

COMMUNIQUÉ

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



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

Québec, le 23 avril 2003

À l'attention des médecins spécialistes

Modification n° 32 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° 32 à votre Accord-cadre.

Les documents officiels concernés par cette modification sont les suivants :

- ◆ **Annexe 4** : Tarif de la médecine et de la chirurgie – Règles de tarification ;
- ◆ **Annexe 6** : Tarif de la médecine et de la chirurgie – Tarification ;
- ◆ **Annexe 7** : Tarif de la médecine de laboratoire – Tarification ;
- ◆ **Annexe 8** : Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires – Règle d'application n° 28 ;
- ◆ **Annexe 38** : Rémunération mixte.

Vous trouverez à la [Partie II](#) les tableaux des nouveaux codes d'acte, des codes d'acte abolis et des codes d'acte modifiés.

Vous y trouverez aussi des modifications aux modèles de rémunération mixte de la chirurgie orthopédique, de la chirurgie plastique et de la psychiatrie.

La date de prise d'effet est le 1^{er} avril 2003. Nous serons en mesure d'implanter les changements de tarif dans les systèmes de traitement de la Régie à compter du 3 mai 2003.

Les services facturés depuis le 1^{er} avril 2003 feront l'objet d'une révision en fonction des nouveaux tarifs et vos honoraires seront ajustés en conséquence.

Les manuels « *Manuel des médecins spécialistes – régime d'assurance maladie* », « *Brochure n°5* » et « *Manuel des médecins spécialistes – services de laboratoire en établissement* » (SLE) seront mis à jour dans notre site Internet au cours du mois de mai 2003.

POINTS SAILLANTS

1. Tarif de la médecine et de la chirurgie - Règle de tarification (Annexe 4)

La règle 3.3 de l'Addendum 5 – Appareil musculo-squelettique est modifiée en y ajoutant le paragraphe suivant :

« Cette règle s'applique aussi dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure) ».

Cet ajout entraîne la modification du message explicatif 569 comme suit :

569 Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), le modificateur 050 s'applique jusqu'au 31 mars 2003. **À compter du 1^{er} avril 2003**, conformément à la règle 3.3 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le modificateur 134 s'applique.

2. Tarif de la médecine et de la chirurgie - Tarification (Annexe 6)

La psychiatrie, dans la partie traitant de la tarification des visites (onglet B), est touchée par des changements de tarifs, par des changements aux libellés et par l'ajout de plusieurs nouveaux codes d'acte.

Sous l'onglet G « Appareil musculo-squelettique », une quarantaine de codes d'acte ont été ajoutés et plusieurs autres ont été retirés. Certaines notes ont été modifiées, d'autres ont été ajoutées. De plus, plusieurs libellés ont été précisés, notamment les codes d'acte se rapportant à la colonne vertébrale.

La médecine interne et la microbiologie-infectiologie sont également visées pour la tarification des visites (onglet B).

Sous l'onglet C, la section de la dialyse prévoit l'ajout de quelques nouveaux codes d'acte et l'annulation de 1 code d'acte. En curiethérapie, une note est modifiée.

Finalement, sous l'onglet T « Appareil visuel », 2 nouveaux codes d'acte sont ajoutés.

Tous ces changements sont présentés aux tableaux de la Partie II de ce communiqué.

3. Tarif de la médecine de laboratoire - Tarification (Annexe 7)

L'onglet F « Médecine nucléaire » du manuel « Services de laboratoire en établissement » est modifié par l'ajout de 2 nouveaux codes d'acte sous la rubrique « Traitement ».

L'onglet K « Ultrasonographie » est également touché par l'ajout d'un nouveau code d'acte sous la rubrique « Échographie pelvienne ou obstétricale ».

Ces nouveaux codes d'acte sont présentés aux tableaux de la Partie II de ce communiqué.

4. Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires (Annexe 8)

Le nouveau code 2690 (réduction fermée avec ou sans anesthésie) remplace le code d'acte 2667. De plus, les codes d'acte 2715 et 2740 sont abolis.

5. Rémunération mixte (Annexe 38)

Le montant du *per diem* est majoré à 616 \$. Le montant du demi *per diem* est majoré à 308 \$. Veuillez noter que le communiqué 136 / 2003-03-26 a déjà été expédié aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode de la rémunération mixte.

