-oeil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)

08336	un oeil	14,85	15,90	15 %
08337	deux yeux	24,70	19,10	15 %
08320	Écho B-oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	67,40	23,95	15 %
08373	Biomicroscopie ultrasonique (UBM) du segment antérieur	60,00		

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

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	23,35		
08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (PG-7)	34,50	31,95	15 %
08326	Complète (trois organes et plus) (PG-7)	55,25	39,30	15 %

AVIS : Pour les actes **08325** et **08326**, Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

ÉCHOGRAPHIE DES VOIES RESPIRATOIRES

08383	Échographie endobronchique avec sonde linéaire	126,00		
08384	avec ponction gaglionnaire ou tumorale transtrachéale ou transbronchique, supplément	126,00		

NOTE : si la bronchoscopie est effectuée à la même séance que l'échographie endobronchique, le code 09368 ne peut être facturé avec le code 08384, lors de la même séance.

60706	Échographie endobronchique avec sonde radiale pour localisation d'une lésion pulmonaire périphérique	126,00		
60707	avec ponction pulmonaire à l'aiguille et/ou biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	126,00		

NOTE : les codes 09367 et 09368 ne peuvent être facturés avec les codes 60706 et 60707, lors de la même séance.

NOTE : Lorsque les codes 08383 et 60706 sont facturés à la même séance, le code 60706 est payable à 50 % du tarif et un seul supplément est applicable, le cas échéant.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Échographies endobronchiques avec sonde linéaire et sonde radiale effectuées à la même séance.

ÉCHOGRAPHIE DIGESTIVE

NOTE : Une endoscopie gastro-entérologique ne peut être facturée avec les codes 08348, 08365 et 08370 à l'exception des codes 00692, 09337 et 00697 qui peuvent être facturés avec les codes 08348, 08365 et 08370 seulement lorsqu'effectués par deux (2) médecins différents, lors de deux (2) séances différentes.

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	163,05		
08349	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément	36,20		
60704	sous écho-endoscopie, pose de prothèse pour drainage transgastrique, transduodéal ou transjéjunal d'un pseudokyste pancréatique, supplément	97,80		
	NOTE : Les codes 08349 et 60704 ne peuvent être facturés à la même séance.			
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	76,75	56,30	15 %
08365	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient	163,05	56,30	15 %
08369	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément	36,20		
08327	Échographie prostatique transrectale	42,20	40,15	15 %

08328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale)	66,25	56,10	15 %
--------------	--	-------	-------	------

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

AVIS : *Ne pas fournir les indications cliniques, mais les conserver au dossier aux fins de références.*
Voir la règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE

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

AVIS : *Dans le cas d'une articulation différente, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.*

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)	42,80	45,50	15 %
--------------	--	-------	-------	------

NOTE : Le code 08342 ne peut être facturé avec les codes 08352, 08353, 08354, 08355, 08356, 08358, 08359 et 08360.

AVIS : *Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.*

08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	27,55	31,85	15 %
--------------	---	-------	-------	------

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.*
Ne pas fournir les indications cliniques, mais les conserver au dossier aux fins de références.

08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation	27,55	23,85	15 %
--------------	--	-------	-------	------

AVIS : *Voir la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.*

NOTE : Le code 08346 ne peut être facturé le même jour que le code 08342 pour la même articulation.

ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE

08330	Face ou cou ou les deux (PG-7)	28,65	33,35	15 %
60701	Colonne lombo-sacrée chez un patient de 6 mois ou moins	54,15	31,95	15 %
08331	Épanchement pleural (PG-7)	27,65	23,95	15 %
08333	Sein unilatéral	33,90	41,15	15 %
60705	Sein bilatéral	67,70	69,95	15 %
	En CRID dans le cadre du PQDCS			
08385	sein - unilatéral	52,25	41,15	15 %
08386	sein - bilatéral	69,50	69,95	15 %
08334	Scrotum (un ou deux testicules) incluant le Doppler au besoin	41,55	33,45	15 %
08335	Divers	27,55	31,95	15 %

NOTE : Le code 08335 ne peut être facturé par un médecin classé en urologie.

ÉCHOSCOPIE

08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure	30,20	31,95	15 %
--------------	--	-------	-------	------

AVIS : Inscire la durée du contrôle.

ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE À L'URGENCE

60702	Échographie diagnostique au département d'urgence (pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	26,05		
--------------	--	-------	--	--

NOTE : Le code 60702 peut être facturé deux fois par patient, par médecin, par jour.

EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC

08387	Administration intraveineuse de substance de contraste, supplément	16,95		
--------------	--	-------	--	--

NOTE : Le code 08387 peut être facturé une fois, par patient, par séance.

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

DOPPLER ARTÉRIEL CERVICO-ENCÉPHALIQUE (INCLUANT L'EXAMEN DOPPLER TRANSCRÂNIEN COMPLET, LE CAS ÉCHÉANT)

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	87,30	33,50	15 %
--------------	--	-------	-------	------

NOTE : Le code 08388 ne peut être facturé avec le code 08330.

Examen limité

08389	Examen partiel du polygone de Willis (étude d'un seul vaisseau pour suivi d'un vasospasme)	29,05		
--------------	--	-------	--	--

NOTE : Maximum de deux fois par jour, par patient.

08425	Monitoring de condition(s) vasculaire(s) cérébrale(s) aigue(s) ou subaigue(s) incluant l'enregistrement graphique de routine du segment carotidien submandibulaire, des artères ophtalmiques, du siphon carotidien, des artères cérébrales moyennes, des artères cérébrales antérieures, des artères vertébrales et de l'artère basilaire	104,90		
--------------	---	--------	--	--

DOPPLER CONTINU ARTÉRIEL PÉRIPHÉRIQUE

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	32,30	32,05	15 %
--------------	---	-------	-------	------

de vitesse

08353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	22,65	15,85	15 %
08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	41,00		
	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	16,50	31,95	15 %
08356	avec test de provocation au froid, supplément	34,35	32,05	15 %

DOPPLER ARTÉRIEL (DUPLEX) DES MEMBRES

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	82,85	31,95	15 %
--------------	---	-------	-------	------

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	82,85	31,95	15 %
--------------	---	-------	-------	------

ÉTUDE DES VEINES SUPERFICIELLES ET PROFONDES DES MEMBRES PAR ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE ET DOPPLER

(recherche de phlébothrombose / thrombophlébite profonde et superficielle)

Membres supérieurs

Étude complète d'un membre depuis l'axe sous-clavier jusqu'au poignet incluant les veines sous-clavière, axillaire, céphalique, basilique et brachiale. Cela comprend la visualisation directe (mode B) avec, le cas échéant, la compression et l'évaluation du flux par l'utilisation du

Doppler (pulsé ou couleur ou puissance au besoin) et les enregistrements nécessaires. Les tissus mous sont exclus.

08426	étude unilatérale	71,95	31,95	15 %
08427	étude bilatérale	116,45	37,90	15 %

NOTE : Le service médical codé 08427 peut être facturé seulement sur indication médicale. L'examen du membre contralatéral pour fins de comparaison est non facturable.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Indication médicale particulière**.

Ne pas fournir les indications médicales, mais les conserver au dossier aux fins de références.

Membres inférieurs

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	71,95	31,95	15 %
08393	étude bilatérale	116,45	37,90	15 %

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 : *Ne pas fournir les indications médicales, mais les conserver au dossier aux fins de référence.*

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	42,65	23,95	15 %
--------------	--	-------	-------	------

NOTE : L'étude du flux au Doppler pulsé comprend l'évaluation de la spontanéité et de la modulation respiratoire.

EXAMEN DOPPLER POUR PROBLÈME VASCULAIRE LOCALISÉ

08358	Analyse de fréquence	10,50	12,60	15 %
08359	Prise de pression	10,90	12,65	15 %
08360	Analyse de fréquence avec Echo-B (Duplex)	28,70	12,60	15 %
08395	Étude de fistule artério-veineuse (shunt pour hémodialyse)	87,30	31,95	15 %
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	58,15	31,95	15 %

DOPPLER PORTAL

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	133,85	39,45	15 %
--------------	---	--------	-------	------

NOTE : Le code 08397 ne peut être facturé avec les codes 08325 ou 08326, le même jour.

DOPPLER DE LA CIRCULATION ABDOMINALE

08398	Étude échographique abdominale 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) et/ou de l'aorte	87,30	39,45	15 %
--------------	--	-------	-------	------

NOTE : Le code 08398 ne peut être facturé avec les codes 08325 ou 08326, le même jour.

DOPPLER PÉNIEN AVEC INJECTION D'UN PRODUIT VASO-ACTIF

08363	Doppler pénien pour documentation de dysfonction érectile. Étude de la réponse des vitesses systoliques maximales artérielles caverneuses bilatérales lors d'une érection	52,80		
--------------	---	-------	--	--

DOPPLER RÉNAL

08399	Doppler rénal uni ou bilatéral incluant l'échographie abdominale complète ou partielle	87,30	39,45	15 %
--------------	--	-------	-------	------

NOTE : Aucun autre code d'interprétation Doppler ne peut être facturé à la même séance pour le même patient.

L - ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE**ADDENDUM 11.**

1.1 Cet addendum prévoit la tarification des épreuves de fonction respiratoire.

Il s'applique au pneumologue ainsi qu'au médecin interniste, rhumatologue ou allergologue qui, au 31 mai 1987, justifiait de privilèges de pratique hospitalière pour l'exécution d'épreuves de fonction respiratoire.

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

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

AVIS : *Toutes les épreuves de fonction respiratoire doivent être facturées avec la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.*

L'identité de la personne assurée est obligatoire.

R = 1

ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE**Épreuves de routine :**

08479	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés	66,50
--------------	---	-------

AVIS : *Le tarif du code de facturation **08479** est diminué à 63,18 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.*

Diffusion :

08455	capacité de diffusion, au repos	10,05
--------------	---------------------------------	-------

NOTE : Le service médical codé 08455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08455** est diminué à 9,55 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Échanges gazeux :

08459 évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins 36,95

AVIS : Le tarif du code de facturation **08459** est diminué à 35,10 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08460 évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins 52,80

AVIS : Le tarif du code de facturation **08460** est diminué à 50,16 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Test de provocation bronchique :

08498 test de provocation bronchique par hyperventilation isocapnique incluant la mesure des débits expiratoires forcés avant et après l'épreuve 42,20

AVIS : Le tarif du code de facturation **08498** est diminué à 40,09 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Épreuves d'effort respiratoire :

stades de Jones

08463 stade 1 105,55

Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO₂ et d'oxygène

AVIS : Le tarif du code de facturation **08463** est diminué à 100,27 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08464 stade 2 ou 3

Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO₂ et d'oxygène expirés, pCO₂ de fin d'expiration, pCO₂ du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène 126,65

De plus, pour le stade 3, les résultats suivants doivent également être obtenus : pO₂, pCO₂ et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08464** est diminué à 120,32 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

NOTE : Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1.

NOTE : Le code 00125 ne peut être facturé avec les codes 08463 et 08464.

08499 Test de marche de 6 minutes, à l'air libre ou avec oxygène incluant la mesure continue de la saturation digitale en oxygène et de la fréquence cardiaque, la mesure de la distance maximale parcourue et la mesure subjective de la dyspnée d'effort et de l'endurance à la marche, par patient 15,85

Maximum de 2 par jour, par patient

AVIS : Le tarif du code de facturation **08499** est diminué à 15,06 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08487 Test d'endurance à l'exercice 105,55

Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge constante correspondant de 75 à 80 % du travail maximal :

fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, saturation en oxygène, temps d'endurance et mesure subjective de la dyspnée et de la fatigue des quadriceps

AVIS : Le tarif du code de facturation **08487** est diminué à 100,27 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08488 Test de provocation bronchique à l'exercice 105,55

Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge suffisante pour maintenir la ventilation minute entre 40 et 60 % de la ventilation minute maximale :

fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et débit expiratoire forcé avant et après l'exercice

AVIS : Le tarif du code de facturation **08488** est diminué à 100,27 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Autres épreuves :

08467 Mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans 42,20

AVIS : Le tarif du code de facturation **08467** est diminué à 40,09 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08476 Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans (« Squeeze test ») incluant la surveillance 126,65

AVIS : Le tarif du code de facturation **08476** est diminué à 120,32 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08477 avec bronchodilatateur, supplément 10,55

AVIS : Le tarif du code de facturation **08477** est diminué à 10,02 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08478 avec provocation bronchique, supplément 42,20

AVIS : Le tarif du code de facturation **08478** est diminué à 40,09 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08486 Mesure de la cellularité bronchique par la méthode de l'expectoration induite
Maximum de 1 par jour, par patient 42,20

NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08486** est diminué à 40,09 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08469 Épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments) 63,35

AVIS : Le tarif du code de facturation **08469** est diminué à 60,18 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08493 Mise en situation d'hypoxie contrôlée incluant la ponction artérielle et la supervision du patient 79,15

NOTE : S'applique au patient présentant une pathologie pulmonaire obstructive ou restrictive, d'intensité modérée à sévère ou préalablement oxygéo-dépendant.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08493** est diminué à 75,19 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08489 Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne

Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :

mesure continue de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque durant une nuit complète.

