

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	V-2
Règle 1: Tarification.	V-2
Règle 2: Examens.	V-4
Règle 3: Examen radiologique d'un membre	V-4
Règle 4: Fluoroscopie	V-4
Règle 5: Examen du colon	V-4
Règle 6: Tube digestif supérieur en double contraste.	V-4
Règle 7: Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8: Nez et sinus	V-5
Règle 9: Examen de la colonne	V-5
Règle 10: Pharynx et oesophage.	V-5
Règle 11: Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-5
Règle 12: Bilatéralité.	V-5
Règle 13: Radiographie dentaire	V-6
Règle 14: Substances de contraste	V-6
Règle 15: Angioradiologie et radiologie d'intervention	V-6
Règle 16: Stéréoscopie	V-6
Règle 17: Consultation exceptionnelle.	V-7
Règle 18: Tarification.	V-7
Règle 19: Rapport.	V-7
Règle 20: Tomographie par ordinateur et résonance magnétique	V-7
Règle 21: ANGIO-IRM / ANGIO-TDM.	V-8
Règle 22: Révision	V-8
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-9
TABLEAU DES HONORAIRES	V-13
Tête et cou	V-14
Colonne et bassin	V-15
Membres supérieurs.	V-15
Membres inférieurs.	V-16
Études du squelette	V-16
Thorax	V-16
Abdomen	V-17
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-17
Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-19
Obstétrique et gynécologie	V-19
Fluoroscopie diagnostique	V-20
Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-20
Divers	V-21
# Mammographie.	V-23
Angioradiologie (technique)	V-26
Angioradiologie (interprétation)	V-27
Tomographie par ordinateur	V-28
Protocole 1- concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-32
Angio-IRM	V-33
Cardiaque	V-34

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**ADDENDUM 4.****RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

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 DEMANDÉE PAR

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

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

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

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=1 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

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

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

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

RÈGLE 2.**EXAMENS**

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

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

RÈGLE 3.**EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE**

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 4.**FLUOROSCOPIE**

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

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

RÈGLE 5.**EXAMEN DU COLON**

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

RÈGLE 6.**TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE**

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

RÈGLE 7.**EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN**

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

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

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

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

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

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

RÈGLE 9.**EXAMEN DE LA COLONNE**

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

RÈGLE 10.**PHARYNX ET OESOPHAGE**

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

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

RÈGLE 11.**COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE**

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

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

RÈGLE 12.**BILATÉRALITÉ**

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 13.**RADIOGRAPHIE DENTAIRE**

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

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

13.2 On ne peut demander paiement du code « Dents - 1, 2 régions dentaires » en sus de celui « Étude panoramique des maxillaires - bouche entière », sauf indications cliniques.

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

RÈGLE 14.**SUBSTANCES DE CONTRASTE**

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

RÈGLE 15.**ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION**

- + **15.1** On accorde un supplément de 36,80\$ au médecin radiologiste qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

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

- # **AVIS :** *Pour facturer le supplément de 36,80\$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 09222 ou pour facturer celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 09299, sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n^o 1200. Inscrire le numéro d'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*
- + **15.2** Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12,60 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour facturer les visites, utiliser le code d'acte 09223, sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n^o 1200. 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. CONSULTATION EXCEPTIONNELLE

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins ultraspécialisés auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste donne alors son opinion au vu des clichés qui lui sont transmis par celui qui le consulte.

- + On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 35,90 \$.

AVIS : *Voir le code d'acte 08240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 ou sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référent (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi du formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, utiliser un formulaire Document complémentaire n°1944 pour inscrire les renseignements demandés.*

RÈGLE 18. TARIFICATION

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

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

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

RÈGLE 19. RAPPORT

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

AVIS : *À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagné des modificateurs 008 en cabinet ou 021 en établissement.*

Le modificateur à utiliser est fonction du lieu où la révision est faite.

