

INDEX

	<i>Page</i>
#V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
PRÉAMBULE PARTICULIER	V-2
TABLEAU DES HONORAIRES	V-5
Tête et cou	V-5
Colonne et bassin	V-6
Membres supérieurs	V-6
Membres inférieurs	V-6
Études du squelette	V-7
Thorax	V-7
Abdomen	V-7
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-7
Voies génito-urinaires	V-8
Obstétrique et gynécologie	V-8
Fluoroscopie diagnostique	V-9
Examens spéciaux, incluant la scopie, le cas échéant	V-9
Angioradiologie (technique)	V-10
Angioradiologie (interprétation)	V-11
Tomographie par ordinateur	V-12
Tarif de révision en tomodensitométrie	V-12
PROTOCOLE 1	
Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-13

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

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

AVIS : *Sur la Demande de paiement - Médecin n° 1200, 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 DEMANDÉE PAR. Si vous êtes également le médecin traitant, y inscrire votre identification.*

RÈGLE 1. TARIFICATION

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

TARIF HOSPITALIER

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

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation n° 1606 sauf indication contraire aux tarifs. Voir la brochure SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT.*

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

TARIF DE LABORATOIRE

1.3 Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7) *(Voir l'AVIS sous la règle 1.4)*

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

AVIS :

- *Utiliser la Demande de paiement - Médecin n° 1200;*
- *Pour facturer les honoraires de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et le tarif correspondant;*
- *Pour facturer les honoraires de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et le tarif correspondant;*
- *Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX, 32XXX ou 33XXX qui a été transmis par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

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

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

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

RÈGLE 2. EXAMENS

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

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

RÈGLE 3. EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le 2^e acte.*

RÈGLE 4. FLUOROSCOPIE

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

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

RÈGLE 5. EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues, l'introduction d'air et de bariüm sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de 5 films grand format de l'abdomen.

RÈGLE 6. TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

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

RÈGLE 7. EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

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

RÈGLE 8. NEZ ET SINUS

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

RÈGLE 9. EXAMEN DE LA COLONNE

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

RÈGLE 10. PHARYNX ET OESOPHAGE

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

RÈGLE 11. COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

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

RÈGLE 12. BILATÉRALITÉ

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

AVIS : (*) **Règles 7, 8, 10 et 11 :** *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 13. RADIOGRAPHIE DENTAIRE

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

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

RÈGLE 14. SUBSTANCES DE CONTRASTE

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

À titre exceptionnel, les substances à faible osmolalité sont payées par le patient, sauf dans le cas de la myélographie.

RÈGLE 15. ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

- + **15.1** On accorde un supplément de 38,05 \$ au médecin qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

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

AVIS : - Utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
 - Pour un patient **hospitalisé**, inscrire le code d'acte **09222** et pour un patient en **hospitalisation d'un jour**, en externe, inscrire le code d'acte **09299**.
 - Inscrive le code d'établissement relié au code d'acte facturé.

- + **15.2** Le médecin qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 13,05 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

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

RÈGLE 16. STÉRÉOSCOPIE

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

RÈGLE 17. TARIFICATION

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

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

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

RÈGLE 18. RAPPORT

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

AVIS : La révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagnée des modificateurs **008** en cabinet ou **021** en établissement.

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

- AVIS :**
- **En cabinet**, utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
 - **En établissement**, sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606. Voir la Brochure Services de laboratoire en établissement.
 - Les services effectués à des sites anatomiques différents doivent être facturés avec le **modificateur 093 ou ses multiples** le cas échéant (voir l'annexe II – Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). **En plus du modificateur approprié**, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
 - Les services effectués à des **séances différentes** doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant (**094 ou un de ses multiples**). Voir Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

TÊTE ET COU

	Crâne		
+ 08010	trois (3) incidences ou moins	30,30	5,30
+ 08013	quatre (4) incidences ou plus	37,65	7,45
	Selle turcique		
+ 08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,85	6,00
	Massif facial		
+ 08123	trois (3) incidences ou moins	23,10	5,95
+ 08124	quatre (4) incidences ou plus	28,85	7,35
	Nez		
+ 08031	minimum de deux (2) incidences	15,15	3,65
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
+ 08023	minimum de trois (3) incidences	23,10	5,95
	Articulations temporo-maxillaires		
+ 08024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	23,10	5,95
	Sinus		
+ 08125	trois (3) incidences ou moins	22,00	5,35
+ 08126	quatre (4) incidences ou plus	26,30	7,35
	Mastoïdes - bilatérales		
+ 08076	minimum de six (6) incidences	26,35	8,50
	Conduit auditif interne		
+ 08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	23,85	5,80
	Oeil		
+ 08030	recherche de corps étranger	15,05	6,20
+ 08028	recherche et localisation de corps étranger	32,40	19,75
+ 08011	Trous optiques	17,60	4,85
+ 08038	Région des glandes salivaires	14,90	4,55

		R = 7	R = 1
+ 08037	Tissus mous du cou minimum de deux (2) incidences	14,25	4,55
+ 08036	Étude panoramique des maxillaires	16,30	4,40
	Dents		
+ 08034	deux (2) régions dentaires ou moins	5,90	1,30

AVIS : Voir la règle 13.1, préambule particulier.

+ 08077	Céphalométrie avec mesure des angles	19,05	22,30
---------	---	-------	-------

COLONNE ET BASSIN

+ 08127	Colonne cervicale trois (3) incidences ou moins	26,30	3,90
+ 08128	quatre (4) incidences ou plus	33,85	6,40
+ 08042	Colonne dorsale	25,15	4,55
+ 08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	29,40	6,25
	Colonne entière (série scoliotique)		
+ 08053	minimum de quatre (4) incidences	56,55	13,65
+ 08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	24,25	3,85
+ 08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	31,45	3,85
+ 08058	Articulations sacro-iliaques	22,00	5,90
	Bassin		
+ 08054	une (1) incidence	15,15	3,85
+ 08056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	28,05	5,65
+ 08055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	32,30	6,20

NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.

MEMBRES SUPÉRIEURS

+ 08060	Clavicule	17,80	3,85
+ 08075	Articulations acromioclaviculaires	22,00	5,90
+ 08118	Articulations sterno-claviculaires	18,20	4,15
+ 08074	Omoplate	19,70	4,15
+ 08062	Épaule	19,55	4,25
+ 08063	Humérus	15,15	3,85
+ 08064	Coude	15,15	3,85
+ 08065	Avant-bras	15,15	3,85
+ 08066	Poignet	15,15	3,85
+ 08067	Main	15,15	4,20
+ 08068	Poignet et main	22,00	7,15
+ 08069	Doigt ou pouce	11,70	2,90

MEMBRES INFÉRIEURS

+ 08080	Hanche unilatérale (2) incidences ou plus	24,70	4,55
+ 08083	Fémur	15,15	3,85
+ 08084	Genou, incluant la rotule	15,15	4,20
+ 08085	Jambe	15,15	3,85
+ 08086	Cheville	15,15	4,20

		R = 7	R = 1
	Pied		
+ 08087	tarse, calcaneum ou talon	15,15	3,85
+ 08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	23,15	8,25
+ 08090	Orteil	11,70	2,65
+ 08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	22,75	6,20
ÉTUDES DU SQUELETTE			
	Étude du squelette pour âge osseux		
+ 08092	une (1) région (main)	15,15	6,90
+ 08093	deux (2) régions (main et autres)	27,10	8,10
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
+ 08280	huit (8) incidences ou moins	60,25	11,15
+ 08281	neuf (9) ou dix (10) incidences	64,90	19,45
+ 08282	onze (11) incidences ou plus	82,90	21,50
THORAX			
+ 08100	Poumons	21,95	5,05
+ 08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	50,80	10,10
	Larynx, études spéciales		
+ 08113	phonation	26,65	4,40
	Hémithorax (côtes)		
+ 08115	deux (2) incidences ou plus	18,20	4,15
+ 08117	Sternum	19,10	4,55
	Lecteur B		
+ 09943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie Lecteur B		5,45
<u>AVIS</u> : Utiliser la Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606. Voir la Brochure SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT.			
ABDOMEN			
	Abdomen		
+ 08150	simple	15,15	4,00
+ 08152	deux (2) incidences ou plus	23,75	5,45
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)			
+ 08132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,40	17,95
+ 08133	étude du pharynx et de l'oesophage	34,40	17,95
+ 08148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de cinq (5) ans)	32,05	26,95
+ 08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08148, 08153, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés).	32,45	8,70

