



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

**MISE À JOUR 40
JANVIER 2005**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 37 EN VIGUEUR LE 1^{er} JANVIER 2005 et modifications d'ordre administratif

- Onglet RÈGLES D'APPLICATION

. Modification du 3^e paragraphe de l'article 3.2.3 de la section 3. PLAFONNEMENT DE GAINS DE PRATIQUE en enlevant « à l'exception du médecin spécialiste classé en médecine nucléaire... »

Page : [17](#)

- Onglet F - MÉDECINE NUCLÉAIRE

. Article 1.3 abrogé et renumérotation des articles 1.4 et 1.5 par 1.3 et 1.4.

Page : [F-1](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- Onglet INTRODUCTION

. Modification administrative à la section SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Page : [2](#)

- Onglet RÉMUNÉRATION À L'ACTE

. Modification des données dans l'exemple de demande de paiement

Page : [4](#)

. Modification à l'article 2.2.4. Tarif régulier changé pour tarif de base.

Page : [7](#)

. Retrait de la description du modificateur 077 dans la section Médecine nucléaire ainsi que dans le tableau des modificateurs multiples

Pages : [15](#) et [18](#)

- Onglet MESSAGES EXPLICATIFS

- . Ajout de nouveaux messages explicatifs

Pages : [12](#), [14](#), [15](#) et [19](#)

- Onglet C - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

- . Retrait du 2^e paragraphe de l'AVIS sous le titre ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES

Page : [C-1](#)

- Onglet K - ULTRASONOGRAPHIE

- . Modification à l'AVIS sous le code d'acte 8343

Page : [K-8](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 103 / 2005-01-28.

LÉGENDE

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

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-12537-5

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

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

Le manuel est conçu de façon à favoriser son utilisation; il comporte une table des matières et des sections identifiées par des onglets. Pour faciliter la consultation, les dispositions tarifaires ont été placées après le guide de rédaction de la demande de paiement. Elles comportent les addenda, la nomenclature des actes et leur tarif, ainsi que **des renseignements d'ordre administratif** précédés du mot **AVIS**.

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

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

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

Outre ce manuel, la Régie remet à chaque médecin spécialiste intéressé, le matériel nécessaire en fonction de son mode de facturation.

Enfin, la Régie offre un service d'assistance aux professionnels où des préposés aux renseignements les informent sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives liées aux régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

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

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-12537-5

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle **Publications**

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique Internet :

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

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

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

Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :

- Québec : (418) 643-8210
- Montréal : (514) 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : (418) 646-9251
- Montréal : (514) 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'information aux professionnels
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ 37 / XXXX 2003 / 99

- MAJ** = mise à jour.
37 = numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier.
XXXX 2003 = mois de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
99 = ces deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
- le **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout d'un « **AVIS** », correction d'une erreur de transcription d'un document officiel, nouvelle présentation, etc.);
 - le **00** signifie qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret ou règlement;
 - le **37** indique que des modifications ont été apportées en fonction de **la Modification n° 37** relative à l'Accord-cadre.
 - Si, sur la même page, les changements proviennent de plus d'une modification, le **00** est utilisé.
 - Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un document officiel et d'une directive administrative, le **numéro** du document officiel est utilisé.

Remarque : Conserver la page sommaire de la mise à jour pour s'y reporter ultérieurement.

2.1 DEMANDE DE PAIEMENT - ASSURANCE HOSPITALISATION
DESCRIPTION DU FORMULAIRE (*Formulaire n° 1606*)

La demande de paiement comporte 5 sections :

1. Période de dispensation des services;
2. Identité du médecin ayant fourni les services assurés;
3. Désignation de l'établissement où les services assurés ont été fournis;
4. Facturation des actes et considération spéciale;
5. Signature du médecin et du signataire autorisé pour l'établissement.

Remarque : Le numéro de référence figurant à gauche de la partie supérieure de la demande de paiement doit être inscrit dans toute correspondance pertinente.

2.2.4 Section 4

Facturation des actes et considération spéciale.

