

# COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>  
Courriel : [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)  
INFO PROF : Québec (418) 528-7763  
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

**Québec**   
Régie de  
l'assurance maladie  
du Québec

**POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :**

**Assistance aux professionnels**  
Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480  
Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick 1 800 463-4776  
**Télécopieur**  
Québec (418) 646-9251  
Montréal (514) 873-5951

Sillery, le 26 juin 2001

À l'attention des médecins spécialistes

## Modification n° 26 à l'Accord-cadre

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont convenu de la Modification n° 26 à l'Accord-cadre.

Les nouvelles dispositions qui sont introduites viennent modifier votre rémunération et certaines règles qui régissent votre tarification. La plupart de celles-ci entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2001. Cependant, certaines dispositions entrent en vigueur à des dates antérieures en 2000 et 2001. Les dates d'entrée en vigueur sont précisées au fur et à mesure dans la partie FAITS SAILLANTS. Considérant l'ampleur des changements, nous avons jugé utile de vous présenter sous forme de faits saillants, les principaux changements qui touchent directement votre rémunération.

Pour les nouveaux codes d'acte ainsi que les codes d'acte modifiés inscrits dans les tableaux annexés ([Partie II](#), points [1](#), [2](#), [3](#), [4.2](#) et [7](#)), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) recevra et préparera les demandes de paiement selon les honoraires demandés. Ces services paraîtront sur les états de compte avec un code de transaction 03 (prépaiement). À compter d'octobre 2001, à la suite de l'implantation des changements dans ses systèmes informatiques, la RAMQ traitera à statut final les demandes de paiement facturées. **Il est donc très important de facturer selon les instructions, car les demandes de paiement en erreur seront refusées et devront être refacturées.**

Nous vous signalons que les textes officiels sont intégrés dans la mise à jour des manuels « Brochure n°1 » et « Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie » accompagnant ce communiqué.

Vous retrouverez le détail des changements à [l'Annexe 38](#) relative à la rémunération mixte, au point 14 de même qu'à la partie III « Rémunération mixte », du présent communiqué. Le manuel « Brochure n°5 » sera mis à jour et publié à l'automne.

Les changements au « Manuel de facturation en assurance hospitalisation (SLE) » concernant l'anatomo-pathologie et l'ultrasonographie sont présentés à la Partie II, point 4, du communiqué. En regard de la radiologie diagnostique, les changements sont publiés à l'onglet V du « Manuel des médecins spécialistes ». Veuillez noter que la version électronique du manuel « Services de laboratoire en établissement » a été mise à jour dans Internet et que vous en recevrez une copie papier à l'automne.

Tous les manuels dont vous recevez la mise à jour aujourd'hui sont publiés dans Internet.

## FAITS SAILLANTS

### 1. TARIF DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE (ANNEXE 4)

#### 1.1. Visite de départ

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

La visite de départ (code d'acte 0024) est payable au médecin spécialiste en médecine interne rémunéré à l'acte. Avant le 1<sup>er</sup> juillet 2001, le paiement de ce code était réservé au médecin spécialiste en médecine interne autorisé au mode de rémunération mixte.

**Réf.** : Préambule général, Règle 5.2.

#### 1.2. Supplément de consultation

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Il n'y a plus de consultation payable au médecin **classé** en chirurgie orthopédique lorsqu'il effectue une consultation dans un centre hospitalier de soins de courte durée pour un patient hospitalisé.

**Réf.** : Préambule général, Règle 6.1.

#### 1.3. Procédés et chirurgies sous anesthésie générale

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

La Règle 24 est modifiée afin de préciser qu'elle s'applique au médecin **classé** en ophtalmologie.

**Réf.** : Préambule général, Règle 24.

#### 1.4. Procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Une nouvelle règle est ajoutée pour le médecin **classé en oto-rhino-laryngologie**. Les procédés diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les chirurgies dont le tarif est de 45 \$ ou moins, sont majorés à 60 \$ si faits sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération. Ce montant inclut les honoraires de la visite faite le même jour. **Le modificateur 142** doit être inscrit sur la demande de paiement pour majorer les honoraires.

**Réf.** : Préambule général, Règle 25.

**1.5. Visite d'un malade atteint d'un cancer**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Une nouvelle règle est ajoutée pour le médecin **classé en chirurgie générale**. Les honoraires des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer sont majorés de 80 %. **Le modificateur 143** doit être inscrit sur la demande de paiement pour facturer les honoraires majorés.

**Réf.** : Préambule général, Règle 26.

**1.6. Appareil musculo-squelettique**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de prestation de soins principale. Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

**Réf.** : Addendum 5, Règle 1.

**2. TARIF DE LA MÉDECINE DE LABORATOIRE (ANNEXE 5)**

**2.1. Ultrasonographie**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Une consultation exceptionnelle en échographie obstétricale (code d'acte 8313) peut être demandée par un médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, en plus de la radiologie diagnostique.

