



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

MISE À JOUR : 26

Décembre 2016

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 pages décalées

CHANGEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

- PAIEMENT - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages 155, 156, 206, 221, 719 et 726
- Modification des messages 411, 417, 428, 429, 444, 483 et 715

Pages : [10](#), [12](#) et [14](#)

G - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modification administrative

Page : [G-1](#)

REMARQUE : *Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre suivante :
007 / 2016-04-06*

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modification ou ajout de contenu administratif
 - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
 - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
 - T : Modification du tarif
 - S : Suppression de contenu administratif ou officiel
- *La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.*

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-52556-1

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



Calendrier de paiement (2017)



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

2017

JANVIER *20

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)			1	2	3	4
(6)	37	38	39	40	▼	42
5	6	7	8	9	10	11
(7)	44	●	46	47	48	49
12	13	14	15	16	17	18
(8)	51	52	53	54	▼	56
19	20	21	22	23	24	25
(9)	58	●				
26	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)			1	2	3	4
(10)	65	66	67	68	▼	70
5	6	7	8	9	10	11
(11)	72	●	74	75	76	77
12	13	14	15	16	17	18
(12)	79	80	81	82	▼	84
19	20	21	22	23	24	25
(13)	86	●	88	89	90	
26	27	28	29	30	31	

AVRIL *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						1
(14)	93	94	95	96	▼	98
2	3	4	5	6	7	8
(15)	100	●	102	103	104	105
9	10	11	12	13	14	15
(16)	107	108	109	110	▼	112
16	17	18	19	20	21	22
(17)	114	●	116	117	118	119
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	121	122	123	124	▼	126
1	2	3	4	5	6	
(19)	128	●	130	131	132	133
7	8	9	10	11	12	13
(20)	135	136	137	138	▼	140
14	15	16	17	18	19	20
(21)	142	●	144	145	146	147
21	22	23	24	25	26	27
(22)	149	150	151			
28	29	30	31			

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				1	2	3
(23)	156	●	158	159	160	161
4	5	6	7	8	9	10
(24)	163	164	165	166	▼	168
11	12	13	14	15	16	17
(25)	170	●	172	173	174	175
18	19	20	21	22	23	24
(26)	177	178	179	180	▼	
25	26	27	28	29	30	

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						1
(27)	184	●	186	187	188	189
2	3	4	5	6	7	8
(28)	191	192	193	194	▼	196
9	10	11	12	13	14	15
(29)	198	●	200	201	202	203
16	17	18	19	20	21	22
(30)	205	206	207	208	▼	210
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		1	2	3	4	5
(32)	219	220	221	222	▼	224
6	7	8	9	10	11	12
(33)	226	●	228	229	230	231
13	14	15	16	17	18	19
(34)	233	234	235	236	▼	238
20	21	22	23	24	25	26
(35)	240	●	242	243		
27	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)					1	2
(36)	247	248	249	250	▼	252
3	4	5	6	7	8	9
(37)	254	●	256	257	258	259
10	11	12	13	14	15	16
(38)	261	262	263	264	▼	266
17	18	19	20	21	22	23
(39)	268	●	270	271	272	273
24	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	276	277	278	▼	280
1	2	3	4	5	6	7
(41)	282	●	284	285	286	287
8	9	10	11	12	13	14
(42)	289	290	291	292	▼	294
15	16	17	18	19	20	21
(43)	296	●	298	299	300	301
22	23	24	25	26	27	28
(44)	303	304				
29	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)			1	2	3	4
(45)	310	●	312	313	314	315
5	6	7	8	9	10	11
(46)	317	318	319	320	▼	322
12	13	14	15	16	17	18
(47)	324	●	326	327	328	329
19	20	21	22	23	24	25
(48)	331	332	333	334		
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)					1	2
(49)	338	●	340	341	342	343
3	4	5	6	7	8	9
(50)	345	346	347	348	▼	350
10	11	12	13	14	15	16
(51)	352	●	354	355	356	357
17	18	19	20	21	22	23
(52)	359	360	361	362	▼	364
24	25	26	27	28	29	30
31						