L'interprétation doit inclure l'analyse qualitative du pattern oxymétrique, la fréquence des désaturations et le pourcentage du temps passé à chaque tranche de saturation 26,40

AVIS : Le tarif du code de facturation **08489** est diminué à 25,08 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08472 Étude (polygraphie) cardiorespiratoire du sommeil

Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures

L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient 105,55

NOTE : Pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08472** est diminué à 100,27 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil

Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électroencéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO₂ transcutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.

Les interventions telles que l'installation du C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant.

NOTE : Chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électro-encéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.

08473 pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient 100,55

AVIS : Le tarif du code de facturation **08473** est diminué à 95,52 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08474 pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient 158,35

AVIS : Le tarif du code de facturation **08474** est diminué à 150,43 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08475 pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient 158,35

NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08475** est diminué à 150,43 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08483 montage EEG complet incluant minimum de 16 électrodes, avec enregistrement vidéo-EEG simultanés, interprétation (pour médecin spécialiste en électroencéphalographie) 63,35

seulement), supplément

AVIS : Le tarif du code de facturation **08483** est diminué à 60,18 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08495 pose d'électrodes EMG additionnelles en regard de l'avant-bras (fléchisseurs et extenseurs communs superficiels des doigts), interprétation (pour médecin spécialiste en électroencéphalographie seulement), supplément 31,65

AVIS : Le tarif du code de facturation **08495** est diminué à 30,07 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08452 monitoring électroencéphalographique, électromyogramme des membres inférieurs et analyse des données subjectives recueillies du patient durant une heure complète d'enregistrement lors d'un test d'immobilisation des membres inférieurs pour le syndrome des jambes sans repos (pour médecin spécialiste en électroencéphalographie seulement), supplément 42,20

AVIS : Le tarif du code de facturation **08452** est diminué à 40,09 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08494 Test de vigilance d'OSLER

Évaluation de la vigilance via rétroaction monitorée par informatique au cours d'une à quatre séances, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient 31,65

NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08494** est diminué à 30,07 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08490 Mesures sériées de la latence d'endormissement 95,00

Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :

le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 20 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient.

NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08490** est diminué à 90,25 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

08491 Test de maintien d'éveil 95,00

Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :

le monitoring électroencéphalographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient.

NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.

AVIS : Le tarif du code de facturation **08491** est diminué à 90,25 \$ à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

M - GÉNÉTIQUE MÉDICALE

ADDENDUM 12.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

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

RÈGLE 1.

TARIFICATION

1.1 L'honoraire du test diagnostique comporte, outre l'interprétation du test, la rédaction d'un rapport.

1.2 Les services de laboratoire de génétique reliés à un programme universel de dépistage d'une population ne sont pas inclus dans le présent tarif.

1.3 Les honoraires des services de laboratoire génétique sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, remplir la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.
L'identification de la personne assurée est essentielle.

RÈGLE 2.

ÉTUDES MULTIPLES SUR UN MÊME ÉCHANTILLON

2.1 L'honoraire d'hybridation in situ sur chromosomes interphasiques ou métaphasiques couvre l'ensemble des hybridations utilisant une ou plusieurs sondes faites à partir d'un même échantillon biologique et nécessaires pour définir la présence ou l'absence d'une ou plusieurs anomalies chromosomiques chez un individu donné.

2.2 Les honoraires prévus sous la rubrique enzymologie couvrent l'ensemble des dosages enzymatiques dans un même sentier

métabolique, sur des spécimens biologiques provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie métabolique chez un individu donné.

2.3 Les honoraires prévus sous la rubrique génétique moléculaire couvrent l'ensemble des analyses utilisant la même technique mais examinant des régions différentes d'un même gène à partir de l'ADN provenant d'un même échantillon, requis pour évaluer la présence ou l'absence d'une anomalie d'un gène chez un individu donné.

R = 1

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire de génétique médicale, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes. L'identification de la personne assurée est essentielle.

Cytogénétique

09601	Caryotype pour maladies constitutionnelles	102,80
09602	si effectué à haute résolution (>= à 550 bandes), supplément	31,75
09603	Caryotype pour maladies acquises	173,95
09606	Décompte des cassures chromosomiques	158,35
09607	Étude chromosomique par hybridation in situ sur noyaux interphasiques avec une ou plusieurs sondes	71,15
09608	Étude chromosomique par hybridation in situ sur chromosomes métaphasiques avec une ou plusieurs sondes	126,55
	<u>AVIS</u> : Lorsque les codes de facturation 09607 et 09608 sont facturés pour une grossesse multiple, indiquer l'élément de contexte Site différent.	
09609	Étude des échanges entre chromatides soeurs	158,35
09660	Hybridation génomique comparative (chromosomique ou sur micropuce)	237,30

Génétique biochimique

Enzymologie

AVIS : Voir l'article 2.2 de l'Addendum 12 - Génétique médicale.