RÈGLE 20. TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

On accorde un supplément de 36,90\$ au médecin radiologiste pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

AVIS : *Pour facturer le supplément à l'égard d'un enfant de moins de 5 ans, inscrire le code d'acte 08279 sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 21.**ANGIO-IRM / ANGIO-TDM**

Les examens d'angio-IRM et d'angio-TDM sont effectués à la suite d'une requête comportant obligatoirement des indications cliniques spécifiques vasculaires. Il s'agit d'une étude angiographique, par tomодensitométrie ou par résonance magnétique, pour fins diagnostiques. Ces examens comprennent le travail du radiologiste sur une console de reconstruction multiplanaire et ses constatations diagnostiques angiographiques des vaisseaux principaux, périphériques et tributaires.

Le médecin qui réclame le paiement des honoraires prévus pour un examen d'angio-IRM ou d'angio-TDM ne peut réclamer, pour un même patient, les honoraires d'un examen d'angioradiologie (technique ou interprétation) au cours de la même séance.

RÈGLE 22.**RÉVISION**

La révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomодensitométrie, donne droit à un honoraire de 25 % du tarif de consultation de cet examen.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé.*

PROTOCOLE CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ARTICLE 1.

RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

1.1 L'annexe I de ce Protocole identifie les laboratoires de radiologie générale établis au 15 juillet 1987 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels la ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

Un laboratoire de radiologie générale dont le permis d'exploitation est cédé, demeure visé par l'annexe 1 si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

ARTICLE 2.

IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES

2.1 Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins radiologistes nommés par la Fédération.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires de radiologie.

Ces demandes sont déferées par la ministre.

2.2 Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois mois de la réception de la demande.

À l'égard d'une demande, le comité doit se prononcer sur l'opportunité de l'implantation d'un nouveau laboratoire, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins de la région.

2.3 La ministre décide de la délivrance des permis suivant la loi.

La ministre informe la fédération des permis qu'elle délivre; si elle n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, elle lui donne les motifs de sa décision.

ARTICLE 3.

IMPUTATION DES GAINS DE PRATIQUE

CALCUL DES GAINS DE PRATIQUE

Les gains de pratique tirés de la radiologie diagnostique sont comptés comme suit:

HONORAIRES DE CONSULTATION

3.1 Sont établies les données relatives aux honoraires de consultation: pour les départements hospitaliers; pour les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1; et pour les examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie spécifique dont l'exploitant est un médecin omnipraticien.

HONORAIRES DE LABORATOIRE

3.2 Les honoraires de laboratoire sont comptabilisés de façon distincte.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les autres laboratoires de radiologie, en identifiant la discipline de leur exploitant.

ARTICLE 4.**HONORAIRE DE NUMÉRISATION : RECONNAISSANCE DES LABORATOIRES**

4.1 Afin de favoriser la numérisation des équipements radiologiques dans les laboratoires de radiologie générale, un honoraire de numérisation (R=9) est applicable dans les laboratoires reconnus par les parties négociantes et pour les secteurs d'activités radiologiques désignés.

À cette fin, on reconnaît trois secteurs d'activités distincts, soit la radiologie générale, la mammographie et la fluoroscopie.

4.2 Afin d'être reconnu, un laboratoire de radiologie générale identifié au répertoire prévu à l'article 1 doit satisfaire aux conditions suivantes :

i) L'ensemble des équipements du laboratoire qui sont utilisés dans le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé doivent être numérisés ;

ii) Pour l'honoraire de numérisation applicable dans les secteurs d'activités de la mammographie ou de la fluoroscopie, l'ensemble des équipements utilisés dans le secteur d'activités de la radiologie générale doivent également être numérisés ;

iii) Le laboratoire doit disposer d'un PACS compatible aux normes exigées pour l'archivage des images dans le dépôt régional d'imagerie diagnostique et, via un lien réseau auquel on lui donne accès, alimenter ce dépôt régional selon ses capacités d'archivage.

Les frais du lien réseau sont à la charge du laboratoire, jusqu'à concurrence du coût du marché pour une ligne commerciale standard, tous frais excédentaires étant à la charge du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'un autre organisme qu'il désigne.

