



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

**MISE À JOUR 54
NOVEMBRE 2009**

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 51, en vigueur le 1^{er} novembre 2009, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

MODIFICATION 51

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- L'article 4.5 concernant les congés fériés a été modifié.

Page : [6](#)

ONGLETS A, B, E, F et K

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

Pages : [A-3](#) à A-5

Page : [B-2](#) - en vigueur le 1^{er} mai 2009

Pages : [E-3](#) et [E-4](#)

Page : [F-2](#)

Page : [K-4](#) - en vigueur le 1^{er} mai 2009

Pages : [K-5](#) et [K-6](#), [K-8](#) et [K-16](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- La section ANATOMO-PATHOLOGIE, des modificateurs et des modificateurs multiples ont été ajoutés.

Pages : [17](#), [20](#) et [23](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification du libellé des messages 365, 435 et 723 et ajout du message 280.

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

RÈGLE D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

- Un nouvel avis sous les Plafonnements de gains de pratique a été ajouté.

Page : [18](#)

Remarque : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : no 123 - novembre 2009.*

LÉGENDE

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

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

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

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

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

La Régie remet à chaque nouveau médecin spécialiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de paiement qui est, par la suite renouvelable sur commande.

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

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

Par ailleurs, la Régie offre un service **d'assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

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

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

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique :

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

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

- Québec : 418 528-7763

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

Par téléphone :

- 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

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX /MMMM 20AA / ZZ

- MAJ** = mise à jour.
- XX** = numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier.
- MMMM 20AA** = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur du nouvel accord-cadre ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
- ZZ** = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :
- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);
 - **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel.
 - **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la Modification relative à l'Accord-cadre.
 - Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

4.3 Le forfait de l'urgence est de 180 \$ entre minuit et 7 heures et de 120 \$ 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 réclamer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :*

code d'acte 92030 de minuit à 7 heures ;

code d'acte 92040 de 7 heures à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés, de 19 heures à minuit, les autres jours.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre:

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients ou;

*- la facturation des actes posés avec les modificateurs appropriés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.***

Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur 094 ou un de ses multiples.

4.4 Les honoraires majorés (ou le forfait de l'urgence) sont facturés en utilisant le formulaire habituel de demande de paiement.

On doit y annexer une note indiquant le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite et le motif de l'urgence.

AVIS : *Dans les cas d'urgence, pendant l'horaire de garde, utiliser le « Document complémentaire » (Formulaire 1944) pour indiquer le nom du médecin qui a demandé l'examen d'urgence, l'heure de l'appel et celle de la visite ainsi que le motif de l'urgence.*

Si la demande de paiement couvre plus d'un acte, mentionner le numéro de la (des) ligne (s) visée (s) sur la demande de paiement.

Toutefois, s'il s'agit d'une demande de paiement facturée sur un formulaire de visite, on doit, malgré le paragraphe précédent, annexer une note indiquant l'heure de l'appel, celle de la visite et le motif de l'urgence.

AVIS : *Dans les cas d'urgence, pendant l'horaire de garde, inscrire l'heure de l'appel et celle de la visite ainsi que le motif de l'urgence, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

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 sous l'onglet A - Anatomicopathologie - code d'acte 10022.*

- + **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 de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Voir à la fin de l'onglet « A - Préambule général » du **Manuel des médecins spécialistes**.*

Le médecin spécialiste doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

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 2.2.4 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*

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 40 \$.

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 d'acte 70003*
- inscrire le rôle 1;
- les honoraires de 40,00 \$

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 00176 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation du même service
ou
lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 08303 ou 08311 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**

PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer **MOD=178**

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins d'urgence rendus le soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit (majoration de 70 %) **MOD=018**

Pour les soins d'urgence rendus la nuit, de minuit à 7 h (majoration de 150 %) **MOD=017**

Pour les soins d'urgence rendus le week-end, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 7 h à minuit (majoration de 70 %) **MOD=019**

ANATOMO-PATHOLOGIE

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 2

Majoration d'honoraire de consultation per-opératoire lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 100 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire. **MOD=046**

L'ADDENDUM 2

Majoration d'honoraire de consultation codés 10042 et 10050 lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 25 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire. **MOD=096**

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 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la radiologie générale, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7). **MOD = 105**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la mammographie, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7). **MOD = 106**

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la fluoroscopie, les services médicaux sont majorés de 60 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7) **MOD = 107**

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative **MOD=074**

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**

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 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 22 DE L'ADDENDUM 4 – ANNEXE 5

Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie **MOD=043**

ANGIORADIOLOGIE (technique)
Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'effectués
chez un patient de moins de 10 ans **MOD=066**

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vais-
seaux, 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 REN-
SEIGNEMENTS 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- ANNEXE 5
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 **MOD=051**

RÈGLE 4 DE L'ADDENDUM 8 – ANNEXE 5
L'échographie pelvienne ou l'échographie obstétricale de moins de 16
semaines est payée à plein tarif si elle est effectuée le même jour qu'une
échographie abdominale supérieure lorsque le patient provient de
l'urgence **MOD=198**

Services médicaux rémunérés à 150% du tarif prévu lorsqu'ils sont effec-
tués chez un patient de moins de 10 ans **MOD=144**

RÈGLE 10 DE L'ADDENDUM 8 – ANNEXE 5
Majoration d'honoraires des examens codés 08302, 08315, 08325, 08326,
08392, 08393, 08394 lorsque effectués par le médecin radiologiste au
chevet du patient hospitalisé, à la salle d'urgence ou en clinique externe . **MOD=055**

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 hospi-
talier 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; égale-
ment 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**

RÉMUNÉRATION À L'ACTE**SLE - Spécialistes**

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

Majoration d'honoraire de consultation per-opératoire lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 40 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire **MOD=097**

Majoration d'honoraire de consultation codés 10042 et 10050 lorsque dispensée dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) d'un pourcentage de 25 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire **MOD=101**

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. : 1,7000)
- Inscrire le montant calculé dans la case HONORAIRES
- Indiquer la combinaison de modificateurs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Pour tous les services de laboratoire en établissement facturés en urgence, vous devez utiliser les modificateurs de la Règle 4 du préambule général - Services de laboratoire en établissement, peu importe votre spécialité, sauf pour les professionnels en rémunération mixte.

Ces derniers doivent toujours utiliser les modificateurs inscrits à la Règle 4.2 de la Brochure n° 5 pour la facturation des services prévus dans les tableaux de suppléments d'honoraires et qui sont rendus en urgence.

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
009 - 017	700	2,5000
009 - 018	701	1,7000
009 - 019	702	1,7000
009 - 109	703	2,5000
009 - 110	704	1,7000
009 - 111	705	2,5000
009 - 051	038	0,5000
009 - 055	820	1,5000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
009 - 144	631	1,5000
017 - 051	576	1,2500
017 - 051 - 144	332	1,8750
017 - 055	824	3,7500
017 - 078	706	3,1250
017 - 093 - 144	335	3,7500
017 - 093	617	2,5000
017 - 094	089	2,5000
017 - 144	610	3,7500
017 - 178	640	2,5000

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

SLE - Spécialistes

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	018 - 051	599	0,8500
	018 - 051 - 144	333	1,2750
	018 - 055	825	2,5500
	018 - 078	707	2,1250
	018 - 093 - 144	336	2,5500
	018 - 093	618	1,7000
	018 - 094	083	1,7000
	018 - 144	611	2,5500
	018 - 178	641	1,7000
	019 - 051	208	0,8500
	019 - 051 - 144	334	1,2750
	019 - 055	821	2,5500
	019 - 078	708	2,1250
	019 - 093 - 144	337	2,5500
	019 - 093	619	1,7000
	019 - 094	085	1,7000
	019 - 144	612	2,5500
	019 - 178	642	1,7000
	021 - 118	263	à calculer
	021 - 119	264	1,0000
	021 - 124	265	à calculer
	042 - 094	206	0,2000
#	046 - 017	559	5,0000
#	046 - 018	560	3,4000
#	046 - 019	561	3,4000
	051 - 055	822	0,7500
	051 - 109	623	0,8500
	051 - 109 - 144	329	1,2750
	051 - 110	624	1,2500
	051 - 110 - 144	330	1,8750
	051 - 111	625	0,8500
	051 - 144	616	0,7500