- Facturation des actes

Tous les actes pour lesquels le médecin demande des honoraires doivent être inscrits dans cette section.

Il ne faut pas inscrire plus de 20 codes d'acte par demande de paiement. Pour chaque acte, il faut donner les renseignements suivants :

- le code de l'acte (4 ou 5 chiffres) correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- le modificateur (3 chiffres) ; la liste des modificateurs figure à l'annexe I de cet onglet;

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

- le nombre de fois que le même code d'acte est facturé;
 - le tarif correspondant au code d'acte (à 100 % du tarif);
- # - le montant demandé compte tenu des renseignements fournis dans les colonnes précédentes. Ce montant doit correspondre soit au tarif de base prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération majorée, selon le cas.

TOTAL : donner, à cet endroit, le total du nombre d'actes et le montant total des honoraires.

- Considération spéciale

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

- Facturation d'un service médical non tarifé :

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

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

- Facturation d'un acte de radiologie ou d'électrocardiographie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :

- inscrire la lettre «A» dans la case CS;
- les honoraires demandés selon le taux applicable dans le territoire **où l'interprétation a été faite;**
- le numéro d'établissement ou de la localité **où l'interprétation a été effectuée;**
- indiquer le lieu **où la technique a été faite** dans un document complémentaire joint ou sur une ligne du formulaire n° 1606.

Pour les cas de refacturation (lettre « B »), se référer à la section 5.4 sous l'onglet « Paiement - Messages explicatifs ».

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

ANNEXE I
LISTE DES MODIFICATEURS

RÈGLE D'APPLICATION NO 19

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

Nouvelle visite principale d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque . . . **MOD=048**

Lorsque le code d'acte 0176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service
ou
lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 8303, 8311 ou 8341 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services. . . **MOD=041**

RÈGLE D'APPLICATION NO 21

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

RÈGLE D'APPLICATION NO 22

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

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins d'urgence rendus le soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration du 1/3) **MOD=018**
en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) **MOD=147**

Pour les soins d'urgence rendus la nuit, de minuit à 7 h (majoration de 50 %) **MOD=017**
en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) **MOD=148**

Pour les soins d'urgence rendus le week-end, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à minuit (majoration du 1/3) **MOD=019**
en Médecine nucléaire (majoration de 100 %) **MOD=149**

MÉDECINE NUCLÉAIRE

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 7
Lorsque les examens sont pratiqués chez un enfant de 8 ans ou moins, le taux est majoré de 25 % **MOD=078**

RÈGLE 1.5 DE L'ADDENDUM 7
Lorsque le médecin nucléiste est demandé en consultation au sujet de l'interprétation d'une épreuve complexe, le taux est établi au 2/3 du tarif. . . **MOD=079**

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Utilisation pour étude non comparative d'un membre (aucune modification du taux) **MOD=074**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en établissement (aucune modification du taux) **MOD=021**

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni, en cabinet privé. **MOD=008**

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5
Présence d'informations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée **MOD=009**

ANGIORADIOLOGIE (technique)
Services médicaux rémunérés à 150% du tarif prévu lorsqu'effectués chez un patient de moins de 5 ans **MOD=066**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax. **MOD=071**

ULTRASONOGRAPHIE

RÈGLE 3 DE L'ADDENDUM 8 - ANNEXE 5 ET TARIF
Présence d'information dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée **MOD=009**

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8
L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16 semaines est payée à demi-tarif si elle est effectuée le même jour qu'une échographie abdominale supérieure **MOD=051**

Lorsque les modificateurs 009 et 051 s'appliquent, utiliser. **MOD=038**

ANNEXE 15

Rémunération à 20% des honoraires à l'acte pour les services médicaux dispensés entre 7 heures et 19 heures en semaine dans un centre hospitalier d'une région désignée, dans certaines spécialités **MOD=042**