+ **iv)** L'ensemble de l'équipement radiologique et le PACS utilisés dans le laboratoire de radiologie générale pour lequel un honoraire de numérisation est demandé (ci-après désignés les « équipements radiologiques ») doivent appartenir et profiter majoritairement à des médecins spécialistes en radiologie qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie (ci-après désignés les "médecins radiologistes").

+ **4.2.1** Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 (iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes, s'ils sont la propriété :

(i) d'un ou plusieurs médecins radiologistes ; ou

(ii) d'une personne morale ou société dont les droits de participation et de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société, sont détenus, directement ou indirectement, à plus de 50 % par un ou plusieurs médecins radiologistes.

4.2.2 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2.1 (ii), la détention indirecte d'une action ou d'une part sociale s'entend de la détention par le biais :

- i) d'une fiducie entre-vifs dont la totalité des droits de bénéficiaires sont détenus par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes ci-après :
 - a) un ou des médecins radiologistes;
 - b) le conjoint, des parents ou alliés d'un ou des médecins radiologistes mentionnés au sous-paragraphe a) ci-dessus;
 - c) une ou plusieurs personnes morales ou sociétés dont les actions ou parts sociales, sont détenues en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a) et/ou b) ci-dessus;
 - d) une ou plusieurs fiducies entre-vifs dont les droits de bénéficiaires sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a), b) et/ou c) ci-dessus;

Toutefois, l'acte de fiducie doit prévoir que les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales détenues par la fiducie dans, selon le cas, une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.1 ii), sont exercées exclusivement par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a).

- ii) d'une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a) du paragraphe i) et dont les droits de participation rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe i).

4.2.3 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont également considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes si la détention de ceux-ci est octroyée aux personnes visées aux paragraphes 4.2.1 i) ou ii) par le biais d'un contrat de crédit bail consenti par une institution financière ou un fournisseur de ces équipements.

4.2.4 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2 iv) et malgré que les conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.3 soient rencontrées, les équipements radiologiques ne sont pas considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes dans les circonstances suivantes :

- i) les fonds requis pour permettre l'acquisition des équipements radiologiques proviennent d'une source autre que les personnes visées à l'article 4.2.1, à moins que le coût de ces fonds n'excède pas le montant que représenterait les intérêts calculés sur ces fonds au taux qu'une institution financière canadienne aurait demandé pour un prêt commercial de même ampleur, en pareille circonstance;
- ii) toute entente, de quelque nature qu'elle soit, permet à des personnes autres que les médecins radiologistes, de retirer, sous quelque forme que ce soit, des sommes déraisonnables par rapport aux services rendus dans le cadre de l'exploitation du laboratoire de radiologie générale;
- iii) au cours de tout exercice financier de la personne morale ou de la société visée au paragraphe 4.2.1 ii), la moitié ou plus des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que des médecins radiologistes, de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société;

- iv) au cours de tout exercice financier d'une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.2 ii), une partie quelconque des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que celles mentionnées aux sous-paragaphes a), b), c) et d) du paragraphe 4.2.2 i), de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société.
- + v) Le laboratoire doit fournir l'information nécessaire permettant de situer le contexte de l'offre de radiologie dans son territoire et de démontrer son apport à l'offre de service du réseau public et le maintien de celui-ci. Le cas échéant, il doit proposer une offre de service complémentaire au réseau de la santé.

Cette condition n'est toutefois pas exigée à l'égard d'un laboratoire d'imagerie médicale dont le permis correspond à un permis de laboratoire d'imagerie médicale satellite. Est ainsi considéré le laboratoire d'imagerie médicale qui constitue un point de service d'un laboratoire d'imagerie médicale principal, lequel satisfait à l'ensemble des conditions prévues au présent protocole et a préalablement été reconnu par les parties négociantes.

4.3 Le médecin spécialiste en radiologie qui souhaite obtenir la reconnaissance d'un laboratoire de radiologie générale aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation doit présenter une demande à cet effet aux parties négociantes.

Il doit indiquer le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé et fournir toute l'information et la documentation nécessaire à l'analyse de sa demande et permettant de constater que les conditions mentionnées à l'article 4.2 sont rencontrées.

4.4 Est créé un comité conjoint composé en parts égales de représentants de la Fédération et du ministère de la Santé et des Services sociaux auxquelles sont soumises les demandes de reconnaissance présentées en vertu de l'article 4.3 aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation.

Au terme de son analyse, le comité conjoint fait une recommandation aux parties négociantes.

4.5 Suite aux recommandations du comité conjoint, les parties négociantes déterminent et désignent les laboratoires de radiologie générale qui sont reconnus aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation ainsi que le secteur d'activités radiologiques visé.

4.6 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application ou à la cessation d'application de l'honoraire de numérisation dans un laboratoire et un secteur d'activités radiologiques désignés.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : *Pour la facturation de la radiologie diagnostique en laboratoire de radiologie diagnostique, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire au tarif, utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n° 1606.

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 ou un de 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.

Pour la facturation d'actes radiologiques dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique, voir la section 3.2.5 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Les services effectués à des séances différentes doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant (094 ou un de ses multiples). Voir l'Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

AVIS : *Pour réclamer l'honoraire de numérisation, utiliser le rôle 7 avec le modificateur 105, 106 ou 107 selon le cas. **Le rôle 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement.** (Voir les instructions de facturation à la règle 1.4 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique).*

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
TÊTE ET COU				
	Crâne			
+08010	3 incidences ou moins	27,20	12,20	15 %
+08013	4 incidences ou plus	33,90	15,20	15 %
	Selle turcique			
+08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,70	7,20	15 %
	Massif facial			
+08123	3 incidences ou moins	20,80	9,40	15 %
+08124	4 incidences ou plus	26,00	9,70	15 %
	Nez			
+08031	minimum de 2 incidences	13,50	5,90	15 %
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)			
+08023	minimum de 3 incidences	20,80	9,60	15 %
	Articulations temporo-maxillaires			
+08024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	20,80	9,60	15 %
	Sinus			
+08125	3 incidences ou moins	19,80	9,00	15 %
+08126	4 incidences ou plus	23,70	9,40	15 %
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant			
+08076	minimum de 6 incidences	26,10	13,30	15 %
	Conduit auditif interne			
+08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	23,70	9,60	15 %
	Oeil			
+08030	recherche de corps étrangers	13,50	8,50	15 %
+08028	recherche et localisation de corps étrangers	29,10	30,30	15 %
+08011	Trous optiques	15,80	8,50	15 %
+08038	Région des glandes salivaires	14,70	7,50	15 %
	Tissus mous du cou			
+08037	minimum de 2 incidences	12,80	7,50	15 %
+08036	Étude panoramique des maxillaires	16,10	7,50	15 %
	Dents			
+08034	1-2 région(s) dentaire(s)	5,90	1,70	15 %
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.			
	Céphalométrie			
+08077	avec mesure des angles	18,80	30,40	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
COLONNE ET BASSIN				
	Colonne cervicale			
+08127	3 incidences ou moins	23,70	7,90	15 %
+08128	4 incidences ou plus	30,40	10,50	15 %
+08042	Colonne dorsale (1*)	22,60	8,30	15 %
+08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (1*)	26,50	8,30	15 %
+08057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	33,30	9,20	15 %
<u>AVIS :</u> Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 08243, 08245, 08246 ou 08247. Si les pré-requis sont facturés le même jour et si le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.				
	Colonne entière (série scoliotique)			
+08053	minimum de 4 incidences	50,80	20,10	15 %
+08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,70	6,70	15 %
+08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	28,20	10,70	15 %
+08058	Articulations sacro-iliaques	19,80	10,30	15 %
	Bassin			
+08054	1 incidence (1*)	13,50	6,80	15 %
+08056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	25,10	9,60	15 %
+08055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	29,00	10,50	15 %
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	16,00	6,70	15 %
+08075	Articulations acromio-claviculaires	19,80	10,30	15 %
+08118	Articulations sterno-claviculaires	16,30	8,30	15 %
+08074	Omoplate	17,70	8,30	15 %
+08062	Épaule	17,60	8,30	15 %
+08063	Humérus	13,50	6,70	15 %
+08064	Coude	13,50	6,70	15 %
+08065	Avant-bras	13,50	6,70	15 %
+08066	Poignet	13,50	6,70	15 %
+08067	Main	13,50	6,70	15 %
+08068	Poignet et main	19,80	12,90	15 %
+08069	Doigt ou pouce	10,40	5,10	15 %

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 14.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
MEMBRES INFÉRIEURS				
+08080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus	22,10	7,90	15 %
<u>AVIS</u> : Voir la Règle d'application n° 14.				
+08083	Fémur	13,50	6,70	15 %
+08084	Genou, incluant la rotule	13,50	6,70	15 %
+08082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (Type Télors ou autres)	40,00	15,80	15 %
+08085	Jambe.	13,50	6,70	15 %
+08086	Cheville.	13,50	6,70	15 %
	Pied			
+08087	Tarse, calcaneum ou talon	13,50	6,70	15 %
+08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,80	11,60	15 %
+08090	Orteil	10,40	5,10	15 %
+08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	20,50	10,30	15 %

ÉTUDES DU SQUELETTE

	Étude du squelette pour âge osseux			
+08092	1 région (main)	13,50	9,90	15 %
+08093	2 régions (main et autres)	24,30	11,20	15 %
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métas- tatique) par incidence ou région			
+08280	8 incidences ou moins	54,10	25,40	15 %
+08281	9 ou 10 incidences	64,20	30,70	15 %
+08282	11 incidences ou plus	74,40	34,50	15 %

THORAX

+08100	Poumons	19,80	9,80	15 %
+08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	45,50	12,90	60 %
+08113	Larynx, études spéciales phonation.	26,40	24,60	15 %
+08115	Hémithorax (côtes) 2 incidences ou plus.	16,30	7,20	15 %
+08117	Sternum	17,20	7,20	15 %

Lecteur B/ CSST :
pour l'examen radiologique du poumon par un méde-
cin radiologiste
09943 en établissement 12,50

AVIS : Cet acte doit être facturé sur le formulaire
Demande de paiement à l'assurance hospita-
lisation - rémunération à l'acte n° 1606.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
09943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet		13,50	
	AVIS : <i>Cet acte doit être facturé seul, sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 dans la case ACTES;</i>			
	- inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;			
	- inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;			
	- inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais ne rien inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
ABDOMEN				
+08150	Abdomen simple	13,50	5,90	15 %
+08152	2 incidences ou plus	21,30	8,60	15 %
VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant la fluoroscopie)				
NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section <i>Voies gastro-intestinales et biliaires</i> (incluant la <i>fluoroscopie</i>) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.				
AVIS : <i>Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.</i>				
+08132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,00	27,50	60 %
+08133	Étude du pharynx et de l'oesophage	34,00	27,50	60 %
+08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	32,10	16,10	60 %
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
+08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	62,90	27,10	60 %
+08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	67,80	32,90	60 %
+08159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle.	80,80	35,50	60 %
+08162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	90,80	41,50	60 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+08156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	41,40	18,70	60 %
+08164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle. Colon, lavement baryté	75,40	70,70	60 %
+08149	simple contraste	65,50	21,00	60 %
+08179	pour réduction d'intussusception (PG-7)	59,10	92,20	60 %
+08160	double contraste (l'examen en mode analogique [non numérique] comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard [décubitus latéraux droit et gauche] et un minimum de 10 expositions).	85,80	44,50	60 %
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.				
+08035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament ou modificateur pharmacologique NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 08262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.		210,00	
+08161	Cholécystographie orale Cholangiographie		3,70	
+08171	par tube en T, incluant l'injection.	27,40	16,00	60 %
+08163	per-opératoire		8,30	
+08165	par infusion intraveineuse incluant l'injection	39,20	19,20	60 %
+08180	Pancréatographie per-opératoire		14,20	
+08182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	28,40	13,50	60 %

L	C	N
R = 7	R = 1	R = 9

VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Voies génito-urinaires* incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la *fluoroscopie* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