	R = 7	R = 1
+ 08154	63,55	16,75
+ 08153	59,15	29,65
+ 08158	68,50	23,05
+ 08159	89,90	26,60
+ 08162	91,80	27,70
+ 08156	41,85	16,50
+ 08164	76,15	45,70
+ 08149	66,20	15,30
+ 08179	59,80	89,95
+ 08160	86,75	24,95
+ 08161	-	3,45
+ 08171	27,75	12,10
+ 08163		6,20
+ 08165	39,60	17,95
+ 08180		12,00
+ 08182	28,75	12,00

VOIES GÉNITO-URINAIRES

+ 08181	66,25	22,20
+ 08186	41,15	6,20
+ 08187	32,45	5,45
+ 08190	52,75	10,90
+ 08196	49,15	19,20
+ 08189	20,30	4,40
+ 08191	12,35	3,35
+ 08198	41,85	7,55

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+ 08192	13,50	3,35
+ 08193	20,95	8,20
+ 08197	42,50	10,05

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

+ 08102	Thorax	31,30	8,70
+ 08151	Abdomen	31,30	8,70
+ 08121	Squelette	31,30	8,70
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
+ 08270	premier quart d'heure	13,40	16,80
+ 08271	deux quarts d'heure	24,40	33,75
+ 08272	trois quarts d'heure	36,60	50,55
+ 08273	une heure ou plus	48,80	67,45

EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT

	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
+ 08114	graphie seulement	32,90	18,75
+ 08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,80	32,50
	Bronchographie		
+ 08109	unilatérale	31,10	15,75
+ 08111	bilatérale	42,95	22,80
+ 08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	41,50	17,45
+ 08007	Cisternographie opaque	71,25	23,80
+ 08027	Dacryocystographie	27,20	7,05
+ 08098	Discographie, un (1) niveau ou plus	31,25	18,50
+ 08004	Encéphalographie	67,90	21,75
+ 08214	Fistulographie	24,90	8,45
+ 08201	Galactographie, incluant l'injection	37,65	31,25
+ 08202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	49,35	25,80
+ 08119	Laryngogramme, avec contraste opaque	66,45	16,80
	Mammographie (*)		
	sans examen clinique		
+ 08140	unilatérale	25,75	5,75
+ 08141	bilatérale	38,80	10,30
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
+ 08142	unilatérale	25,75	12,70
+ 08143	bilatérale	38,80	16,80
+ 08199	Radiographie d'une pièce biopsique (*)	23,60	4,55
+ 08204	Mesure de la densité osseuse (*)	38,50	14,30

NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites.
L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

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

AVIS : (*) Utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**, que les services soient rendus en cabinet ou en établissement.