Les tableaux relatifs aux modèles de rémunération mixte concernant la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique et la psychiatrie sont présentés à la Partie II de ce communiqué.

Date des communiqués : Veuillez prendre note que les communiqués sont datés du jour du dépôt dans le site Internet de la RAMQ ; le décalage entre cette date et la date de réception est occasionné par les délais d'impression et d'expédition.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et
Agence commerciale de traitement de données - Médecine

p.j. : Partie II – Tableaux des codes d'acte

Modifications aux libellés

Codes	Page	
Onglet B Psychiatrie		
8935	B-92	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)
8936	B-92	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)
8937	B-94	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)
Onglet G Musculo-squelettique		
2915	G-6	La mention « voie postérieure » est enlevée
2916	G-6	La mention « voie postérieure » est enlevée
2917	G-6	La mention « voie postérieure » est enlevée
2182	G-6	La mention « voie postérieure » est enlevée
2183	G-6	La mention « voie postérieure » est enlevée
2184	G-6	La mention « voie postérieure » est enlevée
2213	G-7	La mention « voie postérieure » est enlevée
2223	G-7	La mention « voie postérieure » est enlevée
2755 2758	G-7	Remplacement du mot « discectomie » par le mot « discoïdectomie » - lombaire - dorsale ou cervicale
2923	G-8	Ajout des mots « ou dorsale »
2211	G-8	Enlever la parenthèse « (métal ou ciment) »
2450	G-9	Ajout du mot « correction » par approche postérieure du rachis
2458 à 2463	G-10	Ajout du mot « correction » par approche antérieure du rachis Enlever le contenu de la parenthèse et les 1 ^{er} et 2 ^{ième} temps De plus, ajout des unités d'anesthésie pour les codes d'acte suivants : 2458 et 2461 : 15 unités 2459 et 2462 : 18 unités
2283 2284 2293	G-11	Ajout des mots « ou d'hémivertèbre » - temps antérieur - temps postérieur - temps combinés
2860	G-11	« Contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis »

Changements de tarifs

Code d'acte	Page	Nouveau tarif
Onglet B -Tarification des visites		
Médecine interne – centre hospitalier de soins de courte durée - hospitalisation		
0041	B-47	28,50 \$
Psychiatrie – Cabinet privé		
Supplément de consultation	B-92	51,50 \$
8921	B-92	95,00 \$
Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	B-92	63,50 \$
8935	B-92	115,00 \$
Psychiatrie – centre hospitalier de soins de courte durée - hospitalisation		
Supplément de consultation	B-92	31,10 \$
8971	B-92	82,00 \$
Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	B-92	34,70 \$
8936	B-92	95,00\$
8975	B-93	20,90 \$
8977	B-93	35,00 \$
Psychiatrie – Externe		
Supplément de consultation	B-94	49,70 \$
8981	B-94	82,00 \$
Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	B-94	56,70 \$
8937	B-94	95,00 \$
8985	B-94	20,90 \$
8987	B-95	35,00 \$

Changements de tarifs (suite)

Code d'acte	Page	Nouveau tarif
Psychiatrie – Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)		
8940	B-95	32,30 \$
8947	B-95	32,30 \$
8932	B-95	82,00 \$
8941	B-95	17,60 \$
8850	B-95	17,60 \$
8851	B-95	17,60 \$
8852	B-95	17,60 \$
8853	B-95	17,60 \$
8820	B-95	20,90 \$
8821	B-95	20,90 \$
8836	B-95	20,90 \$
8816	B-95	18,10 \$
AVIS : Local sous gestion du gouvernement		
<i>Supplément de consultation</i>	B-96	49,70 \$
8991	B-96	82,00 \$
<i>Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)</i>	B-96	56,70 \$
8914	B-96	95,00 \$
8959	B-96	20,90 \$
Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques		
		Cabinet
0121	C-29	100,00
Onglet G – Musculosquelettique		
2283	G-11	925,00\$
2458	G-11	15 unités
2459	G-11	18 unités
2461	G-11	15 unités
2462	G-11	18 unités
Onglet M – Appareil urinaire		
6213	M-3	610,00 \$

Nouveaux codes d'acte
Codes d'acte annulés et remplacés par un nouveau code d'acte