+08181	Pyélographie I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant.	65,60	31,20	60 %
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser le formulaire n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.</i>			
+08186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen (PG-7)	40,70	8,40	60 %
+08187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	32,10	25,50	60 %
+08190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	52,20	32,00	60 %
+08189	Vasographie - Déférentographie	20,10	6,20	60 %
+08191	Kystographie rénale incluant la ponction.	12,20	77,40	60 %
+08198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelviographie	41,50	28,70	60 %

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+08192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	13,40	6,10	15 %
+08193	Pelvimétrie.	20,70	10,10	15 %
+08197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	42,10	48,30	60 %

	L	C	N
	R = 7	R = 1	R = 9

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Fluoroscopie diagnostique* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)

+08102	Thorax	31,00	11,70	60 %
+08151	Abdomen	31,00	11,70	60 %
	Contrôle fluoroscopique effectué par un radiologiste pour des procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure			
+08270	premier quart d'heure	12,10	21,20	60 %
+08271	deux quarts d'heure	24,10	42,40	60 %
+08272	trois quarts d'heure	36,30	63,60	60 %
+08273	une heure ou plus	48,30	84,80	60 %

+ EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT UNE OU PLUSIEURS INJECTIONS DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION

+ NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)

+08114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement	32,50	30,00	15 %
+08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,20	60,10	60 %
+08112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	50,00	76,80	60 %
	Bronchographie			
+08109	unilatérale	30,80	53,30	60 %
+08111	bilatérale	42,50	75,00	60 %
+08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	37,20	23,00	60 %
+08007	Cisternographie opaque	70,60	32,30	60 %
+08027	Dacryocystographie	26,90	10,80	60 %
+08098	Discographie, un niveau ou plus	30,90	22,10	60 %
+08004	Encéphalographie	67,20	32,30	60 %

AVIS : (1*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+08214	Fistulographie	24,60	27,80	60 %
+08201	Galactographie	37,30	55,80	60 %
+08202	Kystographie mammaire	48,80	58,30	60 %
+08119	Laryngogramme avec contraste opaque	65,80	63,60	60 %
+08096	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire contraste huileux (PG-7)	78,70	30,20	60 %
+08097	contraste non ionique (PG-7)	168,80	33,50	60 %
+08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire et la pneumo-encéphalographie		57,40	
+08061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse	64,50	107,70	60 %
AVIS : <i>Utiliser le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.</i>				
+08025	Sialographie	50,50	45,80	60 %

DIVERS

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Pour les codes d'acte 08243, 08245, 08246 et 08247, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)				
+08243	Examen initial de base	41,50	24,80	15 %
Suivi (« follow-up »):				
+08245	un site	37,00	14,70	15 %
+08246	deux sites ou plus	41,50	20,10	15 %
+08247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,80	4,50	15 %
+08006	Stéréotaxie	67,20	26,80	15 %
+08232	Tomographie	57,10	17,60	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+08240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		35,90	
	<u>AVIS :</u> Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi du formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n° 1606, utiliser un formulaire Document complémentaire n° 1944 pour inscrire les renseignements demandés.			
08242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :			
+	en établissement		11,40	
+	en cabinet		22,80	
	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni			
	En ÉTABLISSEMENT : Tarif de consultation de chaque examen. (MOD=021)			
+	En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen +8,80 \$. (MOD=008)			

MAMMOGRAPHIE

AVIS : *Aux fins de la facturation, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n^o 1200 que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

AVIS : *Facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique.*
-facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement où l'interprétation a été effectuée
-inscrire un «A» dans la case C.S.
-préciser le lieu où l'interprétation a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
-inscrire le code de l'établissement où la technique a été effectuée dans la case prévue à cet effet.

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié » ayant fait l'objet d'un processus d'agrément reconnu par les parties négociantes. (1*)

	diagnostique avec ou sans examen clinique			
08048	unilatérale	25,40	9,50	15 %
08049	bilatérale	38,40	18,80	15 %
	clichés supplémentaires			
08072	unilatéral	23,40	8,70	15 %
08073	bilatéral	38,40	17,50	15 %

de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an

NOTE : Les services médicaux "Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale" (codes d'acte 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

AVIS : (1*) *Pour connaître la liste des établissements reconnus ayant un mammographe dédié, consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :*
http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depis/mammographie_dedie.shtml

L	C	N
R = 7	R = 1	R = 9

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (centre de dépistage désigné, CDD).

