

ANNEXE B

ANATOMOPATHOLOGIE**TABLEAU DES ACTES****L4E****AUTOPSIES**

11701	Autopsie faite à la demande du coroner	48
11711	Autopsie partielle limitée à une cavité ou région faite à la demande du coroner	18
11712	Autopsie partielle limitée à plus d'une cavité ou région faite à la demande du coroner	24
11713	Autopsie partielle limitée au cerveau et/ou à la moelle épinière faite à la demande du coroner NOTE : Plutôt que de se limiter à la demande d'autopsie partielle du coroner, l'anatomopathologiste conserve en tout temps la pleine discrétion de procéder à une autopsie complète s'il la croit justifiée.	18
11702	Autopsie pédiatrique complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans) NOTE : Le <u>code</u> 11702 s'applique dans les cas de cardiopathie congénitale, de maladie métabolique, de néoplasie, de défaillance multisystémique.	48
+		
+	NOTE : Le <u>code</u> 11702 <u>s'applique</u> lorsqu'il y a eu naissance vivante.	

			L4E
	11703	Autopsie complexe en milieu hospitalier NOTE : Le <u>code</u> 11703 s'applique dans les cas de décès survenus per ou post-chirurgie, en obstétrique, lors de transplantation, lors d'une recherche de néoplasie primitive multimétastatique, suite à une hospitalisation en soins actifs d'un mois et plus, ainsi que lorsque des questions cliniques complexes sont posées.	48
+	11704	Autopsie pédiatrique non-complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans) NOTE : Le <u>code</u> 11704 s'applique lorsqu'il y a eu naissance vivante.	36
	11705	Autopsie non-complexe réalisée en milieu hospitalier	36
	11706	Autopsie partielle limitée à une cavité ou région	18
	11707	Autopsie partielle limitée à plus d'une cavité ou région	24
	11708	Autopsie limitée au cerveau et/ou à la moelle épinière	18
	11709	Autopsie d'un fœtus, examens macroscopique et microscopique réalisés, avec demande formelle d'autopsie et autorisation écrite d'un des parents NOTE : Le <u>code</u> 11709 ne s'applique pas dans les cas d'IVG non motivée par une anomalie physique ou génétique.	15
+	11710	Examen macroscopique seulement d'un fœtus	2

RÉUNIONS CLINICO-PATHOLOGIQUES

+ NOTE : Pour les codes 11801 et 11802, on accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs (MOD=077, pour la pratique en pédiatrie MOD=460 et pour la pratique en neuropathologie MOD=487).

+ NOTE : Pour les codes 11801 et 11802, on accorde la valeur en unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier pour participation à une clinique des tumeurs (MOD=128, pour la pratique en pédiatrie MOD=461 et pour la pratique en neuropathologie MOD=488).

11801	Corrélation clinico-pathologique d'un ou plusieurs cas de spécialité, à laquelle participent au moins deux médecins de la spécialité concernée. Un compte rendu comprenant la date, le nom des participants et les numéros des cas discutés doit être fait par période de 30 minutes	3
11802	Participation d'un anatomo-pathologiste dans le cadre d'une clinique des tumeurs, à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes. Un compte rendu comprenant la date, le nom des participants et les numéros des cas discutés doit être fait par période de 30 minutes	3
11803	Révision de matériel d'autopsie avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs	12
11804	Révision de matériel d'autopsie avec rapport succinct au dossier pour participation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs	8

CONSULTATIONS

- + NOTE : On accorde la valeur en unité L4E pour l'examen d'un cas sur requête d'un médecin d'une autre spécialité du même établissement, avec production d'un rapport écrit, en raison de sa complexité et/ou de sa gravité (MOD=129, pour la pratique en pédiatrie MOD=462 et pour la pratique en neuropathologie MOD=489).
- + NOTE : On accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E pour une consultation demandée par un anatomopathologiste d'un autre établissement, en raison de la complexité du(des) spécimen(s) à étudier pour établir un diagnostic. Toutefois, après la majoration de 1,5 fois la valeur en unité L4E, en incluant tous les actes et ajouts professionnels requis, si la valeur minimale de 6 L4E n'est pas atteinte, facturer le code 11900. Les codes 11902 et 11909 ne peuvent être facturés en sus. (MOD=151, pour la pratique en pédiatrie MOD=484 et pour la pratique en neuropathologie MOD=490).
- + NOTE : On accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E pour les consultations effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services pour la pratique en pédiatrie et pour la pratique en neuropathologie).
- + NOTE : Le transfert de routine interétablissement d'un cas ne représente pas une consultation et doit être codé à sa valeur normale par l'anatomopathologiste qui reçoit le cas. Pour l'expéditeur, le code 11906 doit être utilisé.

11901	intradisciplinaire dans le même établissement en raison de la difficulté du cas, avec production d'un rapport écrit	1
11902	demandée par un anatomopathologiste d'un autre établissement à un neuropathologiste reconnu par les parties négociantes, eu égard à l'étude d'un cerveau et/ou d'une moelle épinière en raison de la complexité du cas ou de sa gravité	27
11903	demandée par un anatomopathologiste du même établissement à un neuropathologiste reconnu par les parties négociantes, eu égard à des pathologies primaires dominantes du système nerveux, avec incidences cliniques et/ou génétiques, ou à des pathologies systémiques ayant entraîné une symptomatologie neurologique	18
11904	deuxième opinion demandée et documentée lors d'un examen extemporané	0,50