ANNEXE 38

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

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

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

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

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

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

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

AUTRES SITUATIONS

Sites anatomiques différents **MOD=093**

Séances différentes **MOD=094**

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

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

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

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019-094)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : 085) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 1,3333)
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
009 - 051	038	0,5000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
017 - 094	089	1,5000
018 - 094	083	1,3333
019 - 051	208	0,6666
019 - 094	085	1,3333
021 - 118	263	à calculer
021 - 119	264	1,0000
021 - 124	265	à calculer
042 - 094	206	0,2000
074 - 118	257	à calculer
074 - 119	258	1,0000
074 - 109	259	1,3333
074 - 110	260	1,5000
074 - 111	261	1,3333
074 - 124	262	à calculer
093 - 094	095	1,0000
094 - 109	242	à calculer
094 - 110	243	à calculer
094 - 111	244	à calculer
Autres combinaisons	099	à calculer

MESSAGES EXPLICATIFS**5.6.3 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS**

- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif (groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 214** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro de groupe qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions (ref. : Lettre d'entente #49). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés par la Lettre d'entente #49. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en anesthésie (réf. : Addendum 8 - Ultrasonographie et Protocole II, annexe 5, tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem selon les conditions établies aux articles 1.2 et 1.3 de l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure no 1), peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 224** La rémunération relative à votre participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire ne peut être versée que sur une base forfaitaire (voir la Lettre d'entente #110, Brochure no 1).
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.

- 245** Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des professionnels.
- 250** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas identifié sur la demande de paiement.
Voir la section 3 : ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas à nos fichiers.
Voir la section 3 : Médecin ayant requis des services d'un autre professionnel, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » du manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie.
- 252** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte (quote-part) si vous n'êtes pas classé en microbiologie-infectiologie ou en biochimie médicale et si vous n'êtes pas désigné par les parties négociantes.
- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible, à la date de l'acte.
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- # **281** Le modificateur utilisé est réservé au programme de compensation adopté pour l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et le Pavillon Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska (Lettre d'entente n° 151, Brochure n° 1).
- # **282** Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 313** Le délai de facturation ou le délai de prescription prévus à la Loi sur l'assurance maladie est expiré.
- 314** L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou,
 - date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.

- 322** Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.
- 323** Les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent vous être payés car la période de facturation chevauche la période de désignation dans cet établissement (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 324** À la date de facturation pour cet établissement, nous n'avons pas reçu l'avis d'autorisation de paiement des parties négociantes (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 328** La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération. Les honoraires sont payés selon le taux applicable à la date de début de la période de facturation. Veuillez vérifier et présenter une demande de révision en séparant la période en deux demandes de paiement distinctes, s'il y a lieu.
- 329** Votre période de facturation couvre deux périodes d'assignation distinctes pour lesquelles la charge professionnelle est différente. Veuillez utiliser deux demandes de paiement pour votre facturation.
- 330** La période de facturation chevauche un changement du taux de rémunération. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 331** La période de facturation chevauche un changement d'entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation.
- 339** En raison de la Règle d'application n° 6, ces services ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence.
- 340** La période de facturation inscrite sur la demande de paiement est absente ou non acceptable.
- 341** La période de facturation ne doit pas excéder quatre semaines.
Voir la section 2.2.1 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».
- 342** La période de facturation ne doit pas excéder vingt-huit (28) jours.
Voir la section 3.2.1 sous l'onglet « Rémunération à l'unité - Rédaction de la demande de paiement ».
- 343** La période de facturation chevauche deux années. Refacturer selon les indications fournies à l'avis administratif figurant à la suite du calendrier des périodes de facturation, à la fin de l'onglet « Rémunération à l'unité - Sommaire des examens effectués ».
- 344** Le maximum admissible ne peut être calculé lorsque la période de facturation chevauche deux années. Refacturer en séparant les périodes de facturation pour l'année en cours et pour l'année précédente.
- 345** La période de facturation chevauche un nouvel amendement ou une nouvelle entente. Refacturer en séparant les périodes de facturation avant et après la date de l'amendement ou de l'entente.
- 346** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 347** Cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel (ref. : règle 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 348** Cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence (règle 15.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique, Tarif de la médecine en laboratoire).