	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolaterale			
08078	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
08079	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
08081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente no 107)	7,50		
	clichés supplémentaires			
08103	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
08104	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %

NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an.

NOTE : Les services médicaux "Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale" (codes d'acte 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (centre de dépistage désigné, CDD).

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depis/depist.shtml>

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
+08134	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
+08135	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
	clichés supplémentaires			
+08129	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
+08130	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).			
+08099	radiographie d'une pièce biopsique	23,40	5,70	15 %
	<u>AVIS :</u> Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, <i>quelque soit le lieu où les services ont été rendus. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.</i>			
+08144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc. (1*)		59,80	
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage.			
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
+08145	unilatérale		8,60	
+08146	bilatérale		17,40	

#AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/resant/depist/depist.shtml>

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

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**.
- Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n° 1606.

ANGIORADIOLOGIE

+08433	Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique ou interventionnelle avec rapport au dossier	68,60
	NOTE : Cette évaluation ne peut pas être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.	
	NOTE : L'acte codé 08433 ne peut pas être facturé avec les actes codés 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.	

(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 10 ans (MOD=066).

+08401	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	110,70
--------	--	--------

+ 08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	101,70
+ 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 1) pour une seconde angiographie, supplément	53,10
+ 08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	66,40
+ 08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	17,10
	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 unilatérale	44,20
+ 08406	Lymphographie unilatérale	55,30
+ 08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	17,70

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

+ 08408	non sélective	33,20
+ 08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4 sélective avec quantification par moyen objectif: calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	14,90
+ 08411	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	25,90
+ 08412	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	12,70
+ 08414	sélective carotidienne, unilatérale	39,80
+ 08415	sélective vertébrale, unilatérale	38,70
	périphérique, membres inférieurs	
+ 08416	unilatérale	33,20
+ 08417	bilatérale	66,40
+ 08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	37,30
	Angiographie coronarienne	
08419	unilatérale	42,10
08420	bilatérale	84,30
08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	22,50

	R = 7	R = 1
+ 08422 Pontage mammaro-coronarien, unilatéral		43,70
+ 08423 Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée.		33,20
+ 08424 Lymphographie, unilatérale		32,30

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient
sauf dans les établissements désignés par les
parties négociantes)**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Tomographie par ordinateur* (un examen par région, par jour, par patient sauf dans les établissements désignés par les parties négociantes) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 11.
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

Tête

08258 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		41,80
08259 sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		33,40

Massif facial ou sinus ou conduits auditifs internes

08290 visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste		54,70
--	--	-------

Cou

08260 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		63,10
08261 sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		54,70

Thorax

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

08262 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		63,10
08263 sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .		54,70

NOTE : L'examen du thorax (code d'acte 8262 ou code d'acte 8263) inclut l'examen des surrénales.

Coeur		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet »)		
08291	acquisition avec synchronisation cardiaque, sans contraste.	55,00
	NOTE : Cet acte inclut l'analyse du score calcique post-traitement ainsi que l'interprétation des fenêtres médiastinales et parenchymateuses couvertes dans l'acquisition.	
08292	étude synchronisée à l'ECG avec contraste intraveineux	150,00
	NOTE : Cet acte inclut l'acquisition préalable de type score calcique (calcium scoring), l'analyse des coupes natives axiales avec contraste et le post-traitement des coronaires en MIP épais ou en reformatage courbe ainsi que l'interprétation du médiastin et des fenêtres pulmonaires couvertes dans l'acquisition.	
08293	étude complète de la fonction ventriculaire gauche ou droite de la base à l'apex ventriculaire, supplément	45,00
	NOTE : Ce supplément nécessite la reconstruction sur au moins 10 phases différentes.	
08294	supervision durant l'administration de médication relative à l'examen incluant les Bbloquants par voie orale ou IV, les anticalciques par voie orale ou IV, les dérivés de nitrates par voie orale, sublinguale ou IV, supplément	25,00
Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal)		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)....	63,10
08265	sans injection de substance de contraste (PG-7)....	54,70
	NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.	
Thorax et abdomen complet		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
08255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)....	94,70
08256	sans injection de substance de contraste (PG-7)....	82,10