		L4E
11905	préparation du matériel et documentation explicative pour envoi en consultation	1
11906	préparation du matériel pour un transfert de routine interétablissement	0,15
11907	sélection de bloc(s) approprié(s) en vue d'un examen spécial interétablissement	0,50
11908	révision d'un spécimen antérieur pertinent lors de l'examen d'un cas, documentée au rapport	1
11909	demandée par un anatomopathologiste d'un autre centre hospitalier, eu égard à l'examen macroscopique et l'examen microscopique du cœur en raison de la complexité	27
+ 11910	NOTE : Le <u>code</u> 11909 <u>ne peut</u> s'appliquer à l'examen du cœur d'un donneur. supplément pour un cas urgent ou un diagnostic critique, incluant une communication directe avec le clinicien, mentionnée au rapport	1
+ 11910	NOTE : Le <u>code</u> 11910 ne peut être facturé avec une consultation per-opératoire.	
CONSULTATIONS PER-OPÉRATOIRES		
+ 11911	Première consultation sans congélation, ou avec une coupe, ou empreinte ou cytologie de grattage	3
11912	pour chaque consultation additionnelle avec ou sans congélation, supplément	2
11913	pour tout examen extemporané effectué en plus de la lame initiale, par coupe, ou empreinte ou cytologie de grattage, supplément	1
+ 11914	Technique de Mohs première couche excluant le curetage initial	3
11915	chaque couche additionnelle, supplément	2
+ 11913	NOTE : Les <u>codes</u> 11914 et 11915 ne peuvent être facturés avec le <u>code</u> 11913.	
CYTLOGIES		
12031	Biopsie – aspiration à l'aiguille fine	
12031	interprétation	2
12032	ponction effectuée par l'anatomopathologiste	3
12033	Évaluation, pendant la technique, de la qualité du matériel obtenu	3
12034	Bloc cellulaire	2
12034	NOTE : Le frottis cellulaire ne peut être facturé en sus.	
12035	Frottis gynécologique cervical et/ou vaginal	0,15
12036	Immunocyte	0,05
12037	Spécimen non gynécologique exfoliatif : urine, expectoration, aspiration ou écoulement	1

		L4E	
+	12038	Spécimen non gynécologique obtenu par lavage, ou brossage ou ponction de liquide	2
	12039	Décompte cellulaire sur lavage broncho-alvéolaire effectué par l'anatomopathologiste	1
		NOTE : Le <u>code</u> 12039 est facturable en sus du <u>code</u> 12038.	
	12040	Spermogramme complet	2
	12041	Spermogramme post-vasectomie	1
BIOPSIES			
spéciales			
	10301	incisionnelle ou excisionnelle pour sarcome, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
		NOTE : Voir Règle 1.2.	
	10402	osseuse pour pathologie non néoplasique	5
	10403	incisionnelle ou excisionnelle osseuse pour tumeur bénigne, maligne ou métastatique, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
		NOTE : Voir Règle 1.2.	
	10703	ouverte pulmonaire pour pathologie non tumorale	5
	10704	ouverte pulmonaire pour pathologie tumorale, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
		NOTE : Voir Règle 1.2.	
	10801	myocardique	5
	10802	artérielle	1
	10905	hépatique pour pathologie non tumorale ou pour tumeur primitive	5
	10906	hépatique pour métastase	1
	11001	testiculaire, dans les cas d'infertilité	5
	11405	évaluation d'organe transplanté	5
	11002	rénale pour pathologie non néoplasique	5
dermatologiques			
NOTE : Les lésions des lèvres ainsi que de la région périaneale sont incluses dans cette catégorie.			
	10221	carcinome basocellulaire ou spinocellulaire, kératose actinique ou maladie de Bowen	0,50
	10222	mélanome in situ ou naevus avec atypie modérée ou marquée	1
	10223	tumeur bénigne épidermique et/ou dermique, kyste ou acrochordon 1 à 3 lésions de même nature, dans le même contenant	0,50
		NOTE : Pour les lésions subséquentes de même nature, dans le même contenant, voir Règle 1.1.1(iii).	
	10224	néoplasie cutanée maligne (sauf carcinome basocellulaire ou spinocellulaire) ou mélanome malin sans rapport synoptique	1
	10225	cutanée pour condition non tumorale	1
	10226	cutanée pour tumeur annexielle ou infiltrat	1
	10227	cutanée pour alopécie, avec protocole de sections tangentielles	3

par curetage

10632	sinus 1 à 5 blocs	1
11026	résection transurétrale de la prostate 1 à 5 blocs	1
11027	résection transurétrale de la vessie 1 à 5 blocs	1
11123	endocervical 1 à 5 blocs	1
11124	endométrial 1 à 5 blocs	1
11424	autres organes 1 à 5 blocs	1

NOTE : Pour les blocs subséquents, voir Règle 1.1.3.

CHIRURGIES

13901	Description macroscopique seulement	0,15
-------	-------------------------------------	------

Mammaires

12403	Reprise de marge suite à une exérèse ancienne, par bloc Maximum 45 blocs	0,33
12404	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion bénigne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) y compris l'évaluation des canaux galactophores, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2. Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion maligne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) avec rapport synoptique	0,33
12405	1 à 15 blocs	5
12406	par bloc supplémentaire, supplément Maximum 30 blocs supplémentaires	0,33
12407	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion maligne (avec ganglions axillaires et/ou sentinelles)	15

Cutanées

10242	Excision large cutanée (non esthétique), de 2 cm et plus, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2.	0,33
10243	Excision large cutanée pour lésion maligne, par bloc Maximum 45 blocs NOTE : Voir Règle 1.2. NOTE : Le <u>code</u> 11564 (ganglion sentinelle) est facturable en sus.	0,33

+

AJOUTS PROFESSIONNELS

+ NOTE : Les codes apparaissant sous cette rubrique ne s'appliquent pas à un cas de Niveau 6 (n6), sauf pour ceux de biologie moléculaire et cytogénétique.

12101 Niveaux supplémentaires par niveau, supplément
NOTE : Voir Règle 2.1.

COLORATIONS SPÉCIALES, IMMUNOFLUORESCENCE, HISTOCHIMIE ET IMMUNOHISTOCHIMIE

+ NOTE : Les cinq premières colorations ou les cinq premiers marqueurs diagnostiques sont inclus d'emblée pour les cas de Niveau 5 (n5) pour les codes 12102 et 12104. Voir Règle 2.2.

12102	Coloration ou marqueur immunohistochimique diagnostique, par lame	0,15
12103	Marqueur d'immunofluorescence, par lame	0,33
12104	Coloration pour recherche spécifique de micro-organismes excluant les techniques basées sur des anticorps spécifiques, par lame	0,50
12105	Coloration histo-enzymologique pour biopsie musculaire, par enzyme étudié	0,33
12106	Étude histochimique de ploïdie par analyse en flux ou statique	2
12107	Recherche en immunofluorescence d'auto-anticorps sur coupe de tissu	0,33

ACTES DE LABORATOIRE

60421	Interprétation d'électrophorèse des protéines sériques	10,00
60422	urinaires	10,00
60423	du liquide céphalorachidien	10,00
	Interprétation d'électrophorèse	
60424	des lipoprotéines	10,00
60425	de la créatine kinase	10,00
60426	de la phosphatase alcaline	10,00
+ NOTE : Les codes 60421, 60422, 60423, 60424, 60425 et 60426 peuvent être facturés une fois par patient, par jour.		
	Interprétation d'immunofixation des protéines	
60427	séries	10,00
60428	urinaires	10,00
60429	du liquide céphalorachidien	10,00
+ NOTE : Les codes 60427, 60428 et 60429 peuvent être facturés une fois par patient, par jour.		
60430	Recherche et identification de cristaux dans le liquide synovial	10,00
60431	Interprétation de macroprolactine et de macrocréatine kinase	5,00
60432	Interprétation d'un tracé spectrophotométrique (liquide céphalorachidien pour la recherche de xanthochromie et analyse de lithiase)	5,00
60433	Recherche qualitative de graisses dans les selles	5,00
60434	Interprétation du test de dépistage prénatal de la trisomie 21	5,00
60435	Biochimie génétique test enzymologique (biotinidase, enzymes lysosomiaux, trypsinogène, fumarylacétate, hydrolase, enzymes du cycle de l'urée, disaccharidases, galactose-1-PO4 uridyl transférase)	25,00
60436	métabolites (7-dehydrocholestérol, acide hippurique, acide homogentisique, acide orotique, acide phytanique, acide pipécolique, acide sialique, acides gras libres, carnitine libre et estérifiée, galactose-1-PO4, mucopolysaccharides, oligosaccharides, purines et pyrimidines, sphingolipides (qualitatif), succinylacétone, acide méthylmalonique (contexte d'investigation génétique), cystine)	15,00
60437	analyse d'un profil métabolique (acides aminés, acides organiques, acylcarnitines, acides gras à très longues chaînes)	75,00
	Diagnostic moléculaire	
60438	Étude moléculaire d'un ou 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	22,70
60439	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	45,30
60440	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génotypique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	67,90
60441	Etude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	90,50

	Autre scintigraphie :	
08692	un site	24,50
08693	sites multiples	65,40
08694	Scintigraphie par fluorescence-X	40,70
08695	Mesure des éléments tracés "in vivo" par activation neutronale	74,20
	Tomographie assistée	
08701	cerveau (PG-7)	86,10
08702	coeur (PG-7)	60,90
	autre (PG-7)	70,70
+	NOTE : Le <u>code</u> 08703 <u>peut être facturé</u> une fois par patient, par jour, avec les <u>codes</u> 08678, 08679, 08680 et 08681.	
+	08700 Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance, à l'exception du <u>code</u> 08713 qui, lui, est facturable une fois par jour, par patient (PG-7)	284,70
	Tomographie assistée par positron à l'aide de fluorure de sodium	
08778	étude pancorporelle	129,50
08779	étude ciblée	71,70

TRAITEMENT

08705	Brachythérapie	148,30
08696	Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne	253,20
08697	TraITEMENT par radio-isotope métabolisé	139,30
08698	Contrôle d'implantation d'un stimulateur cardiaque nucléaire	122,20
08699	Surveillance du stimulateur cardiaque nucléaire, par visite	17,80

ÉPREUVES "IN VITRO"

82744	Acide folique	0,10
82604	Adrénocorticotropine (ACTH)	0,10
82605	Aldostéron	0,10
82625	AMP cyclique	0,10
82606	Angiotensine I	0,10
82614	Angiotensine II	0,10
82664	Antigène australien (HAA)	0,10
82616	Antigène carcino-embryogénique (CEA)	0,10
82676	Anti-human IgE	0,10
82624	Cortisol	0,10
82644	Digitoxine	0,10
82626	Digoxine	0,10
82645	Estradiol	0,10
82646	Folliculo-stimuline (FSH)	0,10
82654	Gastrine	0,10
82655	Glucagon	0,10
82656	GMP cyclique	0,10
82665	Gonadotropine chorionique	0,10
82666	Hormone de croissance (HGH)	0,10
82674	Hormone lactogène placentaire (HPL)	0,10
82686	Hormone luténisante (LH)	0,10
82726	Hormone thyréostimulante (TSH)	0,10

		R = 7	R = 1	R = 9
--	--	-------	-------	-------

COLONNE ET BASSIN

	Colonne cervicale			
8127	3 incidences ou moins	23,70	7,90	15%
8128	4 incidences ou plus	30,40	10,50	15%
8042	Colonne dorsale (*)	22,60	8,30	15%
8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (*)	26,50	8,30	15%
8057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	33,30	9,20	15%
	Colonne entière (série scoliotique)			
8053	minimum de 4 incidences	50,80	20,10	15%
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,70	6,70	15%
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	28,20	10,70	15%
8058	Articulations sacro-iliaques	19,80	10,30	15%
	Bassin			
8054	1 incidence (*)	13,50	6,80	15%
8056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	25,10	9,60	15%
8055	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 facturées séparément en même temps que le bassin.

MEMBRES SUPÉRIEURS

8060	Clavicule	16,00	6,70	15%
8075	Articulations acromio-claviculaires	19,80	10,30	15%
8118	Articulations sterno-claviculaires	16,30	8,30	15%
8074	Omoplate	17,70	8,30	15%
8062	Épaule	17,60	8,30	15%
8063	Humérus	13,50	6,70	15%
8064	Coude	13,50	6,70	15%
8065	Avant-bras	13,50	6,70	15%
8066	Poignet	13,50	6,70	15%
8067	Main	13,50	6,70	15%
8068	Poignet et main	19,80	12,90	15%
8069	Doigt ou pouce	10,40	5,10	15%

			R = 7	R = 1	R = 9
MEMBRES INFÉRIEURS					
8080	Hanche unilatérale				
8080	2 incidences ou plus	22,10	7,90	15%	
8083	Fémur	13,50	6,70	15%	
8084	Genou, incluant la rotule	13,50	6,70	15%	
8082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (Type Télos ou autres)	40,00	15,80	15%	
8085	Jambe	13,50	6,70	15%	
8086	Cheville	13,50	6,70	15%	
	Pied				
8087	Tarse, calcaneum ou talon	13,50	6,70	15%	
8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,80	11,60	15%	
8090	Orteil	10,40	5,10	15%	
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	20,50	10,30	15%	
ÉTUDES DU SQUELETTE					
8092	Étude du squelette pour âge osseux				
	1 région (main)	13,50	9,90	15%	
8093	2 régions (main et autres)	24,30	11,20	15%	
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région				
8280	8 incidences ou moins	54,10	25,40	15%	
8281	9 ou 10 incidences	64,20	30,70	15%	
8282	11 incidences ou plus	74,40	34,50	15%	
THORAX					
8100	Poumons	19,80	9,80	15%	
8108	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%	
	Larynx, études spéciales				
8113	phonation	26,40	24,60	15%	
	Hémithorax (côtes)				
8115	2 incidences ou plus	16,30	7,20	15%	
8117	Sternum	17,20	7,20	15%	
+ Lecteur B/ CNESST : pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologue					
9943	en établissement		12,50		

			R = 7	R = 1	R = 9
	9943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologue en cabinet			
				13,50	
		ABDOMEN			
		Abdomen			
	8150	simple	13,50	5,90	15%
	8152	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 "Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie)" sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.			
	8132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,00	27,50	60%
	8133	Étude du pharynx et de l'oesophage	34,00	27,50	60%
+	8157	Oesophage seul (lorsque les <u>codes</u> 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés).	32,10	16,10	60%
		Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
	8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	62,90	27,10	60%
	8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	67,80	32,90	60%
	8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	80,80	35,50	60%
	8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	90,80	41,50	60%

				R = 7	R = 1	R = 9
+	8156	Étude du grêle seul (lorsque les <u>codes</u> 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés).		41,40	18,70	60%
	8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle Côlon, lavement baryté		75,40	70,70	60%
	8149	simple contraste		65,50	21,00	60%
	8179	pour réduction d'intussusception (PG-7)		59,10	92,20	60%
	8160	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%
	8035	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 : 08149, 08160, 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268 et 08269.			210,00	
	8161	Cholécystographie orale			3,70	
		Cholangiographie				
	8171	par tube en T, incluant l'injection		27,40	16,00	60%
	8163	per-opératoire			8,30	
	8165	par infusion intraveineuse incluant l'injection		39,20	19,20	60%
	8180	Pancréatographie per-opératoire			14,20	
	8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie		28,40	13,50	60%

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.

Pyélographie

8181	I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant	65,60	31,20	60%
8186	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%

8187	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%
------	---	-------	-------	-----

8190	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%
------	---	-------	-------	-----

8189	Vasographie - Déférentographie	20,10	6,20	60%
8191	Kystographie rénale incluant la ponction	12,20	77,40	60%
8198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelvigraphie	41,50	28,70	60%

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

8192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	13,40	6,10	15%
8193	Pelvimétrie	20,70	10,10	15%
8197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	42,10	48,30	60%

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.

8102	Thorax	31,00	11,70	60%
8151	Abdomen	31,00	11,70	60%
	Contrôle fluoroscopique effectué par un radiologue pour des procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure			
8270	premier quart d'heure	12,10	21,20	60%
8271	deux quarts d'heure	24,10	42,40	60%
8272	trois quarts d'heure	36,30	63,60	60%
8273	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.

	Arthrogramphie, bursographie ou ténothérapie			
8114	graphie seulement	32,50	30,00	15%
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,20	60,10	60%
8112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	50,00	76,80	60%
	Bronchographie			
8109	unilatérale	30,80	53,30	60%
8111	bilatérale	42,50	75,00	60%
8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	37,20	23,00	60%
8007	Cisternographie opaque	70,60	32,30	60%
8027	Dacryocystographie	26,90	10,80	60%
8098	Discographie, un niveau ou plus	30,90	22,10	60%
8004	Encéphalographie	67,20	32,30	60%

			R = 7	R = 1	R = 9
8240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)			35,90	
8242	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				
	En CABINET : Tarif de consultation de chaque examen +8,80 \$.				

MAMMOGRAPHIE

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.

diagnostique avec ou sans examen clinique

8048	unilatérale	25,40	9,50	15%
8049	bilatérale	38,40	18,80	15%
	clichés supplémentaires			
8072	unilatéral	23,40	8,70	15%
8073	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 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être facturés que par le médecin radiologue 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).

comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale

8078	unilatérale (*)	25,40	8,70	15%
8079	bilatérale (*)	38,40	17,50	15%
8081	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			
8103	unilatéral (*)	23,40	8,70	15%
8104	bilatéral (*)	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 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être facturés que par le médecin radiologue 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).

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par un médecin radiologue ou chirurgien vasculaire et dont l'interprétation est exécutée par un médecin radiologue. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

ANGIORADIOLOGIE

8433 Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique avec rapport au dossier 68,60

+ NOTE : Cette évaluation ne peut être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.

+ NOTE : Le code 8433 ne peut être facturé avec les codes 9222 et 9299, 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.

8401 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

			R = 7	R = 1	R = 9
8422	Pontage mammao-coronarien, unilatéral			43,70	
8423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée			33,20	
8424	Lymphographie, unilatérale			32,30	
TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR					
(un examen par région anatomique, par patient, par établissement, par jour 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 anatomique, par patient, par établissement, par jour 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.				
Tête					
8258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)			41,80	
8259	sans injection de substance de contraste (PG-7)			33,40	
Massif facial ou sinus ou conduits auditifs internes					
8290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste			54,70	
Cou					
8260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)			63,10	
8261	sans injection de substance de contraste (PG-7)			54,70	

+	Thorax		
	(ne peut être facturé en sus des <u>codes</u> pour "abdomen complet" ou pour "thorax et abdomen complet")		
	8262 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10	
	8263 sans injection de substance de contraste (PG-7)	54,70	
+	NOTE : L'examen du thorax (<u>code</u> 08262 ou <u>code</u> 08263) inclut l'examen des surrénales.		
	Coeur		
+	(ne peut être facturé en sus des <u>codes</u> pour "thorax" ou pour "thorax et abdomen complet")		
	8291 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.		
	8292 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.		
	8293 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.		
	8294 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 <u>codes</u> pour "thorax" ou pour "thorax et abdomen complet" ou pour "pelvis" ou pour "abdomen complet et pelvis")		
	8264 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10	
	8265 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 <u>codes</u> pour "thorax" ou pour "abdomen complet" ou pour "abdomen complet et pelvis")	
8255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	94,70
8256	sans injection de substance de contraste (PG-7)	82,10
Pelvis		
+	(ne peut être facturé en sus des <u>codes</u> pour "abdomen complet" ou pour "abdomen complet et pelvis")	
	8266 avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10
8267	sans injection de substance de contraste (PG-7)	54,70
Abdomen complet et pelvis		
+	(ne peut être facturé en sus des <u>codes</u> pour "abdomen complet" ou pour "thorax et abdomen complet" ou pour "pelvis")	
8268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	90,00
8269	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 coupoles diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.		
Rachis		
8274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	56,90
8275	sans injection de substance de contraste (PG-7)	48,50
Extrémités		
8276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	41,10
8277	sans injection de substance de contraste (PG-7)	32,70
Corps entier		
8278	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 tomodensitométrique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images	200,00

Angio-TDM

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

NOTE : En angio-TDM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

8441	Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1) Examen vasculaire :	67,50
8434	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08434 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08258, 08259 ou 08290 le même jour, pour le même patient, dans le même établissement. Toutefois, de façon exceptionnelle, les <u>codes</u> 08258 ou 08259 pourraient être facturés chez le même patient, le même jour, dans le même établissement, si effectués à une séance différente, dans l'un des établissements désignés suivants : - Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHAUQ) - Hôpital Notre-Dame (CHUM) - Hôpital Fleurimont (CHUS) - Hôpital général de Montréal - Hôpital neurologique de Montréal (CUSM)	
8435	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08435 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08260 ou 08261.	
8436	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08436 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08255, 08256, 08262, 08263 ou 08437 à la même séance.	
8437	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux	105,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08437 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08255, 08256, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268, 08269 ou 08436 à la même séance .	
8438	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)	160,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08438 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268, 08269, 08436, 08437 ou 08441 à la même séance.	
8439	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire : thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08439 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08255, 08256, 08262, 08263, 08436 ou 08438 à la même séance .	
8440	Examen des membres supérieurs ou inférieurs	135,00
+	NOTE : Le <u>code</u> 08440 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08276 ou 08277 à la même séance.	

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 le 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.

8570	Tête (PG-7)	105,40
8571	Cou (PG-7)	112,00
8590	Sein uni ou bilatéral	150,00
8572	Thorax (PG-7)	140,80

+ NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.

8591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologue pour complément d'interprétation "I"	35,00
------	---	-------

+ NOTE : Le code 08591 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.

			R = 7	R = 1	R = 9
8573	Abdomen (PG-7)			140,80	
8574	Pelvis (PG-7)			140,80	
8575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7)			112,00	
	Colonne				
8576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7)			104,50	
8577	deux segments (PG-7)			131,30	
8578	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.				
	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.				
	Angio-IRM				
	NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.				
	NOTE : En angio-IRM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.				
8449	Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1)			67,50	
8442	Examen vasculaire région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)			105,00	
+ +	NOTE : Le <u>code</u> 08442 <u>ne peut être</u> facturé avec le <u>code</u> 08570.				
8443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)			105,00	
+ +	NOTE : Le <u>code</u> 08443 <u>ne peut être</u> facturé avec le <u>code</u> 08571.				
8444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)			105,00	
+ +	NOTE : Le <u>code</u> 08444 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08445 ou 08572.				

			R = 7	R = 1	R = 9
	8445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux NOTE : Le <u>code</u> 08445 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08444, 08573 ou 08574.		105,00	
+	8446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) NOTE : Le <u>code</u> 08446 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08444, 08445, 08447, 08449, 08572, 08573 ou 08574.		160,00	
	8447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire : thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) NOTE : le <u>code</u> 08447 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08444, 08446 ou 08572.		105,00	
+	8448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs NOTE : Le <u>code</u> 08448 <u>ne peut être</u> facturé avec le <u>code</u> 08575.		135,00	
CARDIAQUE					
+		Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section ainsi que le <u>code</u> 08449 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 universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec - CUSM - Site Glen (pédiatrique) - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal - CHUQ - CHUL - CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu - Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis			

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.

8580	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)	183,75
+ + +	<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 : Le <u>code</u> 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.</p> <p>NOTE : Le <u>code</u> 08580 ne peut être facturé avec le code 08444.</p>	
8581	Examen limité (PG-7)	78,75
+ +	<p>NOTE : Le <u>code</u> 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (<u>code</u> 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme "contractilité apicale" ou "évaluation anneau aortique").</p>	
8582	Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)	78,75
+ +	<p>NOTE : Le <u>code</u> 08582 <u>ne peut être</u> facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.</p>	

			R = 7	R = 1	R = 9
	8583	Études de contractilité (PG-7) NOTE : Le <u>code</u> 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.		52,50	
+	8584	Études de perfusion/viabilité (PG-7) NOTE : Le <u>code</u> 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1er passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.		52,50	
	8585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7)		28,90	
	8586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7)		57,75	
		Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique			
+	8587	Stress physique avec ergocycle NOTE : Le <u>code</u> 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédictive avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).		150,00	
	8588	Stress médicamenteux Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		101,60	
	8589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédictive pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)		169,30	
+		NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section "Résonance magnétique - Cardiaque" <u>effectués à la</u> même séance.			

ULTRASONOGRAPHIE

+ NOTE : Les services médicaux de l'Addendum "Ultrasonographie" (à l'exclusion des codes 08303, 08311, 08312, 08313, 08314, 08315, 08317, 08318, 08319, 08323, 08324, 08341 et 08347) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans.

ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE :

08300	Ligne médiane postérieure	8,00
08301	Ligne médiane postérieure, ligne médiane antérieure, troisième ventricule postérieur et ventricules latéraux	17,60
08302	Complète	51,50

ULTRASONOGRAPHIE CARDIAQUE :

08374	Interprétation des images supplémentaires suite à l'injection de substance de contraste, à l'exclusion du salin agité pour produire des microbulles, supplément (*)	23,35
08375	Échographie intracoronarienne incluant l'examen de toutes les artères coronariennes et de tous les greffons coronariens technique (*)	136,10
08376	interprétation (*)	77,80
08377	technique et interprétation (*)	233,75

			R = 1	R = 7
08303	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux (*)		100,30	
08378	pour un cas d'un donneur potentiel incluant le rapport spécifique exigé par l'organisme Québec-Transplant, supplément		25,15	
08341	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort) (*) NOTE : Le <u>code</u> 08303 ne peut être facturé le même jour que les <u>codes</u> 08304, 08341 et 08380.		173,50	
+				
08311	Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux (*)		135,00	
60703	si grossesse multiple, par foetus, supplément		100,00	
08304	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve à la dobutamine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques (*) NOTE : Le <u>code</u> 08303 ne peut être facturé le même jour que les <u>codes</u> 08304, 08341 et 08380.		235,65	
+				
08380	Etude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux lors d'une épreuve au dipyridamole incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques (*) NOTE : Le <u>code</u> 08303 ne peut être facturé le même jour que les <u>codes</u> 08304, 08341 et 08380.		210,70	
+				

			R = 1	R = 7
08347	Enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires (à l'exception des artères coronaires) à l'aide d'un cathéter muni d'un cristal ultrasonographique introduit par voie endovasculaire, incluant la ponction vasculaire, le cathétérisme vasculaire requis pour positionner le cathéter, l'acquisition et l'interprétation des images (*) + NOTE : Le <u>code</u> 08347 ne peut être facturé le même jour que les <u>codes</u> 08309, 08338, 08371 et 08372.		147,30	
08329	Échographie périopératoire avec sonde endoœsophagiennes dans le contexte d'une chirurgie cardiaque incluant le monitoring cardiaque et hémodynamique continu, l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde et comprenant l'étude de la morphologie cardiaque et l'évaluation de la fonction cardiaque incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler, par jour, par patient A8-1 + NOTE : Le <u>code</u> 08329 ne peut être facturé que par un anesthésiologue possédant des priviléges hospitaliers en échographie cardiaque périopératoire. + NOTE : Un rapport d'examen écrit devra être consigné au dossier hospitalier du patient. + NOTE : Le <u>code</u> 08309 et le <u>code</u> 08329 sont mutuellement exclusifs, à la même séance. + NOTE : Le <u>code</u> 08329 est exclusif à l'anesthésiologie.		142,00	

PROTOCOLE II

Concernant les examens d'échographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier.

1- Les examens d'échocardiographie transoesophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier par un anesthésiologue, un cardiologue, un CCVT désigné à l'annexe 29, un interniste ou un radiologue sont payés suivant la tarification suivante :

08309	Échographie avec sonde endooesophagienne incluant l'administration de médicaments, la mise en place et la manipulation de la sonde, l'étude des flux intracardiaques à l'aide du Doppler ainsi que la supervision du patient pendant l'examen	189,35
08371	Si effectuée en salle d'opération avec ou sans mise en place de la sonde endooesophagienne et avec ou sans l'administration de médicaments	189,35
08372	Si autre ETO requise lors de la même chirurgie, par séance NOTE : Maximum 2 ETO.	94,70
08338	Échographie avec sonde endooesophagienne pour monitoring ou guidance lors d'intervention cardiaque en salle d'hémodynamie, pour 60 minutes	308,70
60700	pour chaque 30 minutes additionnelles complétées (maximum 4), supplément NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec les <u>codes</u> 08309, 08371 et 08372.	111,60

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

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE :

08315	Étude limitée (ex. : détermination de l'âge foetal, localisation placentaire, localisation d'un stériplet, etc.) - ne peut être facturé en sus de 08312, 08316, 08317, 08318, 08321, 08322, 08323, 08324, 08328 et 08339 (*)	15,00
08314	Évaluation complète de retard de croissance intra-utérine (comprend l'examen complet du 3e trimestre, Doppler du cordon, des artères cérébrales moyennes, un index de liquide amniotique et un profil biophysique)	75,00
	NOTE : Les <u>codes</u> 08317, 08318, 08319 et 08339 ne peuvent être facturés avec le <u>code</u> 08314.	
08321	Échographie pelvienne complète par voie transvésicale ou endovaginale (*)	25,90
08322	par voie transvésicale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide) (*)	32,85
08316	Échohystéographie avec injection de liquide intra-utérin (*)	41,00

ULTRASONOGRAPHIE OPHTALMOLOGIQUE

08336	Écho A-oeil, biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)	
08337	un oeil	14,85
08337	deux yeux	24,70
08320	Écho B-oeil, comportant, le cas échéant, l'étude comparative faite en mode A	67,40
08373	Biomicroscopie ultrasonique (UBM) du segment antérieur	60,00

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

08382	Interprétation des images supplémentaires suite à l'injection de substance de contraste lors d'une échographie abdominale, à l'exclusion du salin agité pour produire des microbulles, supplément	22,20
08325	Limitée (un ou deux organes) ne peut être facturé en sus de 08326 (PG-7) (*)	32,85
08326	Complète (trois organes et plus) (PG-7) (*)	52,70

ÉCHOGRAPHIE DES VOIES RESPIRATOIRES

08383	Échographie endobronchique	100,00
08384	avec ponction ganglionnaire ou tumorale transtrachéale ou transbronchique, supplément	100,00

ÉCHOGRAPHIE DIGESTIVE

+ NOTE : Une endoscopie gastro-entérologique ne peut être facturée avec les codes 08348, 08365 et 08370.

08348	Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum de un examen, par jour, par patient	151,30
08349	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément	33,60
60704	sous écho-endoscopie, pose de prothèse pour drainage transgastrique, transduodénal ou transjéjunale d'un pseudokyste pancréatique, supplément	90,75

+ NOTE : les codes 08349 et 60704 ne peuvent être facturés à la même séance.

			R = 1	R = 7
08370	Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient		72,70	
08365	Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient		151,30	
08369	biopsie ou ponction ou injection, unique ou multiple, par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément		33,60	
08327	Échographie prostatique transrectale (*)		40,00	
08328	Échographie transrectale, autre que prostatique (ne peut être facturé en même temps qu'une échographie endovaginale, prostatique, pelvienne ou obstétricale) (*) NOTE : L'indication clinique doit être notée sur le relevé d'honoraires.		63,00	
ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE (s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)				
08342	Examen détaillé (implique l'évaluation des récessus articulaires ainsi que l'ensemble des bourses, muscles, tendons et ligaments pertinents autour de l'articulation en question), par articulation (PG-7) (**) NOTE : Le <u>code</u> 08342 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08352, 08353, 08354, 08355, 08356, 08358, 08359 et 08360.		40,70	
+				
08343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément		26,20	

			R = 1	R = 7
08346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation (*) + NOTE : Le <u>code</u> 08346 <u>ne peut être</u> facturé le même jour que le <u>code</u> 08342 pour la même articulation.		26,20	
	ÉCHOGRAPHIE DE SURFACE			
08330	Face ou cou ou les deux (PG-7)		27,25	
60701	Colonne lombo-sacrée chez un patient de 6 mois ou moins		51,50	
08331	Épanchement pleural (PG-7)		26,20	
08333	Sein (par sein) (**) En CRID dans le cadre du PQDCS		32,20	
08385	sein - unilatéral		49,70	
08386	sein - bilatéral		66,10	
08334	Scrotum (un ou deux testicules) incluant le Doppler au besoin		39,50	
08335	Divers		26,20	
	ÉCHOSCOPIE			
08340	Contrôle échoscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		28,70	
	ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE À L'URGENCE			
60702	Échographie diagnostique au département d'urgence (pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement) + NOTE : Le <u>code</u> 60702 <u>peut être facturé</u> deux fois par patient, par médecin, par jour.		20,00	
	EXAMENS DOPPLER POUR FINS DE DIAGNOSTIC			
08387	Administration intraveineuse de substance de contraste, supplément + NOTE : <u>Le code</u> 08387 <u>peut être facturé</u> une fois par patient, par séance.		15,80	

**DOPPLER ARTÉRIEL CERVICO-ENCÉPHALIQUE
(INCLUANT L'EXAMEN DOPPLER TRANSCRÂNIEN
COMPLET, LE CAS ÉCHÉANT)**

	Examen complet	
08388	Analyse de fréquence (Doppler mode pulsé) avec Écho-B Duplex associé au besoin au mode couleur ou de puissance (comprend l'étude bilatérale des carotides primitives, externes, internes, ophthalmiques si nécessaire, vertébrales, sous-clavières) incluant les manœuvres de compression jugées nécessaires. Cela comprend l'enregistrement des courbes de vitesse et des images mode B NOTE : Le <u>code</u> 08388 <u>ne peut être</u> facturé avec le <u>code</u> 08330.	83,00
+		

	Examen limité	
08389	Examen partiel du polygone de Willis (étude d'un seul vaisseau pour suivi d'un vasospasme) NOTE : Maximum de deux fois par jour, par patient.	27,60

08425	Monitoring de condition(s) vasculaire(s) cérébrale(s) aigue(s) ou subaigue(s) incluant l'enregistrement graphique de routine du segment carotidien submandibulaire, des artères ophthalmiques, du siphon carotidien, des artères cérébrales moyennes, des artères cérébrales antérieures, des artères vertébrales et de l'artère basilaire	100,00
-------	--	--------

DOPPLER CONTINU ARTÉRIEL PÉRIPHÉRIQUE

08352	Étude étagée au Doppler continu du système artériel des deux membres supérieurs (artères sous-clavières, humérales, radiales et cubitales) ou des deux membres inférieurs (artères fémorales communes et superficielles, poplitées, tibiales antérieures et postérieures) avec prise de tension artérielle incluant, dans le cas des membres inférieurs, l'indice de pression cheville/bras (indice tibio-huméral) avec prise de tension artérielle et enregistrement graphique des courbes de vitesse	34,00
08353	pour épreuve d'hyperhémie réactionnelle, supplément	21,55
08354	pour épreuve après tapis roulant, avec présence du médecin, jusqu'au retour des pressions aux valeurs initiales, supplément	39,00
	pour évaluation complète des artères interdigitales incluant la manœuvre d'Allen (enregistrement des courbes de vitesse des artères interdigitales avant et pendant la compression de l'artère radiale au poignet), unilatérale	
08355	sans test de provocation au froid, supplément	15,70
08356	avec test de provocation au froid, supplément	33,10

DOPPLER PORTAL

08397	Chez le greffé hépatique Examen Doppler pulsé avec ou sans Doppler couleur des branches du système porte (veines spléniques, mésentériques supérieure ou inférieure) de la veine porte extra-hépatique et de ses branches intra-hépatiques, des artères à destinée digestive dont l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques ainsi que des branches collatérales porto-systémiques. Cet examen inclut l'analyse des spectres de résistance, des vélocités et courbes Doppler NOTE : <u>Le code 08397 ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08325 ou 08326, le même jour.	127,30
+		

DOPPLER DE LA CIRCULATION ABDOMINALE

08398	Étude échographique abdominale avec attention particulière au foie, étude Doppler de la veine porte (perméabilité), des branches segmentaires de la veine porte, des artères hépatiques droite et gauche, de la vascularisation d'une masse, des veines sus-hépatiques et de la veine cave ou étude Doppler des artères digestives (tronc coeliaque, veines mésentériques supérieure et inférieure) et/ou de l'aorte NOTE : Le <u>code</u> 08398 <u>ne peut être</u> facturé avec les <u>codes</u> 08325 ou 08326, le même jour.	83,00
+		

DOPPLER PÉNIEN AVEC INJECTION D'UN PRODUIT VASO-ACTIF

08363	Doppler pénien pour documentation de dysfonction érectile. Étude de la réponse des vitesses systoliques maximales artielles caverneuses bilatérales lors d'une érection	50,00
-------	---	-------

DOPPLER RÉNAL

08399	Doppler rénal uni ou bilatéral incluant l'échographie abdominale complète ou partielle NOTE : Aucun autre code d'interprétation Doppler ne peut être facturé à la même séance pour le même patient.	83,00
-------	--	-------

08464	stade 2 Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO2 et d'oxygène expirés, pCO2 de fin d'expiration, pCO2 du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	120,00
08465	stade 3 Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : PO2, pCO2 et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène	190,00
	Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1. NOTE : Le <u>code</u> 00125 ne peut être facturé avec les <u>codes</u> 08463, 08464 et 08465.	
08499	Test de marche de 6 minutes, à l'air libre ou avec oxygène incluant la mesure continue de la saturation digitale en oxygène et de la fréquence cardiaque, la mesure de la distance maximale parcourue et la mesure subjective de la dyspnée d'effort et de l'endurance à la marche, par patient Maximum de 2 par jour, par patient	15,00
08487	Test d'endurance à l'exercice Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge constante correspondant de 75 à 80 % du travail maximal : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, saturation en oxygène, temps d'endurance et mesure subjective de la dyspnée et de la fatigue des quadriceps.	100,00
08492	mesure non invasive de l'index tensio-temporel des muscles respiratoires (TT MUS), supplément	25,00
08488	Test de provocation bronchique à l'exercice Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge suffisante pour maintenir la ventilation minute entre 40 et 60 % de la ventilation minute maximale : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et débit expiratoire forcé avant et après l'exercice.	100,00

+	Génétique moléculaire :		
	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM ("Online Mendelian Inheritance in Man") ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement, sauf pour les <u>codes</u> 09670, 09677, 09678, 09679, 09680, 09681 et 09682. (*)		
09663	Étude moléculaire d'un ou 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	30,10	
09664	Étude moléculaire de plus de 2 segments d'un même gène pour discrimination allélique	60,00	
09665	Étude moléculaire d'un ou de plusieurs segments d'un même gène pour détermination du nombre de copies de l'ADN	329,90	
09666	Étude moléculaire pour quantifier l'ARN d'un gène humain Étude moléculaire pour recherche de mutation(s) par séquençage conventionnel de segment(s) de gènes	329,90	
09667	1 segment	30,00	
09674	2 à 4 segments	60,00	
09675	5 à 20 segments	120,00	
09676	plus de 20 segments	150,00	
09668	Étude moléculaire d'un même gène par Southern génotypique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s))	90,00	
09658	Étude moléculaire d'une mutation par expansion de triplets avec mesure de la longueur de l'expansion	119,90	
09659	Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragments différents de la protéine codée par le gène étudié	329,90	
09669	Étude du profil de méthylation d'un segment du génome	164,80	
09670	Étude moléculaire d'une ou plusieurs séquences microsatellites ou l'étude de l'instabilité des microsatellites Étude moléculaire par séquençage de nouvelle génération d'un groupe de gènes incluant la validation	90,00	
09677	de 3 à 20 gènes	250,00	
09678	de 21 à 200 gènes	365,00	
09679	plus de 200 gènes	550,00	
	NOTE : Les actes codés 09677, 09678 et 09679 sont exigibles une fois par patient, par année civile. Interprétation et émission d'un rapport pour des données de séquençage de nouvelle génération déjà produites chez un même patient		
09680	de 3 à 20 gènes	250,00	
09681	de 21 à 200 gènes	365,00	
09682	plus de 200 gènes	550,00	