Nouveaux Codes	Page	Codes annulés	Description	Tarif
Onglet B			Spécialité : Microbiologie-infectiologie (04)	R 1
15003	B-55		Consultation suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés	72,00
Onglet B			Spécialité : Psychiatrie (28)	
8780	B-92		Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	51,50
8781	B-92		Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	51,50
	B-92		Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 63,50	
8782	B-92		Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	115,00
8783	B-92		Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	60,30
8784	B-93		Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	60,30
8785	B-93		Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	60,30
	B-93		Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 34,70	
8786	B-93		Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
8787	B-94		Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
8788	B-94		Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
			Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	

Nouveaux Codes	Page	Codes annulés	Description	Tarif		
8789	B-94		Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00		
8790	B-95		Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30		
8791	B-95		Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	95,00		
8792	B-95		Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30		
8793	B-95		Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	38,30		
8794	B-95		Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	95,00		
AVIS : Local sous gestion du gouvernement						
8795	B-96			38,30		
8796	B-96			38,30		
			<i>Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70</i>			
8797	B-96			95,00		
Onglet C						
				Établ.	Cabinet	Unité de base
				R 1	R 1	R 2
0493	C-22	0311	Installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant	200,00		4
0494	C-22		- omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	100,00		
0495	C-22	0311	Exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos	200,00		4

Onglet G					
				R 1	R 2
2048	G-6	2366	Ajout dans le libellé « avec ou sans cartilage »	350,00	12
2169	G-6	2364	Approche abdominale + modification de la note : Voir tableau nouvelle note	130,00	
2170	G-6	2374	Approche thoracique + modification de la note : Voir tableau nouvelle note	300,00	
2171	G-6	2384	Approche thoraco-abdominale Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'Addendum 4 de chirurgie. + modification de la note : Voir tableau nouvelle note	450,00	
(Sous 2755 et 2758) 2763 2830 2832	G-7		Avec greffe, supplément Avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément Avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément + une nouvelle note : Voir tableau nouvelle note	250,00 350,00 400,00	
2837 2838			Avec greffe intersomatique par voie postérieure, incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.) - Un niveau, supplément - Deux niveaux ou plus, supplément + une nouvelle note : Voir tableau nouvelle note	450,00 500,00	
(Sous 2211) 2221	G-8		Greffe et instrumentation, supplément + une nouvelle note : Voir tableau nouvelle note	350,00	
(Sous 2211) 2142 2143	G-8		Avec greffe intersomatique par voie postérieure, incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.) - Un niveau, supplément - Deux niveaux ou plus, supplément + une nouvelle note : Voir tableau nouvelle note	450,00 500,00	
(Sous 9577) 2226	G-9		Vissage de l'odontoïde	925,00	18
2044 2045	G-9	2891 2063	Séquestrectomie et drainage - par voie antérieure - par voie postérieure	576,00 350,00	10 6
(Sous 2025) 2003 2004 2005	G-9		Avec greffe - Un niveau, supplément - Deux niveaux, supplément - Trois niveaux ou plus, supplément	240,00 240,00 288,00	

Onglet G					
(Sous 2025) 2133 2134 2135	G-9		Avec greffe et instrumentation - Un niveau, supplément - Deux niveaux, supplément - Trois niveaux ou plus, supplément	336,00 336,00 384,00	
(Sous 2450) 2343	G-10	2474 et 9578	Avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 080,00	18
2166	G-10	2481 et 2482	Extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	300,00	
2228 2229	G-11		Correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas) - Premier niveau - Par niveau relâché et greffé, supplément	410,00 55,00	12
2340	G-11		Excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre - Avec instrumentation et greffe, supplément	350,00	
2341	G-11		Exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	420,00	8
2362	G-11		Révision pour pseudarthrose sans instrumentation - Un niveau - Niveau additionnel + une nouvelle note : Voir tableau nouvelle note	480,00 122,00	6
2369	G-11		Thoracoplastie	360,00	6
2532	G-11	2286	Correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéломéningocèle, incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc	925,00	18
2686	G-11	9554, 9556, 9558	Installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	240,00	7
2687	G-31		Vis percutanée	360,00	8
2688 2689	G-31	2740	Remplacement de la tête par prothèse non cimentée - Par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	420,00 60,00	8
2690	G-32	2661, 2665, 2667	Réduction fermée avec ou sans anesthésie	240,00	5
2122	G-34		Mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche + une nouvelle note : Voir tableau nouvelle note	350,00	5