**Réf.** : Addendum 8, Règle 8.

**3. TARIF DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE (ANNEXE 6)**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

**Environ 550 codes ont été ajoutés ou ont été modifiés**, soit par un changement de tarif, une annulation, un remplacement ou un nouveau libellé. Êtes-vous concerné ?

Pour connaître les modifications, voyez la [Partie II](#) «Tableaux des codes d'acte».

Tous les changements introduits à l'Annexe 6 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2001, à l'exception des codes relatifs aux cathétérismes veineux inscrits aux pages C-18, C-43, C-44, D-7 et D-8 dont **l'entrée en vigueur est le 1<sup>er</sup> octobre 2000**.

La valeur de l'unité d'anesthésie **est majorée à 12,06 \$**.

#### 4. TARIF DE LA MÉDECINE DE LABORATOIRE (ANNEXE 7)

Date d'entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> juillet 2001

**34 codes ont été ajoutés ou ont été modifiés**, soit par un changement de tarif, une annulation, un nouveau libellé. Êtes-vous concerné ?

Voyez le [point 4 de la partie II](#) « Tableaux des codes d'acte ».

**ATTENTION : 68 codes d'acte de radiologie diagnostique devront être facturés, pour chaque personne concernée, sur la demande de paiement n° 1200, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2001. Par conséquent, ces codes d'acte ne doivent plus être facturés sur la demande de paiement n° 1606 après le 30 juin 2001.** Voyez le [point 9 de la partie II](#) « Tableaux des codes d'acte ».

**Certains services médicaux de l'Addendum d'ultrasonographie sont rémunérés à 150 % du tarif de base lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans. Le modificateur 144 doit être inscrit sur la demande de paiement pour majorer les honoraires.** Voyez le [point 4.2, de la partie II](#) « Tableaux des codes d'acte ».

#### 5. PROTOCOLE RELATIF AUX PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE, AUX PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS ET AUX RÈGLES D'APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES (ANNEXE 8)

Date d'entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> juillet 2001

##### 5.1. Unité coronarienne

La limitation durant les six premiers jours à l'unité coronarienne est supprimée pour les codes d'acte 9221, 9224, 0028 et 0029.

Réf. : Annexe 8, Règle d'application n° 6.

##### 5.2. Ostéodensitométrie radiologique DXA ou PDXA

La Règle d'application n° 14 sur la mesure de densité osseuse est remplacée par une nouvelle règle relative à l'ostéodensitométrie radiologique DXA ou PDXA. **De nouveaux codes d'acte sont ajoutés et des indications médicales sont requises pour la facturation des services.**

Les services médicaux : colonne dorsale (8042), bassin 1 incidence (8054), colonne lombaire ou lombo-sacrée (8059) et hanches, unilatérale, 2 incidences et plus (8080) ne peuvent être facturés à un même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivant un examen d'ostéodensitométrie à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

Réf. : Annexe 8, Règle d'application 14.

##### 5.3. Cardiologie

La limitation attachée au centre de soins ultraspécialisés en pédiatrie est abrogée de la règle et du plafonnement d'activités.

Réf. : Annexe 8, Règle d'application n° 19 et PA 34-Cardiologie.

#### **5.4. Neurochirurgie**

Le neurochirurgien qui assiste un chirurgien d'une autre discipline a droit au tarif de l'assistance (Rôle 4) pour chacun des actes posés au cours d'une même séance, au même site.

**Réf.** : Annexe 8, Règle d'application n° 20.

#### **5.5. Chirurgie plastique**

Les honoraires de la visite principale pour un patient vu en clinique externe ou en cabinet privé peuvent être facturés une fois par période de quatre mois.

**Réf.** : Annexe 8, Règle d'application n° 21.

#### **5.6. Chirurgie générale**

Le plafonnement de 30 000 \$ par semestre lié à certains services médicaux est abrogé.

**Réf.** : Annexe 8, PA 31-Chirurgie générale.

#### **5.7. Chirurgie orthopédique**

Le plafonnement pour la consultation intradisciplinaire (PA 32) dans les cas de pathologie complexe (codes d'acte 9281, 9282, 9283, 9284, 9285 et 8899) est abrogé.

**Réf.** : Annexe 8, PA 32.

#### **5.8. Anatomo-pathologie** : Ajout d'un nouveau plafonnement d'activités.

Pour le médecin **classé en anatomo-pathologie**, le service médical « consultation demandée par un pathologiste d'un centre hospitalier à un autre pathologiste du même centre dans des cas de néoplasie maligne ou fortement suspecte de malignité » (code d'acte 0004) est sujet à un plafonnement d'activités de 15 par semestre.