- 351** Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez.
- 352** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en hématologie dans l'établissement, à la date où les services ont été rendus.
- 353** Les données inscrites sur la ligne ou sur la demande de paiement ne sont pas conformes au guide de facturation.
- 360** Le code d'acte est absent ou inexistant.
- 362** L'acte effectué doit être réclamé par l'entremise du code indiqué en référence.
- 364** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la période de facturation.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des soins.
- 367** Vous ne pouvez réclamer ce code d'acte dans le cadre de cette discipline.
- 368** Cet acte n'est payable que sous les codes d'acte existant en assurance maladie (entente F.M.S.Q.).
- 370** Ce code d'acte n'est payable qu'au médecin pathologiste désigné dans un établissement par les parties négociantes.
- 378** Conformément aux dispositions relatives à la rémunération progressive.
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 392** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16.
- 393** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 16, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 395** Les services ont été fournis avant l'entrée en vigueur de l'entente ou de l'amendement pertinent.
- 396** Conformément au tarif prévu par amendement pour cet acte récemment négocié.
- 399** Le service pour lequel vous demandez paiement est non tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour ce service conformément aux directives figurant dans votre manuel à la section 2.2.4 sous l'onglet « Rémunération à l'acte - Rédaction de la demande de paiement ».
- 401** L'acte pour lequel vous demandez paiement est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 405** Ce service constitue un service non assuré dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- # **406** Vous devez obligatoirement joindre l'original des pièces justificatives. Veuillez nous faire parvenir ces dernières en remplacement des photocopies.
- # **410** Veuillez spécifier les déplacements effectués en taxi et identifier les reçus correspondants. Les frais sont payables pour les déplacements reliés au travail uniquement. Les points de départ et d'arrivée doivent être indiqués.
- # **411** Le temps d'attente pour cause d'intempérie ou autres raisons incontrôlables est limité à neuf (9) heures par jour incluant le temps de déplacement. Votre demande a été rectifiée en conséquence.

- 415** Les services pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe (NCE) en référence.
- # **417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- # **419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature originale.
- # **420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- # **426** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- # **427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- # **428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- # **429** La compensation du temps d'attente relié au transport aérien est limitée à une heure.
- # **433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- # **434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- # **435** Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- # **436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description) l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- # **444** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 448** Conformément au maximum quotidien ou au maximum annuel des quotes-parts prévus à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la microbiologie-infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour cette quote-part dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- # **475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- # **479** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- # **487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire no 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 491** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 567** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte ne s'applique pas.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 575** Selon les renseignements fournis, honoraires modifiés suite à l'application de plus d'un modificateur.
- 576** Seuls les médecins autorisés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 577** Conformément à la règle 14 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes* ou de la règle 4.1 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- 580** Conformément à la Lettre d'entente 109 (Brochure n° 1), le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 581** Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à l'Annexe 38 (Brochure n° 5).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 584** Le modificateur 008 (révision d'un document radiologique) s'applique en cabinet privé seulement.
- 590** Honoraires équivalant aux unités professionnelles excédentaires accumulées à votre crédit au cours de l'année ou au cours de la période de facturation. (Demande de paiement initiée par la Régie).
- 591** Seul le modificateur le plus élevé a été payé (ref. : Article 3 de l'Addendum 7 - Médecine nucléaire).
- 592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé n'est pas indiqué sur la demande de paiement.
- 593** Aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire (ref. : Article 3 de l'Addendum 7 - Médecine nucléaire).
- 599** Veuillez vous conformer à l'**AVIS** relatif à l'acte facturé.
- 600** Conformément au maximum d'unités professionnelles fixé à l'entente. Le code des unités effectuées est versé à votre crédit.
- 601** Les unités facturées sur votre demande de paiement sont accumulées à votre crédit. Conformément à l'entente, les unités permises pour cette période ont été payées sur une demande de paiement antérieure.