Onglet G					
ONGLET T					
7122	T-2		Trabéculéctomie dans un œil ayant eu, lors d'une autre chirurgie, une incision conjonctivale pleine épaisseur dans le même quadrant, supplément	66,00	
7123	T-2		Exérèse d'un implant de Molteno	175,00	5
Services de laboratoire en établissement					
ONGLET F (Médecine nucléaire)					
8705	F-6		Brachythérapie	100,00	
8696	F-6		Planification d'un traitement par radio-isotope chez un malade porteur d'une néoplasie maligne	100,00	
ONGLET K (Ultrasonographie)				R 1	R 7
8339	K-7		Par fœtus additionnel, au-delà du deuxième AVIS : Indiquer le nombre de fœtus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	3,50	10,25

Codes d'acte annulés et non remplacés

ONGLET G

Code d'acte	Page	Code d'acte	Page	Code d'acte	Page
2918	G-7	2919	G-7	2920	G-7
2185	G-7	2186	G-7	2187	G-7
2890	G-9	2064	G-9	2451	G-10
2445	G-10	2277	G-10	2452	G-10
2453	G-11	2455	G-11	2456	G-11
2457	G-11	2494	G-11	2495	G-11
2496	G-11	2464	G-11	2467	G-12
2395	G-12	2466	G-12	2861	G-12
9557	G-12	9559	G-12	2470	G-12
2468	G-12	2469	G-12		
2471	G-12	2715	G-32		

Codes d'acte déplacés

Code d'acte	Page	Code d'acte	Page
2454	G-12	2399	G-11

Nouvelles notes

Onglet G (Musculo squelettique)	Page
<p><u>Sous le nouveau code 2832, ajout de la note suivante :</u> <i>'Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 2755 et 2758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».'</i></p>	G-7
<p><u>Sous le nouveau code 2838, ajout de la note suivante :</u> <i>'Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.'</i></p>	G-7
<p><u>Sous le nouveau code 2143, ajout de la note suivante :</u> <i>'Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.'</i></p>	G-9
<p><u>Sous le code 2399 qui a été déplacé, ajout de la note suivante :</u> <i>'L'acte codé 2399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.'</i></p>	G-11
<p><u>Sous le nouveau code 2362, ajout de la note suivante :</u> <i>'La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.'</i></p>	G-12
<p><u>Sous le nouveau code 2122, ajout de la note suivante :</u> <i>'Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 2577 et 2724.'</i></p>	G-35

Notes modifiées

ONGLET C		
Sous le code 0746	C-55	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre procédé diagnostique et thérapeutique des systèmes respiratoire ou digestif, à l'exception du code d'acte 0791.
ONGLET G		
2169 à 2171 (nouveaux codes d'acte)	G-6	NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne.
Fracture – colonne 9569 à 9577	G-9	NOTES : 2) Lors d'une approche combinée, (antérieur et postérieure), le modificateur 134 s'applique.

Rémunération mixte (Annexe 38)

Chirurgie orthopédique (modifications au supplément d'honoraire de 90 %)

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	
%	SERVICES MÉDICAUX VISÉS
90	Codes d'acte supprimés : 2185, 2186, 2187, 2277, 2286, 2364, 2374, 2384, 2395, 2445, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2464, 2466, 2467, 2471, 2474, 2481, 2482, 2494, 2495, 2496, 2861, 2918, 2919, 2920, 9554, 9556, 9557, 9558, 9559 et 9578. Codes d'acte ajoutés : 2003, 2004, 2005, 2133, 2134, 2135, 2142, 2143, 2166, 2169, 2170, 2171, 2221, 2228, 2229, 2340, 2341, 2343, 2362, 2369, 2532 et 2686.

Chirurgie plastique (modifications au supplément d'honoraire de 85 %)

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	
%	SERVICES MÉDICAUX VISÉS
85	Code d'acte supprimé : 2366 Code d'acte ajouté : 2048

Psychiatrie (modèle révisé par la Modification n°32)

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	
%	SERVICES MÉDICAUX VISÉS
30	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8822, 8824, 8826, 8925, 8941, 8972, 8982 et 9246.
45	Les services médicaux codés 8783, 8784, 8785, 8787, 8788, 8790, 8792, 8793, 8823, 8827, 8832, 8834, 8835, 8836, 8940, 8947, 8970 et 8980.
60	Les services médicaux codés 8786, 8789, 8794, 8854, 8932, 8971 et 8981.
80	Les services médicaux codés 8791, 8936 et 8937.