

A - ANATOMO-PATHOLOGIE**ADDENDUM 2.**

Cet addendum détermine la rémunération du médecin anatomo-pathologiste qui exerce dans le champ de sa discipline, pour sa participation aux activités de laboratoire en anatomo-pathologie ainsi qu'à certaines autres activités indiquées.

La rémunération prévue au présent addendum constitue un mode de rémunération exclusif pour le médecin anatomo-pathologiste. Ainsi, il ne peut tirer avantage d'aucun autre mode de rémunération prévu à l'Accord-cadre, à moins de dispositions spécifiques prévues au présent addendum.

ARTICLE 1.**Mode de rémunération**

- 1.1** La rémunération du médecin anatomo-pathologiste est établie sur la base d'un montant forfaitaire, lequel est fonction de la charge professionnelle anticipée et de la charge professionnelle réelle du médecin au cours d'une année civile, ainsi que du nombre de semaines au cours desquelles il accomplit cette charge ou a droit au paiement du montant forfaitaire établi pour celle-ci.

ARTICLE 2.**La charge professionnelle**

- 2.1** Le médecin anatomo-pathologiste reçoit un montant forfaitaire établi en fonction de sa charge professionnelle annuelle, laquelle comprend l'ensemble des activités qu'il accomplit dans le cadre du régime d'assurance maladie à l'exception des activités qui sont prévues à l'article 2.2. Les activités comprennent notamment :
- i) Les activités de laboratoire en anatomo-pathologie, lesquelles comprennent l'ensemble des activités visées à la nomenclature de sa discipline, dont les activités de consultation, d'examen microscopique et d'interprétation de spécimens, d'autopsies, de détermination de marge de résection, de contrôle paraffiné de fragment tissulaire congelé, de cytologie, de cytogénétique, de biologie moléculaire, etc. Sont également visées, les cliniques de tumeur ainsi que les activités de corrélation clinico-pathologique;
 - ii) Les activités médico-administratives du médecin anatomo-pathologiste qui agit à titre de chef de département ou de service en anatomo-pathologie;
 - iii) Les activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire effectuées par un médecin désigné par les parties négociantes;
 - iv) Les activités de contrôle de la qualité en anatomo-pathologie.

2.2 La charge professionnelle annuelle du médecin pour laquelle il reçoit un montant forfaitaire ne comprend pas les activités suivantes, selon le cas, lesquelles font l'objet d'une rémunération distincte :

- i) La garde en disponibilité, laquelle est rémunérée selon les dispositions de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre ou des lettres d'entente n^o 122 et n^o 171;
- ii) Les activités de recherche, lesquelles peuvent donner droit, selon le cas, aux bénéfices prévus au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers. Dans cette éventualité, les parties négociantes déterminent les modalités d'application du présent addendum et en avisent la Régie;
- iii) Les activités de supervision clinique ou autres activités d'enseignement prévues au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes;
- + iv) Les activités rémunérées selon la tarification horaire et auxquelles un médecin anato-mo-pathologiste pourrait avoir droit en vertu des annexes 14 ou 15 de l'Accord-cadre ou d'un protocole d'accord prévu à cet effet, dont le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé, le Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer ou le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée;
- v) Les honoraires payables en vertu des lettres d'entente n^o 102, n^o 112 et n^o 171, le cas échéant;
- vi) Les services médicaux suivants :
 - Constat de décès (code 09200);
 - Les services médico-administratifs visés à l'article 12 de l'Annexe 24 (code 09921);
 - Le formulaire prévu dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein (code 09814);
 - Validation et approbation d'une demande d'analyse de biologie médicale non disponible au Québec, avec rédaction du rapport AH-612 (code 70004);
 - Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques (code 15310);
 - Prélèvement de sang veineux chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction (code 15311);
 - Examen externe d'un cadavre (code 15312).
- vii) Le forfait d'urgence prévu à l'article 4.3 du préambule général, lequel prévoit un forfait minimal pour le médecin qui est appelé en urgence pendant l'horaire de garde;
- viii) Les activités prévues au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;
- ix) *Abrogé.*

- 2.3** Le médecin anatomo-pathologiste a également droit aux bénéfices prévus aux annexes 9, 19 (sauf l'article 3.4 i), 23 et 32 de l'Accord-cadre.

De plus, les dispositions de l'Annexe 8 de l'Accord-cadre ne s'appliquent pas au médecin anatomo-pathologiste.

Volume d'activités L4E

- 2.4** La charge professionnelle d'un médecin anatomo-pathologiste est déterminée en fonction de son volume d'activités de laboratoire, tel qu'établi selon le concept de l'unité L4E, et, le cas échéant, de ses activités médico-administratives de chef de département ou de service, telles qu'établies à l'article 2.10 et de ses activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire, telles qu'établies à l'article 2.11.

La valeur L4E de chacun des actes effectués en anatomo-pathologie est déterminée selon le tableau des actes et les règles applicables à cet égard.

- 2.5** Le médecin peut cumuler une charge professionnelle dans plus d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence du maximum établi pour une pleine charge professionnelle et prévu à l'article 2.12 iii).

- 2.6** Une pleine charge professionnelle annuelle correspond au volume total suivant d'unités L4E, lequel est fonction du type de centre hospitalier où exerce le médecin anatomo-pathologiste ou de son type de pratique :

•1. Centre hospitalier universitaire	9 850 L4E
•2. Centre hospitalier affilié universitaire reconnu	10 400 L4E
•3. Autres centres hospitaliers	10 950 L4E
•4. Pratique en pédiatrie	5 400 L4E
•5. Pratique en neuropathologie	2 500 L4E

- 2.7** Aux fins de l'application de l'article 2.6, un centre hospitalier universitaire désigne un centre exploité par un établissement et qui est désigné à titre de centre hospitalier universitaire ou d'institut universitaire.

Un centre hospitalier universitaire affilié reconnu désigne un centre exploité par un établissement et qui est désigné à titre de centre affilié universitaire et au sein duquel on retrouve un programme de résidence en anatomo-pathologie et une participation active des médecins du département à l'enseignement aux résidents. Un tel centre est désigné par les parties négociantes, après évaluation.