**Réf.** : Annexe 8, PA 37-Anatomo-pathologie.

#### **5.9. PG 2 Plafonnement des gains nets et Ressourcement**

Le montant de 375 \$ payable par jour pour les frais de ressourcement du médecin spécialiste rémunéré selon un mode de rémunération autre que le mode mixte et le salariat, n'est pas sujet aux plafonnements généraux de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

**Réf.** : Annexe 8, Plafonnement des gains de pratique articles 3.1.2 et 3.2.4.

## 6. LETTRES D'ENTENTE (ANNEXE 11)

### 6.1. Modification de lettres d'entente

- **Lettre d'entente n° 2**  
Date d'entrée en vigueur : **20 novembre 2000**
- **Lettre d'entente n° 34**  
Date d'entrée en vigueur : **Date de signature de la lettre d'entente**
- **Lettre d'entente n° 36**  
Pour l'article 6 : date d'entrée en vigueur : **8 janvier 2001**  
Pour l'article 7 : date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> décembre 2000**
- **Lettre d'entente n° 61**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**
- **Lettre d'entente n° 102**  
Dates d'entrée en vigueur : **dates déterminées par les parties négociantes**  
Pour l'article 4: date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2001**
- **Lettre d'entente n° 112**  
Dates d'entrée en vigueur : **dates déterminées par les parties négociantes**
- **Lettre d'entente n° 122**  
Dates d'entrée en vigueur : **dates prévues à la lettre d'entente**
- **Lettre d'entente n° 124**  
Dates d'entrée en vigueur : **dates prévues à la lettre d'entente**
- **Lettre d'entente n° 128**  
Date d'entrée en vigueur : **22 décembre 2000**

### 6.2. Abrogation de lettres d'entente

- **Lettre d'entente n° 106**  
Date de fin d'application : **30 juin 2001**

### 6.3. Adoption de lettres d'entente

- **Lettre d'entente n° 133**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2001**
- **Lettre d'entente n° 134**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**
- **Lettre d'entente n° 135**  
Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Voyez le [point 2 de la partie II](#) « Tableaux des codes d'acte » pour connaître le résumé des codes de forfait qui ont été modifiés ou ajoutés.

## 7. MESURES INCITATIVES COMPLÉMENTAIRES (ANNEXE 20)

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2000**

La prime d'éloignement ou d'isolement a été majorée et la liste des localités comprises dans les secteurs IV et III, a été modifiée.

Réf. : Annexe 20, articles 1.1 et 1.2.

## **8. AVANTAGES SOCIAUX (ANNEXE 21)**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2001**

Concernant le régime complémentaire de l'assurance-vie, le médecin salarié à la retraite peut conserver son privilège de conversion, sans aucune preuve d'assurabilité durant les 31 jours qui suivent la fin de sa pratique médicale pour toute autre cause que l'invalidité.

**Réf.** : Annexe 21, paragraphe 7.02 f).

## **9. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR (ANNEXE 23)**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

Dorénavant, lors d'un déplacement effectué par transport aérien ou ferroviaire, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé jusqu'à un maximum de 9 heures payables par trajet unidirectionnel.

**Réf.** : Annexe 23, alinéa 2.3 a).

## **10. ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LE PAIEMENT DE SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS RÉGIONAUX. (ANNEXE 25)**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

### **Psychiatrie**

Lors d'une assignation pour une garde en disponibilité, l'exigence que le centre hospitalier soit situé à une distance de 400 kilomètres ou plus de Montréal ou de Québec disparaît et le supplément de garde en disponibilité de 24 heures est majoré de 200 \$ à 350 \$ (code 9894).

**Réf.** : Annexe 25, articles 1.1 et 3.1. et Lettre d'entente n° 122 (code d'acte 9756).

## **11. ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LA GARDE SUR PLACE AUX URGENCES EN PSYCHIATRIE (ANNEXE 28)**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

La prime de 200 \$ pour une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit, est majorée à 350 \$ (code d'acte 9280).

**Réf.** : Annexe 28, article 3.1.

## **12. ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE (ANNEXE 30)**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2001**

La désignation de l'Hôpital Marie-Enfant est remplacée par l'Hôpital Sainte-Justine. Ainsi, les dispositions de cette entente auxiliaire visent les trois établissements suivants, en plus de l'Institut de réadaptation de Montréal :

- Hôpital Sainte-Justine, CHU Mère-Enfant (00343)
- Hôpital Sainte-Justine, C.R. Marie-Enfant
- Centre hospitalier (00033) et Centre de réadaptation (10063)

Date d'entrée en vigueur : **30 janvier 2001 pour les 3 paragraphes suivants :**

**Les honoraires de l'évaluation hebdomadaire par le physiatre traitant** (code d'acte 9084) sont majorés de 60 \$ à 63 \$.