		R = 7	R = 1
+ 08122	Microradiographie des mains	12,00	3,70
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
+ 08096	contraste huileux.	79,55	23,85
+ 08097	contraste non ionique	170,70	23,85
+ 08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et		
	pneumo-encéphalographie.		23,35
+ 08061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dis-		
	section veineuse, incluant l'injection.	65,20	71,70
+ 08025	Sialographie	56,15	10,30
+ 08006	Stéréotaxie.	67,90	21,75
+ 08232	Tomographie	57,70	12,20
+ 08242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec		
	rapport écrit.		
	en établissement.		9,55
	en cabinet.		18,15
+	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un méde-		
	cin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le		
	rapport a déjà été fourni		
	En ÉTABLISSEMENT: Tarif de consultation de chaque		
	examen. (MOD 021)		
+	En CABINET: Tarif de consultation de chaque examen		
	+ 8,70 \$. (MOD 008)		

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : - Pour la technique et l'interprétation : utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**. Utiliser une Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
 - Pour l'interprétation seulement : utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants. Utiliser la Demande de paiement - Assurance hospitalisation n° 1606.

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section **Angioradiologie (Technique)** sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de cinq (5) ans. (MOD 066)

	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)		
+ 08401	insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et		
	injection, si donnée.		100,05
+ 08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, intro-		
	duction chez un même patient d'un cathéter veineux non		
	sélectif afin de procéder à une (1) ou plusieurs phlébo-		
	graphies non sélectives		100,05

+ 08402	après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément	49,95
+ 08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément	63,50
+ 08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément	16,75
NOTE :		
	- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie	
	- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.	
+ 08405	Artériographie périphérique par ponction directe	36,95
+ 08406	Lymphographie unilatérale	36,95
+ 08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	17,45

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences

+ 08408	non sélective	32,65
+ 08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4	31,25
	sélective avec quantification par moyen objectif :	
+ 08410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément	14,60
+ 08411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	14,60
+ 08412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	25,50
+ 08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	12,45
+ 08414	sélective carotidienne, unilatérale	32,65
+ 08415	sélective vertébrale, unilatérale	32,65
	périphérique, membres inférieurs	
+ 08416	unilatérale	32,65
+ 08417	bilatérale	65,25
+ 08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	36,65
	Angiographie coronarienne	
+ 08419	unilatérale	42,95
+ 08420	bilatérale	85,90
+ 08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	23,20
+ 08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	42,95
+ 08423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée	32,65
+ 08424	Lymphographie, unilatérale	31,80

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)

- # **AVIS** : Veuillez utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
La liste des centres hospitaliers désignés est disponible dan notre site Internet, section Médecins omnipraticiens.

Tête

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08258 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 51,50 |
| + 08259 | sans injection de substance de contraste | 41,10 |

Cou

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08260 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 77,75 |
| + 08261 | sans injection de substance de contraste | 62,25 |

Thorax

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08262 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 77,75 |
| + 08263 | sans injection de substance de contraste | 67,40 |

Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08264 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 77,75 |
| + 08265 | sans injection de substance de contraste | 67,40 |

Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08266 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 77,75 |
| + 08267 | sans injection de substance de contraste | 67,40 |

Abdomen et pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)

- | | | |
|---------|--|--------|
| + 08268 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 110,75 |
| + 08269 | sans injection de substance de contraste | 100,45 |

NOTE : La tarification de la région abdominale et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupoles diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08274 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 64,80 |
| + 08275 | sans injection de substance de contraste | 59,70 |

Extrémités

- | | | |
|---------|--|-------|
| + 08276 | avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste | 50,60 |
| + 08277 | sans injection de substance de contraste | 40,25 |

+ 08257	Tarif de révision en tomodensitométrie révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie	19,45
---------	---	-------

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

- imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

+ 08570	Tête	115,60
+ 08571	Cou	115,70
+ 08572	Thorax	145,30
+ 08573	Abdomen	145,30
+ 08574	Pelvis	145,30
+ 08575	Extrémités	115,70
	Colonne	
+ 08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	107,85
+ 08577	deux segments	135,50
+ 08578	trois segments	182,30

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen (MOD 071).

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

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

+ 08579	Tarif de révision en résonance magnétique : Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	16,30
---------	--	-------

AVIS : *Veillez utiliser **une** Demande de paiement - Médecin n° 1200, **par patient**.
La liste des centres hospitaliers désignés est disponible dans notre site Internet, section Médecins omnipraticiens.*