09612	Biotinidase	118,55
09613	Carnitine acétyltransférase	118,55
09614	Disaccharidases	316,45
09615	Enzymes de la chaîne respiratoire et du carrefour du pyruvate	474,75

09616	Enzymes du cycle de l'urée	316,45
09617	Enzymes lysosomaux	316,45
09618	Enzymes du transport intramitochondrial de la carnitine	316,45
09619	Études biochimiques avec cellules intactes pour évaluation d'un sentier métabolique	474,75

NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man »), le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.

AVIS : Pour le code de facturation **09619**, inscrire le code OMIM.

09620	Fumarylacétoacétate hydrolase	118,55
09621	Galactose-1-PO4 uridyl transférase	118,55
09671	Études biochimiques des complexes mitochondriaux à l'état natif non dénaturés	89,70
09672	Étude de la production d'ATP	30,60
09623	Autres enzymes	118,55

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») sur sa demande de paiement.

AVIS : Pour le code de facturation **09623**, inscrire le code OMIM.

Métabolites

09626	7-Dehydrocholestérol	19,75
09627	Acide hippurique	19,75
09628	Acide homogentisique (quantitatif)	19,75
09629	Acide méthylmalonique (quantitatif)	19,75
09630	Acide orotique (quantitatif)	19,75
09631	Acide phytanique (quantitatif)	19,75
09632	Acide pipécolique (qualitatif)	19,75
09633	Acide sialique	19,75
09634	Acides aminés (quantitatif)	118,55
09635	Acides gras à très longues chaînes	39,50
09636	Acides gras libres	39,50
09637	Acides organiques (quantitatif)	118,55
09638	Acylcarnitines	118,55
09639	Carnitine libre et estérifiée	39,50

09640	Corps cétoniques - acétoacétate et B-OH-butyrate	39,50
09641	Galactose-1-PO4	19,75
09642	Homocystéine totale	8,00
09643	Mucopolysaccharides (qualitatif)	39,50
09644	Mucopolysaccharides (quantitatif)	39,50
09645	Oligosaccharides (qualitatif)	79,15
09646	Purines et pyrimidines	39,50
09647	Sphingolipides (qualitatif)	39,50
09648	Succinylacétone (quantitatif)	19,75
09649	Autres métabolites	8,00
09661	Créatine et guanidinoacétate	39,50
09662	Globotriaosylcéramide (Gb3)	19,75
09673	Profil des neurotransmetteurs	67,55

Génétique moléculaire :

NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement, sauf pour les codes 09670, 09677, 09678, 09679, 09680, 09681 et 09682.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Même type d'étude moléculaire pratiquée sur un foetus ou dans un contexte de diagnostic prénatal le même jour, chez la même patiente, s'il y a lieu.**

AVIS : *Voir l'article 2.3 de l'Addendum 12 - Génétique médicale.*
Pour les codes de facturation ci-dessous, inscrire le code OMIM.

09663	Étude moléculaire d'un ou 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	31,75
09664	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	63,35
09665	Étude moléculaire d'un ou de plusieurs segments d'un même gène pour détermination du nombre de copies de l'ADN	348,20
09666	Étude moléculaire pour quantifier l'ARN d'un gène humain	348,20
	Étude moléculaire pour recherche de mutation(s) par séquençage conventionnel de segment(s) de gènes	
09667	1 segment	31,65

09674	2 à 4 segments	63,35
09675	5 à 20 segments	126,65
09676	plus de 20 segments	158,35
09668	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	95,00
09658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	126,55
09659	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragments différents de la protéine codée par le gène étudié	348,20
09669	Étude du profil de méthylation d'un segment du génome	173,95
09670	Étude moléculaire d'une ou plusieurs séquences microsatellites ou l'étude de l'instabilité des microsatellites	95,00
	Étude moléculaire par séquençage de nouvelle génération d'un groupe de gènes incluant la validation	
09677	de 3 à 20 gènes	263,90
09678	de 21 à 200 gènes	385,25
09679	plus de 200 gènes	580,55
	NOTE : Les actes codés 09677, 09678 et 09679 sont exigibles une fois par patient, par année civile.	
	Interprétation et émission d'un rapport pour des données de séquençage de nouvelle génération déjà produites chez un même patient	
09680	de 3 à 20 gènes	263,90
09681	de 21 à 200 gènes	385,25
09682	plus de 200 gènes	580,55