**Les honoraires d'un plan d'intervention individualisé** (code d'acte 9085) sont majorés de 150 \$ à 157,50 \$.

**Les honoraires de l'évaluation médico-handicap** (code d'acte 9086) sont majorés de 75 \$ à 78,80 \$.

Réf. : Annexe 30, articles 1.2.1.1 – 1.2.1.2 – 1.2.2.1.

## **13. MESURES SUPPLÉMENTAIRES EN VUE D'AMÉLIORER LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (ANNEXE 32)**

Date d'entrée en vigueur: **1<sup>er</sup> janvier 2000**

Ajout du territoire du Nunavik et de l'établissement « Centre de santé Tulattavik de l'Ungava » pour la spécialité de la médecine interne.

Réf. : Annexe 32, article 1.2.1.

## **14. RÉMUNÉRATION MIXTE (ANNEXE 38)**

### **14.1. Supplément d'honoraires**

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2000**

Le service médical « Rapport de prise en charge d'une lombalgie (code 9975) » est payable à 100 % à toute heure dans l'établissement où le médecin est autorisé au mode de rémunération mixte.

Réf. : Annexe 38, article 3.2.

## **14.2. Modification aux tableaux des suppléments d'honoraires de rémunération mixte** Date d'entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> juillet 2001

### **14.2.1. Tableaux de suppléments d'honoraires remplacés**

Les tableaux des spécialités suivantes sont remplacés : anatomo-pathologie, endocrinologie, médecine interne, neurochirurgie et psychiatrie.

Voyez le [point 1 de la partie III](#) « Rémunération mixte ».

### **14.2.2. Anesthésie**

Le supplément d'honoraires de « 28 % » est majoré à « 30 % », et le supplément d'honoraires de « 53 % » est majoré à « 63 % ». Les services médicaux codés 0871 et 0872 **sont abolis** de la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 70 % et les services médicaux codés 0902 et 0903 y sont ajoutés.

### **14.2.3. Cardiologie**

Les services médicaux codés 0114 et 8338 sont ajoutés à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %.

### **14.2.4. Chirurgie générale**

Les services médicaux codés 1233 et 1234 sont ajoutés à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 52 %.

### **14.2.5. Chirurgie orthopédique**

Les services médicaux codés 9282, 9283, 9287 et 9288 sont supprimés de la liste des suppléments d'honoraires à 40 % et à 60 %. Le 1<sup>er</sup> paragraphe de la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 50 % est remplacé par le paragraphe suivant :

« Les services médicaux codés 1000 à 7999 et 9500 à 9599, à l'exception du service médical codé 2505. »

### **14.2.6. Chirurgie plastique**

Les services médicaux codés 5316, 5317, 5318 et 5319 sont ajoutés au 2<sup>e</sup> paragraphe de la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 85 % et le service médical codé 1337 est ajouté au 3<sup>e</sup> paragraphe de la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 85 %.

### **14.2.7. Gériatrie**

Le tarif de « 60 \$ » pour la visite de départ est augmenté à « 70 \$ » (code d'acte 0024).

#### **14.2.8. Radiologie**

Les services médicaux codés 8122, 8148 et 8153 sont supprimés de la liste visée par le supplément d'honoraires de 55 %, et les services médicaux codés 8057, 8112 et 8247 y sont ajoutés.

#### **14.2.9. Pédiatrie**

Le service médical codé 2675 est supprimé de la liste visée par le supplément d'honoraires de 30 %.

#### **14.2.10. Obstétrique-gynécologie**

Le service médical codé 0871 est remplacé par le service médical codé 9306 dans la liste visée par le supplément d'honoraires de 55 %.

### **Renseignement administratif**

Finalement, le **MOD=130** est ajouté pour le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation. Ce modificateur ne change pas les honoraires du service pour lequel il est employé. Le modificateur doit être utilisé pour indiquer la **suite de l'opération (non en urgence)** lorsque celle-ci se déroule sur plus d'une plage horaire **dans un établissement autre** que celui où le médecin est autorisé au mode de rémunération mixte. Ce changement ne fait toutefois pas partie de la mise à jour du manuel de facturation « Régime d'assurance maladie ». Il est initié par la Régie à la demande des médecins afin de faciliter la facturation des services rendus dans ce contexte spécifique et sera publié à l'automne lors de la mise à jour de la Brochure n° 5 « Annexe 38 – Rémunération mixte ».

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle  
Comm. 028/2001-06-26 (DNST)

p. j. Mise à jour de la « Brochure n° 1 »  
Mise à jour du « Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie »