

# 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

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 

#### POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

<b>Assistance aux professionnels</b>	
Québec	(418) 643-8210
Montréal	(514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick	1 800 463-4776
<b>Télécopieur</b>	
Québec	(418) 646-0251
Montréal	(514) 873-5951

*Veillez 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.*

Québec, le 19 juin 2003

*À l'intention des médecins spécialistes*

## Modification n° 33 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° 33 à l'Accord-cadre.

**Sous réserve des approbations gouvernementales, la grande majorité des dispositions faisant l'objet du présent communiqué entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003.**

Veillez noter que certaines dispositions prévues dans cette Modification feront l'objet d'un communiqué spécifique au cours du mois d'août 2003 et qu'une mise à jour des manuels « Brochure n° 1 », « Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie » et « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » sera effectuée en septembre 2003. Cependant, la mise à jour de ces manuels sera disponible dans le site Internet de la Régie [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) au plus tard le **1<sup>er</sup> juillet 2003**.

Plus de 3 000 codes d'acte sont touchés par une augmentation tarifaire. Un certain nombre d'actes sont abolis et remplacés par de nouveaux. Des changements apportés à certaines règles ainsi que l'ajout de nouvelles règles au niveau du Préambule général et de certains addenda ont nécessité la création de plus de 40 nouveaux modificateurs (MOD) que vous retrouverez dans les pages suivantes ainsi que dans la partie II en ce qui concerne les modificateurs multiples. Vous y trouverez également deux nouveaux messages explicatifs.

## CHANGEMENTS APPORTÉS

### 1. Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4) Règles de tarification

#### 1.1 Préambule général

La **règle 6.4** est remplacée par la suivante :

**6.4** Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires adresse un rapport au médecin **ou au dentiste** qui lui a dirigé le malade.

Une **nouvelle règle** est ajoutée :

**8.2** Toutefois, en neurologie, les services médicaux « Électroencéphalogramme de base » (code 0347) et « Électroencéphalogramme de sommeil » (code 0752) sont payés au tarif régulier lorsque exécutés au cours d'une même séance.

La **règle 14.4** est remplacée par la suivante :

**14.4** Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 150 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 100 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 200 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 100 \$ pour le reste de la garde.

La **règle 14.6** est modifiée de façon substantielle. Ainsi, la chirurgie générale n'est plus visée par cette règle, mais elle devient visée par la nouvelle règle 14.8. En conséquence, les modificateurs (MOD) 023, 012 et 054 ne s'appliquent plus à cette spécialité mais continuent de s'appliquer à la chirurgie plastique. De plus, les spécialités d'ophtalmologie, de neurologie et d'obstétrique-gynécologie sont maintenant visées par cette règle. Veuillez trouver ci-après les modificateurs à utiliser pour les soins d'urgence dans ces trois dernières spécialités.

Note : La spécialité de la médecine interne demeure assujettie à cette règle.

Périodes visées	Ophtalmologie	Neurologie	Obstétrique-gynécologie
Soir, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 50 %	MOD=154	MOD=157	MOD= 160
Nuit, de minuit à 7 heures, majoration de 100 %	MOD=155	MOD=158	MOD=161
Samedi, dimanche et jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 50 %	MOD=156	MOD=159	MOD=162

La **règle 14.8** est ajoutée :

**Règle 14.8** : Malgré la règle 14.2, la majoration d'honoraires pour le médecin qui est classé en **chirurgie générale** est de 120 % pour les soins donnés dans cette discipline entre minuit et 7 heures; elle est de 65 % pour le reste de l'horaire de garde.

Les modificateurs suivants doivent être utilisés pour facturer la majoration d'honoraires :

MOD=163

Soir, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit, majoration de 65 %

MOD=164

Nuit, de minuit à 7 heures, majoration de 120 %

MOD=165

Samedi, dimanche et jours fériés, de 7 heures à minuit, majoration de 65 %

**La règle 23 est remplacée par la suivante :**

#### **Règle 23**

##### **Procédés et chirurgies pédiatriques**

**23.1** En centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention PG-23. Cette majoration ne s'applique toutefois pas en anesthésiologie (MOD=060).

**23.2** En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires des unités de base et des unités de durée prévus au tarif pour tous les procédés ou chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas à l'anesthésiologiste collaborateur.

**Important :** Le modificateur 063 ne s'applique donc plus à cette règle. Le modificateur 060 continue à s'appliquer à la règle 23.1 et un **nouveau modificateur (MOD=166)** doit être utilisé pour la règle 23.2.

**La règle 24 est remplacée par la suivante :**

#### **Règle 24**

##### **Procédés et chirurgies en ophtamologie**

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de **125 \$**, sont majorés à **125 \$**, si faits sous anesthésie générale.

Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

Vous devez continuer d'utiliser la modification 070 pour facturer la majoration d'honoraires.

**La règle 27 est ajoutée :**

#### **Règle 27**

##### **Procédés et chirurgies en urologie**

Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de **100 \$**, sont majorés à **100 \$**, si faits sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

**Le nouveau modificateur (MOD=167)** doit être utilisé pour demander la majoration d'honoraires.

## 1.2 Addendum 4 – Chirurgie

La règle 2.8 est remplacée par la suivante :

### *SUPPLÉMENT DE DURÉE*

« **2.8** En chirurgie, un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

Nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.

Ce supplément de durée est payé pour la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée est également payé pour la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique la durée de la visite.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général. »

## 1.3 Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie

Au premier paragraphe de la **Règle 4**, la référence à la 1<sup>re</sup> ligne à «un médecin accoucheur » est remplacée par « un médecin accoucheur **ou une sage-femme** ».

À l'alinéa (b) de la **Règle 4.1**, la référence à « 72\$ » est remplacée par « **102\$** ».

**Deux nouvelles règles sont ajoutées :**

### « Règle 8

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois. »

### « Règle 9

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite principale, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui voit une patiente sur consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement. »

## 1.4 Addendum 10 – Microbiologie-infectiologie

La règle 1.2 est remplacée par la suivante :

1.2 La planification du traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire ne peut être réclamée par plus d'un médecin microbiologiste-infectiologue, par patient, par hospitalisation ou en externe.

## 2. Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 5)

### Règles de tarification

#### 2.1 Préambule général

Au préambule général, le **premier paragraphe de la règle 4.3** est remplacé par le suivant :

4.3 Le forfait de l'urgence est de **150\$** entre minuit et 7 heures et de **100\$** pendant le reste de l'horaire de garde.

#### 2.2 Addendum 3 - Biochimie médicale

##### Article 4.4

Aux fins de l'application de l'addendum de biochimie médicale, la valeur d'une lettre K passe de 1 663 \$ à **1 804 \$**. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, vous devrez tenir compte de ce nouveau montant dans le calcul des honoraires d'une quote-part.

La Régie vous fera parvenir sous peu une lettre vous informant du montant des honoraires de la quote-part pour chaque médecin concerné. Nous vous demandons de retenir votre facturation à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 jusqu'à la réception de cette lettre de confirmation.

#### 2.3 Addendum 5 - Microbiologie-infectiologie

L'article 3.6 est remplacé par le suivant :

« 3.6 Un montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes-parts payées au médecin microbiologiste infectiologue par la Régie au cours d'une année civile s'ajoute à la rémunération du médecin microbiologiste infectiologue, selon le montant de ses gains externes au cours de cette année :

Gains externes	% des quotes-parts payées
Moins de 5 000 \$	10 %
5 000 \$ à 10 000 \$	9 %
10 000 \$ à 15 000 \$	8 %
15 000 \$ à 20 000 \$	7 %
20 000 \$ à 25 000 \$	6 %
25 000 \$ à 30 000 \$	5 %
30 000 \$ à 35 000 \$	4 %
35 000 \$ à 40 000 \$	3 %
Plus de 40 000 \$	0 % »

De plus, aux fins de l'application de l'addendum de microbiologie-infectiologie, le montant forfaitaire de base passe de 109 000 \$ à **115 000 \$**. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, vous devrez donc tenir compte de ce nouveau montant dans le calcul des honoraires d'une quote-part.

La Régie vous fera parvenir sous peu une lettre vous informant du montant des honoraires de la quote-part pour chaque médecin concerné. Nous vous demandons de retenir votre facturation à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 jusqu'à la réception de cette lettre de confirmation.

## 2.4 Addendum 6. Hématologie

**Article 4.1** Le montant fixé pour le plafonnement semestriel en établissement principal passe de 50 000 \$ à **54 000 \$**.

**Article 4.2** Le montant fixé pour le plafonnement semestriel en établissement principal et secondaire passe de 62 500 \$ à **67 500 \$**.

## 3. Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)

### Tarifification

Comme nous vous le disions en introduction, la Modification 33 est constituée principalement d'augmentations de tarifs. Près de 3 300 codes d'acte ont fait l'objet d'un changement de tarif. Compte tenu de l'ampleur de ces changements, ceux-ci ne sont pas présentés dans le cadre de ce communiqué. **Par contre, nous assurons la mise à jour de nos manuels électroniques et nous les rendrons disponibles dans le site Internet de la Régie au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2003.**

De plus, à compter de cette date et pendant une **période de trois mois**, les systèmes de la Régie **corrigeront** les demandes de paiement soumises avec les anciens tarifs pour les payer correctement. Vous devez néanmoins faire le nécessaire pour vous procurer les nouveaux tarifs.

Nous tenons à vous informer que les développeurs de logiciels ont reçu toute l'information nécessaire à la mise à jour de leurs logiciels depuis le 6 juin 2003.

### Voici les faits saillants :

#### 3.1 Informations diverses

##### 3.1.1 Nouveau modificateur :

Un nouveau modificateur (MOD=168) est ajouté. Celui-ci vient permettre, dans les cas de transplantations rénales (codes d'acte 6221, 6222 et 6223), d'être rémunéré à 90 % pour la chirurgie principale de même nature et faite par une incision différente.

##### 3.1.2 Modification au libellé d'un acte :

Sous l'onglet D – Anesthésiologie-réanimation  
Dans la section DIVERS  
0981 Anesthésie pour angioradiologie **PG 23**

##### 3.1.3 Ajout d'unités d'anesthésie :

Sous l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques  
Sous le libellé « Traitement en chambre hyperbare »  
12 unités de base en anesthésie (R = 2) sont accordées pour les actes 0837 et 0839.

### 3.1.4 Nouvelles notes ou modifications de notes déjà existantes :

Sous différents onglets, des notes en relation avec certains codes d'acte ont été modifiées ou ajoutées. Vous en trouverez la liste à la page 2/12 de la partie II.

## 3.2 Anesthésiologie – réanimation

### Onglet D

La valeur de l'unité d'anesthésie est majorée à 12.85 \$.

Un astérisque (\*) a été ajouté à droite du nombre d'unités de base des codes 0902, 0903 et 0909. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, vous pouvez y ajouter les unités de durée.

## 3.3 Actes abolis et remplacés par de nouveaux actes

Certains actes ont été abolis et remplacés par de nouveaux actes. Vous trouverez la liste à la page 3/12 de la partie II du présent communiqué.

## 3.4 Nouveaux actes

Sous l'onglet « Tarification des visites », 29 nouveaux codes d'acte ont été ajoutés. Nous vous les présentons à la page 4/12 de la partie II.

## 3.5 Nouveaux actes qui seront implantés à l'automne

Les nouveaux actes ajoutés aux tableaux des honoraires, à l'exception des visites, ne pourront être implantés pour le 1<sup>er</sup> juillet 2003 mais le seront plus tard à l'automne.

Comme ces nouveaux codes d'acte entrent en vigueur également le 1<sup>er</sup> juillet 2003, et qu'il est possible que vous ayez à les dispenser d'ici l'automne, nous vous fournissons aujourd'hui les libellés de ceux-ci (voir page 8/12 de la partie II).

**Nous vous demandons toutefois de retenir votre facturation jusqu'à ce que nous vous informions que nous sommes prêts à la recevoir, ce qui fera l'objet d'un communiqué ultérieur.**

## 4. Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

### Tarification

Quoique les changements soient moins nombreux, les mêmes remarques que celles émises pour l'Annexe 6 s'appliquent (voir page 12/12 de la partie II).

## 5. Annexe 8

### **Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires.**

N. B. Les changements apportés à cette annexe se retrouvent sous l'onglet « Règles d'application » du *Manuel des médecins spécialistes* et du *Manuel de service de laboratoire en établissement*.

### 5.1 Règle d'application n° 9 - Obstétrique-gynécologie

Le premier paragraphe est remplacé par le suivant :

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du fœtus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier.