- + La pratique pédiatrique s'applique à l'égard du médecin anatomo-pathologiste qui exerce au CHU Sainte-Justine de Montréal ou au CUSM – site Glen et ne s'applique qu'à l'égard de l'activité pédiatrique de ce médecin, toute autre activité étant considérée être exercée au sein d'un centre hospitalier universitaire. La pratique pédiatrique s'applique également à l'égard du médecin spécialiste anatomo-pathologiste qui exerce de façon principale dans le secteur d'activités de la pédiatrie, qui est détenteur d'une formation postdoctorale en anatomo-pathologie et qui est désigné par les parties négociantes.

La pratique en neuropathologie s'applique à l'égard du médecin anatomo-pathologiste qui exerce de façon principale dans le secteur d'activités de la neuropathologie, qui est détenteur d'une formation postdoctorale en neuropathologie et qui est désigné par les parties négociantes. Cette désignation s'applique alors à l'ensemble de la pratique de ce médecin.

La catégorie « autres centres hospitaliers » désigne tout autre centre hospitalier où s'exerce l'anatomo-pathologie au Québec et qui n'est pas visé spécifiquement par l'une ou l'autre des catégories.

Détermination de la charge professionnelle annuelle

- 2.8** Au moins 60 jours avant le début d'une année civile, le chef de département ou de service en anatomo-pathologie détermine, avec les médecins anatomo-pathologistes du département ou du service du centre hospitalier, la charge professionnelle annuelle attribuable à chacun des médecins du département ou service pour l'année civile qui vient.

Il en est de même pour un médecin qui entreprend ou quitte sa pratique au sein du département ou du service en cours d'année.

Cette charge professionnelle est déterminée en anticipant le volume d'activités, estimé en unités L4E, de chacun des médecins du département ou du service au cours de l'année civile visée et en tenant compte du volume d'activités global du département ou du service au cours de l'année précédente.

Pour le médecin anatomo-pathologiste qui agit à titre de chef de service ou de département en anatomo-pathologie ou qui assume la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire, cette charge professionnelle est également déterminée en tenant compte de ces activités, tel que stipulé ci-dessous.

- 2.9** Une charge professionnelle annuelle s'exprime en équivalent temps complet (ÉTC).

Une pleine charge professionnelle équivaut à 1 ÉTC et correspond à un volume d'unités L4E correspondant à celui déterminé à l'article 2.6. Une charge partielle correspond à une fraction qui s'exprime en tranche ou multiple de 0,05 ÉTC.

On peut également reconnaître une charge professionnelle supérieure à une pleine charge, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 iii), celle-ci devant également s'exprimer en tranche ou multiple de 0,05 ÉTC.

- 2.10** Pour le médecin anatomo-pathologiste qui agit à titre de chef de service ou de département en anatomo-pathologie, la charge professionnelle pour ses activités médico-administratives de chef s'exprime en tranche ou multiple de 0,1 ÉTC, selon le nombre de médecins exerçant dans le département, exprimés en ÉTC.

Les parties négociantes transmettent à la RAMQ le nombre d'ÉTC prévu pour chacun des centres hospitaliers. Un seul médecin par centre hospitalier peut agir à titre de chef de département.

Lorsqu'un établissement comprend plus d'un centre hospitalier, la charge de chef de département est déterminée en tenant compte de l'ensemble des médecins ÉTC exerçant dans cet établissement. Cette charge peut toutefois être répartie entre plusieurs médecins responsables.

- Pour un centre hospitalier comptant moins de 4 ÉTC médecins anatomo-pathologistes : 0,1 ÉTC
- Pour un centre hospitalier comptant 4 ÉTC médecins anatomo-pathologistes ou plus et moins de 10 : 0,2 ÉTC
- Pour un centre hospitalier comptant 10 ÉTC médecins anatomo-pathologistes ou plus et moins de 20 : 0,3 ÉTC
- Pour un centre hospitalier comptant 20 ÉTC médecins anatomo-pathologistes et plus : 0,4 ÉTC

- 2.11** Pour les activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire, on reconnaît au médecin anatomo-pathologiste désigné par les parties négociantes, une charge professionnelle additionnelle de 0,1 ÉTC.

- 2.12** La détermination de la charge professionnelle est sujette aux règles suivantes :

- i) La charge professionnelle attribuée à un médecin doit être établie en fonction de son volume d'unités L4E anticipé dans le centre hospitalier pour l'année à venir et, le cas échéant, de sa charge de chef de service ou de département en anatomo-pathologie et celle relative à la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire;
- ii) La charge professionnelle attribuée à l'ensemble des médecins du département ou service d'un centre hospitalier ne peut excéder, au total, le nombre d'ÉTC correspondant au volume d'activités total du département ou du service au cours de la dernière année, auquel s'ajoute la charge attribuable au chef de service ou de département et, le cas échéant, celle relative à la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.

Toutefois, sur demande du chef de département et après autorisation des parties négociantes, la charge globale du département peut être ajustée selon la croissance de volume d'activités anticipée au cours de l'année à venir.

- iii) La charge professionnelle totale attribuée à un médecin ne peut excéder le nombre d'ÉTC suivant, selon l'année civile concernée :

	2012 :	1,5
	2013 :	1,5
	2014 :	1,5
	2015 :	1,5
+	2016 :	1,5

Toutefois, la charge professionnelle attribuée à un médecin ayant une pratique en pédiatrie ne peut, pour la partie de sa pratique pédiatrique, dépasser 1,0 ÉTC.

La charge professionnelle attribuée à un médecin ayant une pratique en neuropathologie ne peut, pour l'ensemble de sa pratique, dépasser 1,0 ÉTC.

- iv) Nonobstant ce qui précède, une exception est mise en place pour le médecin qui effectue des autopsies à la demande du coroner et dont la charge professionnelle totale (incluant les autopsies à la demande du coroner) excède le maximum prévu à l'alinéa iii). Ce médecin a alors droit à la rémunération attribuable à sa charge professionnelle excédentaire jusqu'à concurrence de la portion de sa charge professionnelle annuelle qui est attribuable aux activités d'autopsies à la demande du coroner.

- 2.13** Au plus tard soixante 60 jours avant le début de l'année civile, chaque médecin anatomo-pathologiste fait parvenir à la Régie sur le formulaire approprié, un avis d'assignation précisant sa charge professionnelle pour l'année à venir.

Le médecin qui entreprend sa pratique en cours d'année fait parvenir un avis d'assignation à la Régie précisant sa charge professionnelle pour l'année en cours.

Dans le cas de changements en cours d'année, l'avis d'assignation doit être refait et transmis à la Régie dans les plus brefs délais.