7095 292 1508

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

3.8 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS

- # 155 Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- # 156 Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
- 200 Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201 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 de laboratoire en établissement. S'il y a lieu, refacturer les actes à partir de votre date d'admissibilité.
- 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 de laboratoire en établissement.
- 204 Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- # 206 Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif. Vous êtes limité à facturer à l'établissement où vous détenez ce permis.
- 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.
- 220 Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- # 221 Le suffixe du code d'installation ou d'établissement facturé a été modifié afin de correspondre au code inscrit dans nos fichiers.
- 222 Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers
- 240 Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 245 Demande de paiement non acheminée au paiement.
- 246 Le numéro du professionnel est absent, illisible, incomplet (7 chiffres), erroné ou inexistant au fichier des professionnels.
- 247 Le code de spécialité est absent, illisible, incomplet (2 chiffres), erroné ou inexistant sur la demande de paiement.
- 248 Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 282 Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312 La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 313 Le délai de facturation, de refacturation ou de révision est expiré selon la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 314 L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou,
- date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.
- 322 Un changement de taux, résultant de l'application de ce modificateur, survient au cours de cette période. Refacturer en séparant la période de facturation en deux parties, soit une pour chaque taux.
- 327 La période de facturation comporte un changement du taux de rémunération en fonction de l'application du programme de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle. Refacturer en séparant les périodes de facturation.

- 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 facturation excède le 1^{er} juin. Utiliser deux demandes de paiement distinctes pour facturer les services rendus avant et après le 1^{er} juin.
- 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.
- 340** La période de facturation inscrite sur la demande de paiement est manquante 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 jours.
- 343** La période de facturation chevauche deux années. Refacturer cette période en utilisant une demande de paiement pour la fin de l'année et une autre pour le début de l'année suivante.
- 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, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence (voir le préambule particulier d'ultrasonographie, règle 4.1 - tarif des services de laboratoire).
- 347** Cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel. (voir le préambule particulier d'ultrasonographie, règle 4.1 - tarif des services de laboratoire).
- 348** Cet acte, sans indications cliniques, est incompatible avec celui indiqué en référence (voir le préambule particulier de la radiologie diagnostique, règle 15.2 - tarif des services de laboratoire).
- 350** L'acte réclamé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 360** Le code d'acte est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 362** L'acte effectué doit être réclamé par l'entremise du code indiqué en référence.
- 364** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la période de facturation.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur ou la demande de paiement a été rédigée sur un formulaire inadéquat.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 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 à l'annexe V *Tarif des actes médicaux* de votre entente (manuel des omnipraticiens).
- 380** Code d'acte requérant des renseignements additionnels pour son évaluation.
- 381** Conformément aux dispositions relatives au programme de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle.
- 392** Conformément au maximum prévu au libellé ou à la note relative à cet acte.
- 393** Conformément au maximum prévu au libellé ou à la note relative à cet acte, lequel 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 négocié. 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** Le service 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 de laboratoire en établissement.
- 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, s'il y a lieu, doivent être inscrits avec leur code postal ou l'adresse présente dans l'outil Google Maps.
- # **411** Le temps d'attente et de déplacement pour cause d'intempérie ou autre raison incontrôlable est limité à neuf heures par jour. Votre demande a été rectifiée en conséquence.
- 412** La compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère personnel ou nolisé.
- 415** Service(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- # **417** Aucuns frais de déplacement n'étant 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.
- 420** Vous devez inscrire le code postal ou une adresse du lieu de départ ou d'arrivée, s'il y a lieu, présente dans l'outil Google Maps.
- 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** Le kilométrage effectué avec la voiture louée n'est pas remboursable par la Régie.
- # **429** Le maximum de l'indemnité accordée pour le temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 432** La qualité d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 433** Certains renseignements des pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- 435** Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement en fonction de la distance unidirectionnelle est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 441** Le nombre d'heures de déplacement est absent, illisible ou erroné.
- 442** La réclamation des frais de kilomètre n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (99920) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **444** Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ indiquées par le transporteur aérien.
- 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.
- # **483** Les dépenses liées à l'utilisation de votre voiture personnelle ne sont pas payables.
- 485** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transport.
- 487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 567** Cet acte ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte n'a pas été négocié dans le cadre de votre entente.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.

- 572** Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte a été accompli.
- 575** Selon les renseignements fournis, les honoraires ont été modifiés à la suite de l'application de plus d'un modificateur.
- 591** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de la médecine nucléaire, seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour paiement.
- 592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé est absent, illisible ou erroné sur la demande de paiement.
- 593** En raison de la règle 3.1 du préambule particulier de la médecine nucléaire, aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire endocrinien ou urinaire.
- 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.
- 615** Le montant des honoraires est absent ou illisible sur la demande de paiement.
- 617** Vous ne pouvez recevoir paiement, étant lié à cet établissement par un contrat particulier.(réf. : Règle 3.1 du préambule particulier d'hématologie).
- 622** Selon l'article 1.10 du préambule particulier d'anatomo-pathologie.
- 625** Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération conformément aux dispositions prévues dans l'entente et à celles relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.
- 630** L'honoraire forfaitaire doit être facturé sur une demande de paiement distincte, une fois par mois.
- 638** La majoration d'honoraires pour un examen d'urgence (modificateur 014) est payable seulement dans les centres hospitaliers de courte durée.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 678** Selon l'article 1 de la première lettre d'entente signée le 4 novembre 1976.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière.
- 683** Conformément au tarif 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** Nombre de kilomètres non inscrit.
- 702** Pièces justificatives manquantes.
- 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.

- 709** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 de l'entente, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres.
- 710** Déplacement non acceptable.
- 714** Les frais de déplacement ont été ajustés conformément aux dispositions de votre entente.
- # **715** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 717** Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.
- # **719** Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables à tarif horaire, mais plutôt à l'acte. Vos pièces justificatives vous seront retournées pour que vous puissiez les joindre à votre formulaire *Demande de paiement – Médecin* (1200) lors de la facturation.
- 723** Le kilométrage inscrit sur la demande de paiement, a été modifié ou refusé en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.
- # **726** Quand vous assistez à une activité de ressourcement dans un territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût de location d'une voiture ou d'un billet d'avion commercial, jusqu'à concurrence des frais payables pour l'utilisation de votre voiture personnelle.
- 729** Frais de séjour non payables par la Régie (restaurant, hôtel, etc.).
- 730** Les frais de déplacement sont refusés conformément à l'article 1.11 du préambule particulier d'anatomo-pathologie.
- 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. (réf. : règle 4.1 du préambule particulier d'ultrasonographie).
- 800** Le code d'établissement est absent, illisible, incomplet (5 chiffres), erroné ou inexistant à la date des services.
- 805** Code d'établissement inexistant durant la période indiquée sur la demande de paiement.
- 829** Conformément à l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC et/ou à l'article 1.4 du préambule général, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 900** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 902** Demande de paiement ou document non dûment signé, veuillez refacturer.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 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.
- 907** La qualité ou le format d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire 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.

- 935** Nous ne pouvons donner suite à votre demande de révision car les renseignements fournis sont incompatibles.
- 936** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 945** Pour correspondre à la nature de votre activité professionnelle dans ce centre hospitalier (principal ou secondaire).
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

PRÉAMBULE PARTICULIER**G- RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****1. PRÉAMBULE**

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

AVIS : Sur la Demande de paiement - Médecin (1200), toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique, dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT.

Si vous êtes également le médecin traitant, y inscrire l'initiale de votre prénom, votre nom et votre propre numéro.

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

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

TARIF HOSPITALIER

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

AVIS : Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606) sauf indication contraire aux tarifs. Voir la section 2.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

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

TARIF DE LABORATOIRE

1.3 Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7).

AVIS : Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le **RÔLE=7** et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

1.4 S'ajoute l'honoraire de consultation s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200). Voir l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Pour facturer l'honoraire de **laboratoire**, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le **RÔLE 7** et les honoraires correspondants.

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

Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

1.5 En laboratoire, seul l'examen dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis donne droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.6 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 qui, à la demande écrite du médecin traitant, exerce une activité radiologique, est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

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 : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le deuxième acte.*

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, l'introduction d'air et de baryum sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de cinq (5) films grand format de l'abdomen.

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 baryum 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.

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

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

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

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

RÈGLE 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.