Pelvis

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

08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	63,10
08267	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	54,70

Abdomen complet et pelvis

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

08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	90,00
08269	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	81,50

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

Rachis

08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	56,90
08275	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	48,50

Extrémités

08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	41,10
08277	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	32,70

+	Corps entier examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande d'un médecin anatomo-pathologiste ou du coroner, avant la réalisation d'une autopsie classique. L'examen inclut l'acquisition tomographique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	200,00
+08278		

Angio-TDM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

08434	Examen vasculaire : région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
-------	---	--------

NOTE : L'acte codé 08434 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08258, 08259 ou 08290. Toutefois, de façon exceptionnelle, l'acte codé 08258 pourrait être facturé chez le même patient, le même jour si effectué à une séance différente.

		R = 7	R = 1
08435	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)		105,00
	NOTE : L'acte codé 08435 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08260 ou 08261.		
08436	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)		105,00
	NOTE : L'acte codé 08436 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263 ou 08437.		
+08437	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux		105,00
	NOTE : L'acte codé 08437 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268, 08269 ou 08436.		
08438	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)		160,00
	NOTE : L'acte codé 08438 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268, 08269, 08436, 08437 ou 08441.		
	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :		
08439	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)		105,00
	NOTE : L'acte codé 08439 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08436 ou 08438.		
08440	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00
	NOTE : L'acte codé 08440 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08276 ou 08277.		
08441	Examen d'une deuxième région (maximum 1), supplément.		67,50

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

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

NOTE : Les services médicaux en Rôle 1 de la section *Protocole I* concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

08570	Tête (PG-7)	105,40
08571	Cou (PG-7)	112,00
08590	Sein	150,00
08572	Thorax (PG-7)	140,80
	NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut pas être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.	
08591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation "I"	35,00
	NOTE : L'acte codé 08591 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.	
08573	Abdomen (PG-7)	140,80
08574	Pelvis (PG-7)	140,80
08575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7) ..	112,00
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7)	104,50
08577	deux segments (PG-7)	131,30
08578	trois segments (PG-7)	176,60

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.

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 12*
AVIS : *Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

08442	Examen vasculaire région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
	NOTE : L'acte codé 08442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08570.	
08443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,00
	NOTE : L'acte codé 08443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08571.	
# 08444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) . NOTE : L'acte codé 08444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08445 ou 08572.	105,00
# 08445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux.	105,00
	NOTE : L'acte codé 08445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08573 ou 08574.	

		R = 7	R = 1
08446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)		160,00
+	NOTE : L'acte codé 08446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08445, 08447 08449, 08572, 08573 ou 08574.		
08447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire : thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)		105,00
+	NOTE : L'acte codé 08447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08446 ou 08572.		
08448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00
	NOTE : L'acte codé 08448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08575.		
08449	Examen d'une deuxième région (maximum 1), supplément		67,50

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut de Cardiologie de Québec
- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUL
- +
- CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement n° 3051 pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.*

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

08580	<p>Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7).</p> <p>L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.</p> <p>NOTE : L'acte codé 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.</p>	175,00
08581	<p>Examen limité (PG-7)</p> <p>NOTE : L'acte codé 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou "évaluation anneau aortique »).</p>	75,00
08582	<p>Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)</p> <p>NOTE : L'acte codé 08582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.</p>	75,00

	R = 7	R = 1
08583 Études de contractilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 08583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.		50,00
08584 Études de perfusion/viabilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1 ^{er} passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.		50,00
+08585 Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7)		27,50
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case UNITÉS.		
+08586 Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7) Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique		55,00
08587 Stress physique avec ergocycle NOTE : L'acte codé 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).		150,00
+08588 Stress médicamenteux Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		82,50
+08589 Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		137,50
NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section <i>Résonance magnétique - Cardiaque</i> lors d'une même séance.		