L'avis d'assignation est contresigné par le chef du département ou du service d'anatomo-pathologie, selon le cas, ou par la personne qui en assume la responsabilité.

AVIS : *Utiliser le formulaire Avis d'assignation (4169), disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, dans la section Formulaires.*

- 2.14** Le médecin qui interrompt sa pratique en cours d'année en informe la Régie dans les dix jours.

- 2.15** Les parties négociantes peuvent vérifier les avis d'assignation transmis par les médecins anatomo-pathologistes et, le cas échéant, apporter les modifications qu'elles déterminent, lorsque nécessaire pour assurer l'application des modalités prévues au présent addendum.

ARTICLE 3.**Modalités de paiement**

- + **3.1** Sous réserve des conditions prévues ci-après, une pleine charge professionnelle annuelle de 1 ÉTC donne au médecin anatomo-pathologiste le droit de recevoir le paiement d'un montant forfaitaire annuel de 326 500 \$. Pour une charge professionnelle partielle ou supérieure exprimée en tranches ou multiples de 0,05 ÉTC, le montant forfaitaire est ajusté au prorata.
- 3.2** Le montant forfaitaire auquel un médecin a droit, selon la charge professionnelle qui a été déterminée à son égard, est réparti sur l'année civile, par semaine. Le paiement est effectué toutes les deux semaines par la Régie.
- 3.3** Le médecin anatomo-pathologiste doit, au cours de chaque semaine où il effectue des activités de laboratoire en anatomo-pathologie, compléter le formulaire prescrit par la Régie et identifier chacun des examens effectués et leur valeur en unités L4E. Les activités de laboratoire en anatomo-pathologie doivent être déclarées au cours de la semaine correspondant à la date de signature du rapport de pathologie.

Afin de permettre la traçabilité des activités de laboratoire accomplies au cours d'une semaine et indiquées au formulaire prescrit, le médecin anatomo-pathologiste doit inscrire à chaque rapport de pathologie les codes d'acte utilisés ainsi que le nombre de L4E qu'il attribue respectivement à chacun des codes utilisés. Il en est dispensé si le système d'information du laboratoire comporte ces mêmes données et qu'il peut en générer un relevé précis.

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation rémunération à l'acte (n° 1606). Pour les instructions de facturation, se référer à la section 2.3.4.2 Déclaration des activités en laboratoire L4E de l'onglet Rédaction de la demande de paiement. Veuillez vous référer également aux instructions inscrites dans le tableau des actes de l'addendum 2 et aux règles applicables à cet égard.*

3.4 Le médecin anatomo-pathologiste a droit au versement de sa rémunération forfaitaire pour chaque semaine de l'année au cours de laquelle il accomplit des activités de laboratoire en anatomo-pathologie, évaluées en unités L4E, et complète le formulaire prescrit par la Régie.

Il a également droit à cette rémunération au cours d'une semaine où il est en vacances ou en période de ressourcement, et ce, selon le nombre maximal de semaines déterminé à cet égard annuellement par les parties négociantes lequel tient compte du nombre de semaines durant lesquelles le médecin a droit au paiement de sa rémunération forfaitaire au cours de l'année. Toute période supérieure de vacances ou de ressourcement ne donne alors pas droit au versement du montant forfaitaire.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation rémunération à l'acte (n° 1606). Pour les instructions de facturation, se référer à la section 2.3.4.1 Facturation du forfait hebdomadaire monétaire de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Veillez utiliser le code d'acte approprié de la liste suivante :

- **14011** Montant forfaitaire pour les activités de laboratoire;
- **14021** Montant forfaitaire pour les activités de chef de département ou médecin responsable et de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire;
- **14031** Montant forfaitaire pour les vacances;
- **14041** Montant forfaitaire pour le ressourcement.

*Pour les codes d'acte **14031** et **14041**, vous devez respecter les **maximums de semaines attribuées** par les parties négociantes. Les semaines excédentaires ne seront pas payables.*

AVIS : *En aucun temps, les activités de laboratoire et les actes de montant forfaitaire ne doivent être facturés sur une même demande. Si tel est le cas, cette demande sera refusée à l'état de compte.*

ARTICLE 4.**Validation rétroactive de la charge professionnelle et ajustements**

4.1 À la fin de chaque année civile, la Régie vérifie le volume total d'activités de laboratoire accomplies par les médecins anatomo-pathologistes, tel qu'exprimé en unités L4E, ainsi que le nombre de semaines au cours desquelles le médecin a eu droit au paiement de sa rémunération forfaitaire.

4.2 Selon la charge anticipée du médecin indiquée à son avis d'assignation et de la rémunération totale reçue par celui-ci au cours de l'année, on détermine ensuite le droit du médecin de recevoir un versement d'honoraires additionnel ou son obligation de rembourser une partie des honoraires reçus en cours d'année, le tout en fonction des règles suivantes :

i) Pour le médecin ayant eu droit au versement de sa rémunération forfaitaire au cours de chacune des semaines de l'année :

- Lorsque la charge professionnelle accomplie est supérieure à la charge anticipée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin a droit au versement d'un montant forfaitaire additionnel afin de tenir compte de ce surplus de charge. Toutefois, aucun montant n'est versé au médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et celle anticipée est de moins de 5 % de la charge anticipée.

Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne verse alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12. Toutefois, de façon exceptionnelle pour l'année 2012, dans l'éventualité où le surplus de charge est de plus de 5 %, on verse alors le montant correspondant à ce surplus, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12.

- Lorsque la charge professionnelle accomplie est inférieure à la charge anticipée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin doit rembourser une partie des honoraires reçus afin de tenir compte de cette réduction de charge. Toutefois, aucun remboursement n'a à être effectué par le médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et celle anticipée est de moins de 5 % de la charge anticipée. Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne récupère alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %.

ii) Pour le médecin n'ayant pas eu droit au versement de sa rémunération forfaitaire au cours de chacune des semaines de l'année, on applique les mêmes règles mais en tenant compte toutefois du nombre de semaines de l'année au cours desquelles le médecin a eu droit à sa rémunération forfaitaire et en ajustant en conséquence la charge anticipée et la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 selon cette période :

- Ainsi, lorsque la charge professionnelle accomplie au cours de cette période est supérieure à la charge anticipée ajustée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin a droit au versement d'un montant forfaitaire additionnel afin de tenir compte de ce surplus de charge. Toutefois, aucun montant n'est versé au médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et la charge anticipée ajustée est de moins de 5 % de la charge anticipée ajustée.

Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne verse alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale ajustée. Toutefois, de façon exceptionnelle pour l'année 2012, dans l'éventualité où le surplus de charge est de plus de 5 %, on verse alors le montant correspondant à ce surplus, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale ajustée.

- Lorsque la charge professionnelle accomplie est inférieure à la charge anticipée ajustée pour laquelle il a été rémunéré, le médecin doit rembourser une partie des honoraires reçus afin de tenir compte de cette réduction de charge. Toutefois, aucun remboursement n'a à être effectué par le médecin lorsque la variation entre la charge accomplie et la charge anticipée ajustée est de moins de 5 % de la charge anticipée ajustée. Dans le cas où cette variation est supérieure, on ne récupère alors que le montant correspondant à l'excédent de ce 5 %.

Ces ajustements visent à assurer que la rémunération globale du médecin pour cette période soit, à plus ou moins 5 %, celle à laquelle il aurait eu droit au cours de cette période si la charge professionnelle accomplie et annualisée avait été indiquée d'emblée à son avis d'assignation à titre de charge anticipée.

4.3 La validation prévue au présent article 4 ne s'applique toutefois pas de façon automatique au médecin ayant une pratique en neuropathologie ou en pédiatrie et qui est désigné par les parties négociantes. Pour ces médecins, les parties conviennent de procéder, en fin d'année, à une analyse de leur volume d'activités par rapport au volume anticipé et à celui prévu pour ce type de pratique. À la lumière de cette analyse et du profil de pratique de l'ensemble des médecins dans ce secteur d'activités, les parties déterminent si un médecin visé fait l'objet du mécanisme de remboursement ou de versement prévu ci-dessus.

ARTICLE 5.**Suivi de l'implantation du nouveau mode de rémunération**

- 5.1** Les parties conviennent de mesurer et d'évaluer, pour les premiers 6 mois suivant la mise en application du nouveau mode de rémunération basé sur les unités L4E, les coûts associés aux nouvelles modalités de rémunération prévues au présent addendum ainsi qu'aux unités L4E associées aux actes. De plus, les parties examineront le nombre de L4E facturés par un médecin comparativement à la charge professionnelle qui lui a été octroyée et, le cas échéant, pourront prendre les mesures nécessaires afin que la charge professionnelle octroyée et le versement effectué par la Régie reflètent sa pratique.

ARTICLE 6.**Divers**

- 6.1** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application du présent addendum.

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

Les règles suivantes visent à établir la méthodologie applicable à l'assignation d'une valeur L4E pour chacun des actes effectués en anatomo-pathologie.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Niveaux de complexité

On utilise le système des L4E qui identifie six niveaux généraux de complexité. Le niveau 4 (n4) constitue l'étalon de mesure et correspond à 1 unité L4E.

Niveau 1 (n1)=	0,15 L4E :	macroscopie seulement
Niveau 2 (n2)=	0,33 L4E :	normalité ou processus dégénératif simple
Niveau 3 (n3)=	0,50 L4E :	lésion banale
Niveau 4 (n4)=	1 L4E :	unité de mesure générale (biopsie simple ou spécimen chirurgical simple)
Niveau 5 (n5)=	5 L4E :	spécimen anatomiquement complexe ou pathologie demandant l'évaluation de plusieurs paramètres
Niveau 6 (n6)=	15 L4E :	spécimen de chirurgie radicale pour cancer avec les ganglions locaux et/ou régionaux

Chaque spécimen se voit attribuer un de ces niveaux de complexité. Lorsqu'un cas comporte plusieurs spécimens, reçus dans des contenants différents, on établit un niveau de complexité pour chaque contenant reçu.

Cependant, si les spécimens contenus dans un ou plusieurs contenants constituent un niveau 6 (n6), ce niveau est considéré comme incluant tous les autres et est comptabilisé seul.

RÈGLE 1.**Mesure de tâche**

La mesure de tâche s'établit de façon différente s'il s'agit de spécimens biopsiques ou de spécimens chirurgicaux.

1.1 Spécimens biopsiques

Pour l'évaluation des spécimens biopsiques, trois règles différentes s'appliquent en fonction de leur mode de prélèvement, règles auxquelles s'ajoutent des modalités d'exception.

1.1.1 Pour les biopsies par fragments (à la pince)

Afin de comptabiliser adéquatement le nombre de fragments, on tient compte en premier lieu des informations reçues du clinicien. Si le nombre exact n'est pas indiqué, on l'établit en comptant le nombre de fragments identifiables macroscopiquement ou histologiquement, mesurant au moins 2 mm. Si tous les fragments sont plus petits que 2 mm, on compte 1 fragment.

i. Biopsies autres que cutanées ou digestives

On attribue les unités de la façon suivante :

1 à 5 fragments= 1 L4E

6 à 10 fragments= 2 L4E

et on comptabilise par la suite les fragments subséquents de la même façon, en ajoutant 1 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 5 fragments.

ii. Biopsies digestives

Les unités sont établies comme suit :

1 à 3 fragments= 0,5 L4E

4 à 6 fragments= 1 L4E

et on comptabilise par la suite les fragments subséquents de la même façon, en ajoutant 0,5 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 3 fragments.

Toutefois, on accorde 0,5 unité L4 E par polype gastro-intestinal identifiable isolément.

iii. Lésions cutanées bénignes

On alloue 0,5 unité L4E pour chaque lésion cutanée bénigne de même nature, dans le même contenant.

1 à 3 lésions de même nature, dans le même contenant= 0,5 L4E

4 lésions ou plus de même nature, dans le même contenant= 1 L4E

1.1.2 Biopsies au trocart

Afin de comptabiliser adéquatement les spécimens à étudier, on tient compte en premier lieu du nombre de trajets indiqués par le clinicien. Si cette information n'est pas disponible, on compte le nombre de cylindres identifiables macroscopiquement ou histologiquement, mesurant au moins 1 cm. Si tous les fragments sont plus petits que 1 cm, on compte 1 fragment.

Biopsies autres que la prostate, le sein par mammotome ou les biopsies réalisées par trocart de gros calibre (moins de 16 gauges)

Les unités sont attribuées de la façon suivante :

1 à 5 cylindres= 1 L4E

6 à 10 cylindres= 2 L4E

et on comptabilise par la suite les cylindres subséquents de la même façon, en ajoutant 1 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 5 cylindres supplémentaires.