SLE - Spécialistes**RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
051 - 111 - 144	331	1,2750
055 - 144	823	2,2500
074 - 109	259	1,7000
074 - 110	260	2,5000
074 - 111	261	1,7000
074 - 118	257	à calculer
074 - 119	258	1,0000
074 - 124	262	à calculer
078 - 094	603	1,2500
093 - 094	095	1,0000
093 - 109	620	1,7000
093 - 109 - 144	338	2,5500
093 - 110	621	2,5000
093 - 110 - 144	339	3,7500
093 - 111	622	1,7000
093 - 111 - 144	340	2,5500
093 - 144	629	1,5000
093 - 178	638	1,0000
094 - 109	242	1,7000
094 - 110	243	2,5000
094 - 111	244	1,7000
094 - 144	630	1,5000
094 - 178	639	1,0000
# 096 - 017	562	3,1250
# 096 - 018	595	2,1250
# 096 - 018	596	2,1250
# 097 - 109	544	3,4000
# 097 - 110	545	5,0000
# 097 - 111	546	3,4000
# 101 - 109	547	2,1250
# 101 - 110	548	3,1250
# 101 - 111	549	2,1250

RÉMUNÉRATION À L'ACTE**SLE - Spécialistes**

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
109 - 144	613	2,5500
109 - 178	643	1,7000
110 - 144	614	3,7500
110 - 178	644	2,5000
111 - 144	615	2,5500
111 - 178	645	1,7000
Autres combinaisons	099	à calculer

ANNEXE II
LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION**A :**

Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.

B :

Refacturation après annulation ou refus de paiement.

C :

- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD),
- ou âgée de plus de 14 ans mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.

D :

Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.

J :

Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (LAM) mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la Régie par le MSSS

K :

Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») composé de 6 chiffres qui doit être inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

N :

Demande d'honoraire additionnel (Voir la Règle 5 du Préambule général).
Demande d'un service médical non négocié (Voir la Règle 2 du Préambule général).

S :

Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST.

Remarque : Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « A » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « A » ainsi que les autres lettres dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

MESSAGES EXPLICATIFS**5.6.3 CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS**

- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 163** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 24.
- 200** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 203** Selon nos dossiers, pour la période de facturation mentionnée, le professionnel ne satisfait pas aux exigences le rendant admissible à obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre des services diagnostiques et thérapeutiques rendus en milieu hospitalier.
- 204** Nous n'avons pas reçu la confirmation de vos privilèges d'exercice pour cet établissement.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de compte administratif (groupe) est illisible ou ne figure pas à nos fichiers.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 214** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro de groupe qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions (ref. : Lettre d'entente #49). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés par la Lettre d'entente #49. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également dans la spécialité permise pour cet acte (réf. : Addendum 8 – Ultrasonographie et Protocole II, Règles 8 ou 9 ou notes au tarif, annexe 5, tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem selon les conditions établies aux articles 1.2 et 1.3 de l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n^o 1), peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'Annexe 24 dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 220** Le nom du professionnel ne figure pas sur la liste des médecins oeuvrant dans cet établissement pour la période de facturation mentionnée.
- 222** Les services facturés ne peuvent vous être payés dans cet établissement, ou le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 224** La rémunération relative à votre participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire ne peut être versée que sur une base forfaitaire (voir la Lettre d'entente #110, Brochure n^o 1).
- 240** Le nom du professionnel est manquant ou il ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.

- 245** 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.
- # 280** Le modificateur utilisé pour cet établissement ne s'applique pas.
- 281** Le modificateur utilisé est réservé au programme de compensation adopté pour l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et le Pavillon Honoré-Mercier du Réseau santé Riche-lieu-Yamaska (Lettre d'entente no 151, Brochure n° 1).
- 282** Les honoraires sont payés selon le tarif en vigueur et les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne DATE sur votre état de compte).
- 313** Le délai de facturation ou le délai de prescription prévus à la Loi sur l'assurance maladie est expiré.
- 314** L'un ou l'autre des renseignements suivants est ou sont manquant(s), erroné(s) ou illisible(s) :
- numéro de la demande de paiement initiale refusée ou,
 - date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement figurait.

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

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

- 415** Les services pour lesquels vous demandez paiement vous ont déjà été payés. Voir le numéro de contrôle externe (NCE) en référence.
- 417** Aucuns frais de déplacement n'ayant été acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 419** Le billet d'avion électronique ou sa photocopie doit porter votre signature originale.
- 420** Le nom de la localité ou le code postal de votre lieu de départ doit obligatoirement être inscrit.
- 426** Seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 427** La demande n'étant pas entièrement complétée, les heures de déplacement facturées ne peuvent pas être payées. Veuillez vous référer aux instructions de facturation contenues dans votre manuel.
- 428** Lorsque l'indemnisation des frais de location d'une voiture est autorisée, le kilométrage effectué avec la voiture louée ne peut être remboursé.
- 429** Le maximum accordé pour la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est dépassé.
- 433** Certaines informations dans les pièces justificatives sont incomplètes.
- 434** Les frais de déplacement facturés pour une personne autre que vous-même ont été refusés.
- # 435** Le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement en fonction de la distance unidirectionnelle, est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 436** Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 440** Selon sa nature ou son libellé (description) l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 441** Le nombre d'heures de déplacement est absent ou illisible.
- 444** Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.
- 448** Conformément au maximum quotidien ou au maximum annuel des quotes-parts prévus à l'Addendum 3 de la biochimie médicale ou à l'Addendum 5 de la microbiologie-infectiologie.
- 449** Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour cette quote-part dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 475** Les frais reliés à votre déplacement ne sont pas payables.
- 479** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés car ils doivent demeurer au dossier.
- 487** Quand vous demandez une indemnité de kilométrage et que ce dernier ne doit pas figurer sur le formulaire n^o 1988, vous devez utiliser le code d'acte 99900.
- 491** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 14.
- 492** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

- 503** Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 567** L'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être facturé à demi-tarif.
- 570** Le modificateur demandé pour ce code d'acte ne s'applique pas.
- 571** Le code de l'acte facturé est non soumis à l'application du modificateur inscrit sur la demande de paiement.
- 572** Les honoraires ont été refusés ou modifiés en fonction des renseignements fournis, car il y a incompatibilité entre le modificateur utilisé ou le forfait demandé et le jour de la semaine ou l'heure du jour où l'acte facturé a été accompli (règle 4 du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes, Services de laboratoire en établissement*).
- 575** Selon les renseignements fournis, les honoraires ont été modifiés suite à l'application de plus d'un modificateur.
- 576** Seuls les médecins autorisés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement (voir l'Annexe 38, Brochure n° 5).
- 577** Conformément à la règle 14 du Préambule général du *Manuel des médecins spécialistes* ou de la règle 4.1 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- 580** Conformément à la Lettre d'entente 109 (Brochure n° 1), le modificateur est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 581** Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à l'Annexe 38 (Brochure n° 5).
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 584** Le modificateur 008 (révision d'un document radiologique) s'applique en cabinet privé seulement.
- 590** Honoraires équivalant aux unités professionnelles excédentaires accumulées à votre crédit au cours de l'année ou au cours de la période de facturation. (Demande de paiement initiée par la Régie).
- 591** Seul le modificateur le plus élevé a été payé (ref. : Article 3 de l'Addendum 7 - Médecine nucléaire).
- 592** Le nombre de fois que ce code d'acte est facturé n'est pas indiqué sur la demande de paiement.
- 593** Aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardiovasculaire, endocrinien ou urinaire (ref. : Article 3 de l'Addendum 7 - Médecine nucléaire).
- 599** Veuillez vous conformer à l'**AVIS** relatif à l'acte facturé.
- 600** Conformément au maximum d'unités professionnelles fixé à l'entente. Le code des unités effectuées est versé à votre crédit.
- 601** Les unités facturées sur votre demande de paiement sont accumulées à votre crédit. Conformément à l'entente, les unités permises pour cette période ont été payées sur une demande de paiement antérieure.

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

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

2.16 PA 33 Radio-oncologie

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

2.17 PA 34 Cardiologie

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

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

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

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

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

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

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

2.20 PA 37 Anatomopathologie

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

Autres plafonnements d'activités

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

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE**PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX**

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait souhaitable 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 de d'un semestre (pour les professionnels qui utilisent le formulaire Demande de paiement n° 1606)*

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

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

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

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

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

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

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

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

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

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

ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

AUTOPSIE

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

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

Consultation per-opératoire

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

AVIS : *Pour les services de télépathologie (codes d'actes 10030 et 10033) rendus dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL), veuillez-vous référer à la LE 174 de la Brochure n° 1.*

Consultation

10042	examen effectué par un anatomo-pathologiste sur requête écrite d'un médecin en raison de la complexité du cas ou de sa gravité; l'anatomo-pathologiste consultant reçoit en outre les résultats de laboratoire et les autres données pertinentes et soumet par écrit ses constatations, ses opinions ainsi que ses recommandations au médecin	75,00
10050	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier en raison de la complexité de la pièce à étudier pour établir un diagnostic.	132,00

AVIS : *Pour les services de télépathologie (codes d'actes 10042 et 10050) rendus dans le Réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL), veuillez-vous référer à la LE 174 de la Brochure n° 1.*

10051	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'examen macroscopique et microscopique du coeur en raison de la complexité NOTE : L'acte codé 10051 ne peut pas s'appliquer à l'examen du coeur d'un donneur.	132,00
+ 10052	demandée par un pathologiste d'un autre centre hospitalier eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité	260,00

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

SLE - Spécialistes

+ 10054 demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre qui justifie d'une formation particulière en neuropathologie et est reconnu à ce niveau par les parties négociantes, eu égard à l'étude du système nerveux sur des pathologies primaires dominantes avec corrélations cliniques et/ou incidence génétique et sur des pathologies systémiques avec composantes du système nerveux ayant entraîné une symptomatologie neurologique 230,00

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

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

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

Immunopathologie

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

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

Pathologie chirurgicale

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

AVIS : *Voir la liste à la page A-7.*

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

10144 tumeur osseuse maligne, primaire. 144,00
 10145 mélanome 68,40
 + 10147 lobectomie cérébrale ou hémisphérectomie partielle 100,00
 10148 colectomie partielle avec établissement du niveau de l'aganglionose par multiples prélèvements dans la maladie de Hirschsprung 121,00
 10149 globe oculaire 121,00
 10190 segmentectomie mammaire localisée au harpon 116,00

SLE - Spécialistes

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

10191	spécimen de chirurgie radicale pour lésion maligne (excluant les lésions cutanées mais incluant l'étude des marges de résection du spécimen)	132,00
10192	étude des ganglions accompagnant ou suite à une chirurgie radicale pour lésion maligne.	47,00
10193	étude protocolaire d'un ganglion sentinelle	47,00
10194	cartographie tumorale osseuse pour détermination de la réponse à la chimiothérapie ou la radiothérapie	237,00
Marges de résection		
10156	Détermination de marges de résections multiples au moyen de techniques spéciales dans le cas de lésion maligne de la peau. . . Technique de Mohs (avec ou sans congélation)	25,20
10195	première couche excluant le curetage initial	73,60
10196	chaque couche additionnelle	34,70
Biopsies		
10200	artère temporale.	22,00
10201	au trocart autre que le sein	47,00
+ 10152	cérébrale	62,00
10202	cutanée au poinçon, applicable seulement pour étude d'une maladie inflammatoire cutanée	46,00
10203	cutanée par curetage ou rasage de néoplasie épidermique ou annexielle	16,80
+ 10171	endométriale (à l'exception des produits de conception et de la datation de l'endomètre)	23,00
10157	hépatique	52,00
+ 10204	intestin pour maladies inflammatoires, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	67,00
10205	moelle osseuse	83,00
10154	myocardique	57,00
10206	nerf périphérique	73,60
10207	ORL excluant les polypes du nez, les lésions de l'oreille, les lésions de parodontite marginale et les sacs folliculaires col utérin	31,55
10170	par colposcopie, un ou plusieurs fragments soumis ensemble dans un seul contenant.	20,00
10161	par colposcopie, une biopsie du col et un curetage endocervical soumis séparément dans des contenants différents	20,00
10162	par colposcopie, plusieurs biopsies du col avec ou sans curetage endocervical soumis séparément dans des contenants différents	20,00
NOTE : Les actes codés 10161 et 10162 sont mutuellement exclusifs.		
10163	si effectuée(s) par anse diathermique sans égard au nombre de spécimens et incluant le curetage endocervical, le cas échéant	20,00
+ 10153	par endoscopie excluant la colposcopie	37,00
Étude de polypes multiples réséqués par voie endoscopique reçus dans des contenants séparés et identifiés		
+ 10164	2 ou 3 spécimens	37,00
+ 10165	plus de 3 spécimens.	37,00
10151	pleurale ou péricardique	42,10
10208	prostate, à l'aiguille, 3 et moins	38,00
10209	prostate, à l'aiguille, 4 et plus (spécimens identifiés individuellement)	86,00

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

10210	pulmonaire par thoracotomie et thoracoscopie	95,00
10155	rénale	109,00
10133	sarcome des tissus mous	144,00
10211	sein au trocart	50,00
10166	sein à l'aiguille de gros calibre par succion (mammotome ou l'équivalent) avec examen radiologique du spécimen en vue d'évaluer du tissu mammaire contenant des microcalcifications	50,00
10159	tissus lymphomateux	89,00
	Microscopie électronique	
10160	technique et interprétation	92,50
	Histoenzymologie	
10180	étude histologique d'un spécimen par méthodes enzymologiques sur matériel congelé ou non biopsie musculaire dissection de fibres nerveuses histogramme de nerfs ou muscles	73,00
	CYTOLOGIE (examen microscopique) :	
11020	Biopsie - aspiration à l'aiguille fine	28,00
11140	Bloc cellulaire (le frottis cellulaire ne peut être rémunéré en sus)	13,10
11030	Capture d'hybride	2,00
11085	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	1,80
11040	Immunocyte	2,10
11095	Spécimens non gynécologiques	11,00
11025	Spécimens obtenus par lavage ou brossage	15,80
13010	Spermogramme complet	12,30
	CYTOGÉNÉTIQUE	
12010	Karyotype (toute technique) (incluant culture de tissus)	58,90
	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE	
13051	Hybridation moléculaire (méthode de Southern, méthode de Northern)	52,60
13052	Hybridation in situ sur coupe(s) tissulaire(s) avec sondes radioactives ou non radioactives, avec rapport écrit du pathologiste NOTE : Cet acte ne peut être réclamé pour le test VIRAPAP	21,00
	Technique d'amplification élective des acides nucléiques (PCR) avec évaluation du produit d'amplification	
13054	par électrophorèse seulement	10,50
13055	avec digestion enzymatique	20,00
13056	avec séquençage	50,00
13061	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie en flux avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	21,00
13062	Étude de la ploïdie nucléaire par cytométrie statique avec interprétation et rapport écrit du pathologiste	20,00

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

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

ORL

Tumeur salivaire

SEIN

Lésion(s) du sein, par sein

SYSTÈME DIGESTIF

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

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Hypophysectomie
Parathyroïdectomie
Surrénalectomie
Thyroïdectomie totale ou partielle

SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE

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

SYSTÈME LYMPHOÏDE

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

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Lésion médiastinale
Segmentectomie, lobectomie ou pneumonectomie

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 au 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 duquel 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 technologistes, le suivi de l'évolution bio-technologique, l'utilisation et l'adaptation des systèmes d'information de laboratoire (SIL) et des systèmes experts. Ceci inclut également les discussions avec le médecin prescripteur, la prescription d'examens complémentaires, la modification de protocoles d'investigation, la prise de contact avec un laboratoire extérieur pour la réalisation d'examens spéciaux, la rationalisation de l'utilisation des examens de laboratoire, le développement d'algorithmes, la revue des analyses et par des études de pertinence.
- 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 équivalent à 80 lettres K.