- 602** La Régie a déjà procédé à trois (3) paiements sans que vous lui ayez soumis une demande à cette fin. Aucun nouvel honoraire ne vous sera versé tant que vous ne lui aurez pas présenté la demande de paiement requise.
Veuillez aviser si vous avez quitté le centre hospitalier concerné.
- 605** Les unités excédentaires sont payées pour la période.
- 606** La Régie a procédé à un deuxième versement consécutif sans que vous lui ayez soumis une demande de paiement à cette fin. Vous devez facturer les deux périodes payées. Si un troisième versement était effectué, celui-ci serait le dernier sans qu'il y ait eu facturation.
- 607** La Régie vous a versé des honoraires sans que vous lui ayez soumis une demande de paiement à cette fin. Vous devez facturer la période payée.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires demandés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Faute de renseignements requis, les honoraires demandés à la ligne indiquée par le numéro de séquence ne peuvent être appréciés.
- 613** En fonction des renseignements fournis, les honoraires ont été ajustés compte tenu que le forfait de l'urgence est un honoraire global (ref. : règle 4.3 du Préambule général).
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est indiqué sur la demande de paiement.
- 616** Vous n'avez droit qu'au quart des honoraires prévus pour les examens dont le plafond d'activités est dépassé (ref. : Plafonnement PA 7 - Médecine nucléaire).
- 617** Vous ne pouvez recevoir paiement, étant lié à cet établissement par un contrat particulier (ref. : Article 2 de l'Addendum 6 - Hématologie).
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est dépassé (ref. : Lettre d'entente 9 - Brochure n° 1).
- 620** Vous avez droit au quart des honoraires prévus pour les examens de laboratoire effectués dans une discipline autre que celle de votre classement (ref. : règle 1 du préambule général - Tarif de la médecine en laboratoire).
- 623** Le forfait de la biochimie vous est payé en fonction de la durée de la période de facturation.
- 624** Honoraires modifiés en fonction de la modulation de disponibilité relative (ref. : Article 2.4 de l'Addendum 5 - Microbiologie).
- 625** Conformément aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626** Seuls les examens pour lesquels vous justifiez d'une formation de pointe peuvent vous être payés (ref. : règle 1.3 du préambule général - Tarif de médecine en laboratoire).
- 627** Vous ne pouvez recevoir paiement lorsque le maximum d'honoraires découlant de votre pratique d'appoint est atteint (ref. : Lettre d'entente 14 - Brochure n° 1). (Épreuves in-vivo, Médecine nucléaire).

- 630** L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.
OU
En fonction du maximum permis (ref. : Règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 631** En fonction du maximum permis et déjà payé à un autre professionnel (ref. : Règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, Tarif de la médecine en laboratoire).
- 636** Vous n'avez droit qu'aux trois quarts des honoraires prévus pour la pratique de médecine en laboratoire (ref. : Lettre d'entente #45 - Brochure no 1).
- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Ref. : article 3.1 de l'Addendum 6 -Hématologie).
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 (Brochure no 5).
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante, et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 686** Seuls les vingt premiers codes d'acte ont été évalués.
- 687** Les honoraires facturés ont été acceptés en fonction des renseignements ou des pièces justificatives fournis.
- 690** Rectification d'un paiement. Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'un amendement ou d'une modification négocié.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702** Les honoraires ont été annulés en raison de l'absence des pièces justificatives requises.
- 703** Le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » (#1988) n'a pas été rempli.

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

- 800** Le code d'établissement est absent, illisible, incomplet, erroné ou inexistant à la date des services.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte réclamé et le code d'établissement.
- 805** Code d'établissement inexistant durant la période indiquée sur la demande de paiement.
- 811** Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.
- 812** Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 813** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 814** Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.
- 815** Pour les médecins autres que physiatre, les traitements de réadaptation physique sont payables seulement lorsqu'ils sont effectués en clinique médicale agréée.
- 820** Les services, rendus dans le type d'établissement indiqué, ne peuvent être payés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier (Addendum 4 - Radiologie) et en centre local de services communautaires (Lettre d'entente A-33 - Brochure no 1).
- 825** Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 841** Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'Annexe 15, et aux Lettres d'entente A-35, 75, 96, 98, 106 ou 123 (Brochure no 1).
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur ne peuvent être payés (ref. : Annexe 38, Brochure no 5).
- 900** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement mutilée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** La copie du médecin ou celle de l'établissement a été envoyée à la Régie à la place de l'exemplaire destiné à la Régie.
- 906** Données incomplètes ou illisibles.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Une demande de révision ou d'explication doit être rédigée sur le formulaire approprié #1549.

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

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

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

Spécialité	Montant
Santé communautaire	137 000 \$
Biochimie	149 000 \$
Psychiatrie	188 000 \$
Neurologie	222 000 \$

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 152 000 \$ 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 125 000 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 255 000 \$ par année civile.

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

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

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

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

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

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 147 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.5 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 89 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 6 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 98 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.7 PG 7 Physiatrie

Pour le médecin classé en physiatrie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 122 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.8 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 89 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

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

C - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES**ADDENDUM 9.
ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES**

AVIS : *Un octroi de privilèges de pratique spécifique du centre hospitalier 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	1,19
30140	Électrocardiogramme à haute amplitude moyennée (signal averaging electrocardiogram)	2,00
30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicaordique	5,00
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)	1,60

F - MÉDECINE NUCLÉAIRE**ADDENDUM 7.****+ ARTICLE 1.**
EXAMENS IN VIVO

AVIS : Voir la Lettre d'entente n° 14 dans la Brochure N° 1 des médecins spécialistes, régime d'assurance maladie.

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. (MOD=078)

AVIS : Le modificateur 078 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.

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. (MOD=079)

AVIS : Le modificateur 079 doit être inscrit sur la même ligne que l'acte.

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 substance pharmacologique ayant pour effet de stimuler ou d'inhiber l'action d'un organe donne droit à un supplément de 30 \$ (**code 8713**), incluant la surveillance immédiate.

	Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
Échographie obstétricale, comportant entre autres une étude avec documentation permanente de la morphologie et des mensurations fœtales		
Moins de 16 semaines de grossesse		
8323 par voie transvésicale ou endovaginale	3,75	11,25
8324 par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (*).	4,60	13,90
8312 pour étude de grossesse multiple (*)	6,75	20,25
À partir de la 16 ^e semaine de grossesse		
8317 étude complète (**).	4,60	13,90
8318 étude complète de grossesse gémellaire (**).	6,75	20,25
8339 par fœtus additionnel, au-delà du deuxième.	3,50	10,25

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de fœtus additionnels dans la case UNITÉS.

Indiquer le nombre de fœtus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8319 À partir de la 28 ^e semaine de grossesse Étude par ultrasonographie Doppler de la circulation du cordon ombilical ou des artères utérines ou les deux, pour évaluation de retard de croissance.	1,30	3,90
--	------	------

AVIS : Voir la Règle d'application no 10.

8313 Consultation exceptionnelle, supplément.	70,00	
---	-------	--

AVIS : Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles.

Voir la règle 8 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.

ULTRASONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE

Écho A-œil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)		
8336 un œil.	2,00	5,00
8337 deux yeux.	3,50	9,50
8320 Écho B-œil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A.	7,00	20,75

AVIS : (*) Voir les règles 3.1 et 4.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.

(**) Voir la règle 3.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie, ainsi que la Règle d'application n° 10.

K - ULTRASONOGRAPHIE

SLE - Spécialistes

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE			
8325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 8326 (*).	4,75	14,25
8326	Complète (trois organes et plus) (*)	7,50	22,50
8344	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique et, le cas échéant, les biopsies et la cytologie.	150,00	
8345	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique et, le cas échéant, les biopsies et la cytologie.	150,00	
8327	Échographie prostatique transrectale (*)	10,00	30,00
8328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*)	10,00	30,00
	NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.		

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (pour la facturation des codes 8327 et 8328).*

ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE

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

8342	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 (**)	6,20	18,30
8343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément	4,00	11,80
#	AVIS : <i>Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.</i>		

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