Pour ce qui est des biopsies de la prostate, on accorde 0,5 unité L4E pour chaque trajet biopsique (cylindre), jusqu'à un maximum de 30 trajets (cylindres).

En ce qui a trait aux biopsies par mammotome ou par trocart de gros calibre, vous référer à la règle 1.2.

1.1.3 Biopsies par curetage

Les unités sont établies comme suit :

1 à 5 blocs= 1 L4E

6 à 10 blocs= 2 L4E

et on comptabilise par la suite les blocs subséquents de la même façon, en ajoutant 1 unité L4E supplémentaire à chaque fois qu'on amorce un nouveau groupe de 5 blocs.

1.2 Spécimens chirurgicaux

La règle suivante s'applique pour :

- les petits organes;
- les spécimens plus volumineux nécessitant un certain échantillonnage ou une inclusion complète;
- les spécimens qui, par leur nature ou leur diagnostic, nécessitent un échantillonnage important;
- les biopsies par mammotome ou par trocart de gros calibre.

On attribue pour ces cas 0,33 unité L4E par bloc, jusqu'à un maximum de 45 blocs.

1.3 Rapport synoptique à paramètres multiples

Tant pour les biopsies que pour les spécimens chirurgicaux, on accorde 5 unités L4E pour les pathologies suivantes :

- mélanome avec rapport multiparamétrique synoptique;
- carcinome mammaire avec établissement du grade de Nottingham, avec ou sans CIS, avec ou sans lymphatiques envahis;
- polype gastro-intestinal cancérisé, avec évaluation de la profondeur, de la marge, du grade et de l'envahissement lymphatique;
- tumeur de Merkel avec rapport multiparamétrique synoptique.

RÈGLE 2.**Ajouts professionnels**

Les règles 2.1 et 2.2 ne sont pas applicables à un cas de niveau 6 (n6).

2.1 Niveaux supplémentaires

Lorsque des niveaux supplémentaires à ceux recommandés de routine sont nécessaires à l'étude d'un cas, on octroie 0,15 unité L4E par niveau supplémentaire.

2.2 Colorations spéciales, immunofluorescence, histochimie et immunohistochimie

2.2.1 On alloue 0,15 unité L4E pour chaque coloration ou marqueur immunohistochimique diagnostique documenté au rapport.*

2.2.2 On alloue 0,33 unité L4E pour chaque marqueur d'immunofluorescence documenté au rapport.

2.2.3 On alloue 0,50 unité L4E par coloration pour recherche spécifique de micro-organismes documentée au rapport.*

2.2.4 On alloue 0,33 unité L4E pour chaque marqueur d'histo-enzymologie documenté au rapport d'une biopsie musculaire.

2.2.5 On alloue 2 unités L4E pour une étude histochimique de ploïdie par analyse en flux ou statique.

2.2.6 On alloue 0,33 unité L4E pour une recherche en immunofluorescence d'auto-anticorps sur coupe de tissu.

* Pour les cas de niveau 5 (n5), les cinq premières colorations ou les cinq premiers marqueurs diagnostiques sont inclus d'emblée.

RÈGLE 3.**Biologie moléculaire et cytogénétique**

- 3.1** On attribue 0,50 unité L4E pour chaque marqueur immunohistochimique d'intérêt quantitatif ou thérapeutique documenté au rapport.
- 3.2** On attribue 0,50 unité L4E pour l'intégration, à un rapport de pathologie, du résultat d'un examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique (codes d'acte 12202, 12203, 12204, 12205 et 12206) fait par un autre anatomo-pathologiste.
- 3.3** On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une lame de FISH, CISH ou SISH par l'anatomo-pathologiste.
- 3.4** On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de marqueurs en cytométrie de flux.
- 3.5** On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de cytogénétique.
- 3.6** On attribue 2 unités L4E pour la lecture et l'interprétation d'une étude de biologie moléculaire (PCR, RT-PCR, séquençage).

RÈGLE 4.**Organes pairs**

Lorsque des organes pairs sont réséqués, ils sont comptabilisés tous les deux selon la valeur attribuée par la règle 1.2, et ce, sans égard au nombre de contenants. Cependant, cette règle ne s'applique pas au cas de résection plus extensive et inclusive de niveau 6 (n6).

A - ANATOMO-PATHOLOGIE

TABLEAU DES ACTES

#

AVIS : Veuillez inscrire sur votre demande de paiement le code d'acte **13000** sous les codes d'acte soumis aux règles de l'addendum 2, afin d'identifier le nombre de cas effectués.

*Le code d'acte **13000** doit toujours être précédé d'un code d'acte et ne doit pas être consécutif. En aucun temps, il ne peut être facturé seul. La case TOTAL de la demande de paiement doit correspondre à la somme de la colonne Nombre d'actes qui inclut le nombre d'actes et le nombre de cas. Veuillez noter que le nombre de cas n'a aucune influence pour le calcul des L4E, sa présence dans le total n'est qu'aux fins de conciliation de l'information.*

Remarque : Lors d'un refus du code d'acte **13000**, vous devez le refacturer accompagné du code d'activité L4E.

Remplir le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation (n° 1606) de la façon suivante :

- inscrire le code d'acte identifié par une règle;
- inscrire le nombre total d'actes réalisés;
- inscrire le code d'acte **13000** sous le code d'acte identifié par une règle;
- inscrire le nombre de cas réalisés dans la case NOMBRE D'ACTES en fonction du nombre total d'actes réalisés;
- inscrire dans la case TOTAL la somme de la colonne Nombre d'actes en incluant le nombre de cas liés à l'acte **13000**.

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.	18
+	NOTE : Plutôt que de se limiter à la demande d'autopsie partielle du coroner, l'anatomo-pathologiste conserve en tout temps la pleine discrétion de procéder à une autopsie complète s'il la croit justifiée.	

11702	Autopsie pédiatrique complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans)	48
	NOTE : L'acte codé 11702 s'applique dans les cas de cardiopathie congénitale, de maladie métabolique, de néoplasie, de défaillance multisystémique.	
	NOTE : L'acte codé 11702 ne s'applique que lorsqu'il y a eu naissance vivante.	
11703	Autopsie complexe en milieu hospitalier	48
	NOTE : L'acte codé 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.	
11704	Autopsie pédiatrique non-complexe en milieu hospitalier (moins de 18 ans)	36
	NOTE : L'acte codé 11704 ne s'applique que lorsqu'il y a eu naissance vivante.	
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	15
	NOTE : L'acte codé 11709 ne s'applique pas dans les cas d'IVG non motivée par une anomalie physique ou génétique.	
11710	Examen macroscopique seulement d'un fœtus	2

AVIS : *Pour la facturation des services relatifs à l'autopsie en urgence pendant l'horaire de garde, sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (n° 1606), utiliser une ligne distincte pour chacun des services rendus. Dans la case NOMBRE D'ACTES :*

- sur le formulaire papier, inscrire l'heure du début
- sur le formulaire par Internet, inscrire 1 et joindre le formulaire Document complémentaire
- Considération spéciale (n° 1944), en spécifiant l'heure du début.

RÉUNIONS CLINICO-PATHOLOGIQUES

NOTE : Pour les actes codés 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 actes codés 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 anatomo-pathologiste 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 l'acte codé 11900. Les actes codés 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).

AVIS : Valeur minimale d'une consultation demandée par un anatomo-pathologiste d'un autre établissement

11900 *Supplément* 6

AVIS : Le code d'acte 11900 a une valeur de 6 L4E. Il ne peut pas être facturé en sus des codes d'acte 11901, 11902, 11903 et 11909. Aucun modificateur ne s'applique pour ce code d'acte.

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 (MOD=152, pour la pratique en pédiatrie MOD=485 et pour la pratique en neuropathologie MOD=491).

+ NOTE : Le transfert de routine interétablissement d'un cas ne représente pas une consultation et doit être codé à sa valeur normale par l'anatomo-pathologiste qui reçoit le cas. Pour l'expéditeur, le code d'acte 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 anatomo-pathologiste 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 anatomo-pathologiste 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

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 anatomo-pathologiste d'un autre centre hospitalier, eu égard à l'examen macroscopique et l'examen microscopique du cœur en raison de la complexité	27
	NOTE : L'acte codé 11909 ne peut pas s'appliquer à l'examen du cœur d'un donneur.	
11910	Supplément pour un cas urgent ou un diagnostic critique, incluant une communication directe avec le clinicien, mentionnée au rapport	1
	NOTE : L'acte codé 11910 ne peut être facturé avec une consultation per-opératoire.	

CONSULTATIONS PER-OPÉRATOIRES

NOTE : On accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E pour les consultations per-opératoires effectuées par télépathologie, dans le cadre d'une entente de services (MOD=153, pour la pratique en pédiatrie MOD=486 et pour la pratique en neuropathologie MOD=492)

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
	Technique de Mohs	
11914	première couche excluant le curetage initial.	3
11915	chaque couche additionnelle, supplément.	2
	NOTE : Les actes codés 11914 et 11915 ne peuvent être facturés avec l'acte codé 11913.	

CYTOLOGIES

	Biopsie – aspiration à l'aiguille fine	
12031	interprétation	2
+12032	ponction effectuée par l'anatomo-pathologiste.	3
12033	Évaluation, pendant la technique, de la qualité du matériel obtenu.	3
12034	Bloc cellulaire	2
	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

12038	Spécimen non gynécologique obtenu par lavage, ou brossage ou ponction de liquide	2
+12039	Décompte cellulaire sur lavage broncho-alvéolaire effectué par l'anatomo-pathologiste	1
	NOTE : L'acte codé 12039 est facturable en sus du code 12038.	
12040	Spermogramme complet	2
12041	Spermogramme post-vasectomie	1

BIOPSIES

spéciales

10301	incisionnelle ou excisionnelle pour sarcome par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	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	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10703	ouverte pulmonaire pour pathologie non tumorale	5
10704	ouverte pulmonaire pour pathologie tumorale, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	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 périanale 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 alopecie, avec protocole de sections tangentiels	3

hématologiques

11551	ganglionnaire lymphatique pour métastase	1
11552	lymphome extra-ganglionnaire	5
11553	ganglionnaire pour néoplasie hémato-lymphoïde	5
11554	ganglionnaire lymphatique pour condition bénigne	2
+11555	prélèvement d'une biopsie ou aspiration de moelle osseuse, par un anatomo-pathologiste	3
11556	biopsie ou aspiration de moelle osseuse pour condition hématologique	5
11557	biopsie et aspiration de moelle osseuse pour condition hématologique	7
11558	biopsie ou aspiration de moelle osseuse pour métastase	1
11559	biopsie et aspiration de moelle osseuse pour métastase	2

neuropathologiques

10501	nerveuse	5
10502	musculaire pour pathologie non néoplasique	5
10503	cérébrale pour pathologie non néoplasique	5
10504	cérébrale pour tumeur primitive ou métastase, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

générales**à la pince (fragments dénombrables)
autre que cutanée ou digestive**

11311	synoviale	
	1 à 5 fragments	1
10611	muqueuse (bouche, langue, pharynx, cavité nasale ou larynx) ou de glande salivaire	
	1 à 5 fragments	1
10711	trachéale, bronchique ou transbronchique	
	1 à 5 fragments	1
11013	muqueuse urétrale, vésicale ou urétérale	
	1 à 5 fragments	1
11111	col utérin par colposcopie	
	1 à 5 fragments	1
11112	muqueuse (vulve, vagin, périnée)	
	1 à 5 fragments	1
11312	péricardique, pleurale ou péritonéale	
	1 à 5 fragments	1
11411	autres organes	
	1 à 5 fragments	1
	NOTE : Pour les fragments subséquents, voir règle 1.1.1(i)	

à la pince digestive

10911	digestive sauf les polypes 1 à 3 fragments	0,50
	NOTE : Voir règle 1.1.1(ii)	
10912	digestive pour néoplasie ou dysplasie de haut grade (moins de 4 fragments)	1
10913	par polype gastro-intestinal	0,50
	NOTE : Voir règle 1.1.1(ii)	

**au trocart, autre que la prostate, le sein
par mammotome ou les trocarts de gros calibre
(moins de 16 gauges)**

12421	diagnostique de masse mammaire 1 à 5 cylindres	1
10732	transthoracique 1 à 5 cylindres	1
10944	du pancréas 1 à 5 cylindres	1
11034	masse rénale 1 à 5 cylindres	1
11333	péricardique, pleurale ou péritonéale 1 à 5 cylindres	1
11432	autres organes 1 à 5 cylindres	1

NOTE : Pour les cylindres subséquents, voir règle 1.1.2

au trocart, prostate

11035	prostate, par cylindre	0,50
	Maximum 30 cylindres	

**mammotome et trocarts de gros calibre
(moins de 16 gauges)**

12432	exérèse de petite lésion ou microcalcifications mammaires par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
11433	autres organes, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	

NOTE : Voir règle 1.2

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	0,33
	Maximum 45 blocs	
12404	Tumorectomie ou mastectomie partielle ou totale, pour lésion bénigne (sans ganglion axillaire ni sentinelle) y compris l'évaluation des canaux galactophores, par bloc	0,33
	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	
12405	1 à 15 blocs	5
+12406	par bloc supplémentaire, supplément	0,33
	Maximum 30 blocs supplémentaires	
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	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10243	Excision large cutanée pour lésion maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
	NOTE : L'acte codé 11564 (ganglion sentinelle) est facturable en sus.	

Tissus mous

10312	Tumeur bénigne des tissus mous (sauf lipome, névrome ou fibromatose), par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10313	Chirurgie radicale pour sarcome	15

Osseuses

10411	Amputation pour lésion maligne : doigt ou orteil, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10413	Amputation non traumatique pour lésion bénigne : membre	5
10418	Résection radicale ou amputation : tumeur osseuse primaire	15

Neurologiques

10511	Kyste cérébral	1
10512	Trauma : tissu cérébral ou méningé	0,33
10513	Cerveau, moelle, méninges, nerf : résection de tumeur ou autre lésion, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

ORL

10623	Résection partielle ou totale (larynx, pharynx, amygdale, adénoïdes, glande salivaire, langue, cavité buccale ou tumeur odontogénique) : pour lésion maligne avec dissection ganglionnaire unilatérale du cou	15
+	NOTE : Voir Règle 1.1.1(ii)	
10624	Résection partielle ou totale (larynx, pharynx, amygdale, adénoïdes, glande salivaire, langue, cavité buccale ou tumeur odontogénique) : pour lésion bénigne ou maligne sans dissection ganglionnaire du cou, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

Respiratoires

10721	Exérèse de masse médiastinale ou thymus, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10722	Poumon : explant	5
10723	Résection pulmonaire segmentaire, lobaire ou totale, empyème, exérèse partielle de plèvre ou bullectomie pulmonaire : pour pathologie bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10724	Résection pulmonaire segmentaire, lobaire ou totale : pour pathologie maligne	15

Cardiovasculaires

10814	Résection de tumeur cardiaque bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10815	Résection de tumeur cardiaque maligne	5
10816	Cœur : explant	5
10817	Cœur : explant avec pontage et/ou étude du système de conduction	15
10818	Fenêtre péricardique, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

Digestives

10924	Appendice : néoplasie bénigne ou maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10925	Foie : explant	5
10927	Pancréas : résection partielle ou totale pour lésion bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10928	Pancréas : résection partielle ou totale pour lésion maligne avec ou sans ganglions	15
10929	Résection endoscopique sous-muqueuse (Barret, néoplasie de l'œsophage ou du rectum) ou résection transanale chirurgicale de lésion rectale	5
10930	Résection digestive (œsophage à anus) pour lésion bénigne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
10931	Résection digestive (œsophage à anus) pour lésion maligne avec ganglions	15
10934	Vésicule biliaire : lésion pré-maligne ou maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
10935	Résection hépatique partielle pour lésion bénigne ou maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

Urinaires

11043	Cystectomie partielle ou totale, néphrectomie partielle ou totale (uretère compris), prostatectomie, résection partielle ou totale de l'urètre ou d'un uretère, épидидymectomie ou orchidectomie : pathologie bénigne par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11044	Cystectomie partielle ou totale, néphrectomie partielle ou totale (uretère compris), prostatectomie, orchidectomie ou résection radicale du pénis : pathologie maligne avec ou sans ganglions	15
11045	Rein : explant	5
11046	Résection du pénis pour pathologie bénigne ou résection partielle pour pathologie maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	

Gynécologiques

11132	Col : conisation ou anse diathermique	5
11133	Épiploon, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11135	Grossesse molaire partielle ou complète, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11138	Ovaire avec ou sans trompe : lésion bénigne ou maligne, par côté, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2 et règle 4	
+11131	Trompe et/ou ovaire néoplasique malin accompagné(s) de ganglion(s) lymphatique(s)	15

11139	Placenta : avec microscopie NOTE : Liste des indications de microscopie : 1. Conditions fœtales : - Mort-né; - RCIU (poids de moins de 2,5 kg ou 3 ^e centile) ou prématurité (moins de 37 semaines de gestation); - Anomalie fœtale, aberration chromosomique, infection néonatale, signes neurologiques ou détresse importante, isoimmunisation (Rh ou autres). 2. Conditions placentaires : - DPPNI ou rupture des membranes de plus de 36 heures; - Placenta accreta/increta/percreta; - Grossesse gémellaire ou plus; - Anomalie significative à l'examen macroscopique du placenta, du cordon et des membranes; - Poids placentaire (sans le cordon et les membranes) de moins de 350 g et de plus de 650 g. 3. Conditions maternelles : - Fièvre ou infection par le streptocoque du groupe B; - Hypertension, prééclampsie/éclampsie ou diabète sévère (gestationnel ou pas); - Thrompathie, maladie auto-immune, néoplasie, maladie métabolique d'accumulation ou autre condition médicale grave ayant pu affecter le développement foeto-placentaire.	1
11150	Placenta : gestation multiple, par gestation avec microscopie	1
11152	Étude placentaire dans les cas de mort foetale sans autorisation d'autopsie	4
11141	Trompe : lésion bénigne non gestationnelle ou lésion maligne, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs NOTE : Voir règle 1.2	

11143	Utérus avec ou sans annexes : pathologie bénigne ou myomectomie, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2 et règle 4	
11144	Utérus avec ou sans annexes : pathologie maligne avec ou sans ganglions	15
11146	Vulve ou vagin : lésion bénigne ou maligne sans ganglion, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11147	Vulve ou vagin : lésion maligne avec ganglions	15
Endocriniennes		
11221	Hypophyse : biopsie ou exérèse, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11222	Thyroïde : lobectomie ou thyroïdectomie pour lésion bénigne ou maligne, sans dissection ganglionnaire, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11223	Thyroïde : lésion maligne avec dissection ganglionnaire du cou	15
11224	Parathyroïde : biopsie ou exérèse, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
11225	Surrénale, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
Diverses (autres)		
11444	Corps étranger ou calcul	0,15

Hématologiques

11562	Rate : toutes conditions non traumatiques	5
11563	Étude de tous les ganglions régionaux ipsilatéraux pour une néoplasie déjà réséquée lors d'une séance chirurgicale antérieure, par bloc	0,33
	Maximum 45 blocs	
	NOTE : Voir règle 1.2	
11564	Étude protocolaire d'un ganglion sentinelle lorsqu'il ne s'agit pas d'un cas de niveau 6, par ganglion identifié.	1

Ophthalmologiques

11654	Énucléation oculaire : lésion bénigne	5
11655	Énucléation oculaire : lésion maligne	15
11657	Exentération oculaire.	15

+ Osseuses, ORL, cardiovasculaires, digestives, urinaires, gynécologiques, ophtalmologiques et diverses (autres) / (n2)

+11659	Souris, ménisque, disque, cartilage de resurfaçage, gaine tendineuse ou segment de tendon / Osselets de l'oreille moyenne, septum nasal, cornets, Canal de Warthon, luette et/ou voile du palais pour apnée / Vaisseaux : veine, plaque athéromateuse, anévrisme, hématome, thrombus, embolie ou fistule artério-veineuse / Appendice normal : exérèse lors d'une autre chirurgie / Hémorroïdes et/ou marisques / Prépuce sans dermatose spécifique, canal déférent pour stérilisation, appendix testis, épидидyme, hydrocèle, varicocèle, testicules sans néoplasie dans les cas de néoplasie prostatique / Interruption volontaire de grossesse / Trompe : stérilisation, par côté ou débris tissulaires accompagnant un stérilet / Vagin : cystocèle, rectocèle, réparation; Vulve : hymen ou petites lèvres, réparation / Cristallin, avec histologie / Sac herniaire ou lipome herniaire / Confirmation de nerf ou de ganglion sympathique.	0,33
--------	--	------

+	Mammaires, cutanées, tissus mous, osseuses, ORL, cardiovasculaires, digestives, urinaires, gynécologiques, ophtalmologiques et diverses (autres) / (n3)	
+11660	Capsule d'implant, mamelon surnuméraire ou sein surnuméraire / Plastie : normale, cicatrice, vergeture, liposuction ou abdominoplastie / Lipome ou névrome traumatique / Amputation traumatique : doigt ou orteil / Exostose, débris d'os et/ou de cartilage ou bourse séreuse / Tunnel carpien, fibromatose palmaire ou plantaire ou kyste arthrosynovial / Tête fémorale, genou ou autres pour pathologie bénigne / Amygdale(s) et/ou adénoïdes (lésions bénignes), cholécystéatome, polypes du nez et/ou des sinus, mucocèle orale ou salivaire, kyste thyroïdienne ou granulome périapical / Valve cardiaque / Anus : fistule, fissure, kyste ou sinus pilonidal / Appendice : lésion non néoplasique / Stoma ou beigne d'anastomose, envoyé séparément / Vésicule biliaire : lésion bénigne / Canal déférent : autre que pour stérilisation ou spermatocèle / Avortement spontané ou grossesse arrêtée / Hydatide Morgagni, glande de Bartholin ou kyste vulvaire / Paupière, conjonctive ou cornée : lésion bénigne / Débridement de plaie, abcès, hidradénite, sinus pilonidal ou ongle avec ou sans peau lorsqu'il y a un examen histologique / Matériel expulsé du vagin ou d'un orifice naturel	0,50

+	Mammaires, osseuses, ORL, cardiovasculaires, gynécologiques, hématologiques et ophtalmologiques / (n4)	
+11661	Mammoplastie de réduction / Amputation non traumatique : doigt ou orteil / Amputation traumatique : membre / Kyste odontogénique ou kyste branchial / Paroi cardiaque : anévrisme ou oreillette / Grossesse ectopique / Rate : trauma / Biopsie de la conjonctive ou de la cornée pour lésion pré-maligne ou maligne / Biopsie de l'orbite / Éviscération oculaire	1

**RAPPORT SYNOPTIQUE
À PARAMÈTRES MULTIPLES**

NOTE : Les codes d'acte apparaissant sous cette rubrique remplacent complètement le code principal du spécimen ainsi que l'utilisation du code d'acte 12101.

12431	Carcinome mammaire avec établissement du grade de Nottingham, avec ou sans CIS, avec ou sans lymphatiques envahis	5
10261	Mélanome avec rapport multiparamétrique synoptique.	5
10262	Tumeur de Merkel avec rapport multiparamétrique synoptique	5
10951	Polype gastro-intestinal cancérisé, avec évaluation de la profondeur, de la marge, du grade et de l'envahissement lymphatique	5

AJOUTS PROFESSIONNELS

NOTE : Les codes d'acte 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.	0,15
	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 actes codés 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

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE ET CYTOGÉNÉTIQUE

NOTE : Voir règle 3

+12201	Intégration, à un rapport de pathologie, du résultat d'un examen de biologie moléculaire ou de cytogénétique (codes d'acte 12202 à 12206) fait par un autre anatomo-pathologiste	0,50
12202	Marqueur immunohistochimique d'intérêt quantitatif ou thérapeutique, par marqueur	0,50
	NOTE : Liste des marqueurs d'intérêt thérapeutique : - Récepteurs oestrogéniques et progestatifs pour le carcinome mammaire; - Her2 pour le carcinome mammaire; - c-KIT pour la tumeur gastro-intestinale stromale; - Marqueurs d'instabilité des microsatellites; - EGFR muté pour le carcinome pulmonaire.	
12203	Lecture et interprétation, par l'anatomo-pathologiste d'une hybridation sur lame (FISH, CISH, SISH ou EBER)	2
12204	d'une étude de marqueurs en cytométrie de flux	2
12205	Lecture et interprétation, par l'anatomo-pathologiste de cytogénétique	2
12206	de biologie moléculaire (PCR, RT-PCR, séquençage, méthode de Southern, méthode de Northern)	2
+12208	de biologie moléculaire (capture d'hybride HPV)	0,05
12207	Utilisation d'une radiographie de spécimen pour orienter la dissection et l'échantillonnage d'une pièce	2

MICROSCOPIE ÉLECTRONIQUE

12301	Prise de photos par l'anatomo-pathologiste et interprétation	5
12302	Interprétation seule	2