Une charge partielle donne droit à un montant forfaitaire de base équivalent 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

+ 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 et son évolution, l'utilisation des systèmes d'information de gestion, la participation au maintien du contenu informationnel des bases de données, l'automatisation et la robotisation du laboratoire, pour celui qui en a la responsabilité. Elle s'étend également à la supervision professionnelle des analyses hors laboratoire.

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 trois 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.

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 n° 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 n° 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 d'acte 60046) qui peut être facturé dans tous les établissements :

- L'Hôpital Sainte-Justine (CHU Mère-Enfant)
- CUSM (Hôpital Royal-Victoria)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- CH affilié universitaire de Québec (Pavillon Saint-Sacrement)
- CHUM (Hôpital Notre-Dame)
- 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, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. 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 54 000 \$ par semestre.

- + Toutefois, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte du service médical « Myélogramme » (code d'acte 50040).

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

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 67 500 \$ par semestre.

- + Toutefois, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte du service médical « Myélogramme » (code d'acte 50040).

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

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 30 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.*

HÉMATOLOGIE

TABLEAU DES HONORAIRES

	Actes médicaux	
50030	Hémogramme complet incluant	0,98
	Numération Différentielle Morphologie Avec ou sans sédimentation Avec ou sans réticulocytes	
	NOTE : Le médecin hématologue doit interpréter au moins un dixième des hémogrammes effectués sous sa responsabilité dans le centre hospitalier.	
	Moelle	
+50040	Myélogramme	39,00
	Frottis spécial	
50050	Recherche de cellules LE	2,67
50060	Adénogramme	6,45
50070	Recherche de parasites	10,00
50080	Splénogramme	6,45
50090	Cytologie de liquides autres que le sang	10,00
50100	Analyse cytochimique	10,00
50110	Recherche de cellules néoplasiques sur couche leucocytaire	10,00
	COAGULATION	
51010	Dépistage	1,29
	Il comprend notamment : Un test de coagulabilité globale Temps de prothrombine (Quick) Appréciation des plaquettes	
51020	Coagulogramme complet.	4,73
	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	9,46
51040	Recherche de déficit d'un ou plusieurs facteurs de la coagulation	6,45
51050	Recherche d'un anticoagulant (non médicamenteux) circulant	6,45

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 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 38,60 \$ (**code 08713**), incluant la surveillance immédiate.

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

H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**ADDENDUM 4.**

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

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

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

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

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

TARIF HOSPITALIER

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

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

TARIF DE LABORATOIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

RÈGLE 5.**LIMITATIONS**

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 6.**ENREGISTREMENT ET RAPPORT**

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

RÈGLE 7.**RELEVÉ D'HONORAIRES**

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

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

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

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

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

+ On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 121,20 \$.

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

RÈGLE 9.**SUBSTANCE DE CONTRASTE**

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

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

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

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

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

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

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

ULTRASONOGRAPHIE

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

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

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

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

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

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

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

K - ULTRASONOGRAPHIE

SLE - Spécialistes

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

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

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

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

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

PROTOCOLE II

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

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

+ 08309	Échographie avec sonde endo-oesophagienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardiaques à l'aide du Doppler ainsi que la supervi- sion du patient pendant l'examen, par jour, par patient . .	125,00
08338	Échographie avec sonde endo-oesophagienne lors de l'oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	240,10

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

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

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

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

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

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

K - ULTRASONOGRAPHIE**SLE - Spécialistes**

		Hono- raires de consul- tation R = 1	Supplé- ment de manipu- lation R = 7
	DOPLER 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 cavernuses bilatérales lors d'une érection.	50,00	
	DOPLER RÉNAL		
08399	Doppler rénal uni ou bilatéral incluant l'échographie abdominale complète ou partielle. NOTE : Aucun autre code d'interprétation Doppler ne peut être facturé à la même séance pour le même patient.	79,00	
+08366	Caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)	13,10	