## 5.2 Règle d'application n° 22 - Dermatologie

L'article 2 est remplacé par le suivant :

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée le même jour.

## 5.3 Règle d'application n° 27 – Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

L'article 1 est remplacé par le suivant :

1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable deux fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En rhumatologie et en gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

## 5.4 Une nouvelle règle d'application est adoptée :

### Règle d'application n° 33 – Endocrinologie

En endocrinologie, la rémunération des services médicaux suivants est comprise dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

- Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient
- Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire
- Perfusion continue d'insuline

## 5.5 PA 7. Médecine nucléaire

Le plafonnement d'activités PA7 est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

## 5.6 PA 20. Visites à domicile

Le plafonnement semestriel passe de 37 750 \$ à **41 000 \$** à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003.

## 5.7 PA 31. Chirurgie générale

Le plafonnement semestriel prévu à l'article 1 passe de 111 500 à **135 000 \$** à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003.

## 5.8 PG 1 Plafonnement de gains bruts

Le tableau apparaissant à l'article 3.1.1 est remplacé par le suivant à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 :

Spécialité	Montant
Santé communautaire	137 000 \$
Biochimie	149 000 \$
Psychiatrie	188 000 \$
Neurologie	222 000 \$

## 5.9 PG 2 Plafonnement de gains nets

Les articles 3.2.1 et 3.2.2 sont remplacés par les suivants à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003 :

« **3.2.1** Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 152 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

**3.2.2** Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés en santé communautaire ou en biochimie.

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 125 000 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 255 000 \$ par année civile. »

## **5.10 Plafonnements particuliers**

À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003

Le plafonnement PG 3 Cardiologie passe de 136 000 \$ à **147 000 \$**

Le plafonnement PG 5 Radio-oncologie passe de 82 000 \$ à **89 000 \$**

Le plafonnement PG 6 Gastro-entérologie passe de 90 000 \$ à **98 000 \$**

Le plafonnement PG 7 Physiatrie passe de 113 000 \$ à **122 000 \$**

Le plafonnement PG 8 Chirurgie générale passe de 82 000 \$ à **89 000 \$**

## **5.11 Plafonnement particulier PG 9 Médecine interne**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003

Le plafonnement PG 9 Médecine interne passe de 82 000 \$ à **89 000 \$**. Dorénavant, **en plus** des services apparaissant au chapitre « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », **sont maintenant exclus** les services apparaissant au chapitre « Tarification des visites », à la rubrique « Néphrologie » sous la section « Dialyse ».

## **6 Lettres d'entente (Annexe 11)**

### **6.1 Modifications de Lettres d'entente**

À l'annexe de la Lettre d'entente n° 3, en **supprimant** la référence à l'acte « insertion de stérilet » et en **ajoutant** les actes suivants :

- « - Épreuves de stimulation ou de suppression par administration d'une substance active avec mesures hormonales
- Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode
- Installation de l'équipement d'inhalothérapie
- Prélèvement et retransfusion de sang par hémodilution normovolémique »

À la Lettre d'entente n° 13, en remplaçant les alinéas 1. d), 1. e) et le premier paragraphe de l'article 2 par les suivants :

« d) La tarification est de 11,60 \$ par traitement - maximum trois traitements par séance.

e) Les traitements de physiothérapie donnés en clinique sont sujets au plafonnement de gains de pratique de 35 500 \$ par semestre.

Aucun honoraire n'est payé pour les traitements en surplus.

**2.** De plus, aux fins de l'application, au médecin physiatre, du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8, on ne tient compte, pour les gains de pratique provenant des traitements de physiothérapie prévus à la présente Lettre d'entente, que de 30 % de ces gains. »

Le montant du tarif horaire de « 74 \$ » apparaissant aux Lettres d'entente n° 21, n° 41, n° 43, n° 53 et n° 66 est augmenté à « 80 \$ ».

Le montant du tarif horaire de « 62 \$ » apparaissant à la Lettre d'entente n° 99 est augmenté à « 71 \$ ».

La Lettre d'entente n° 102 est remplacée par celle ci-jointe (voir 1/13 de la partie III). La modification du nombre de forfaits en radiologie prend effet le 21 mars 2003. Veuillez noter la nouvelle présentation des spécialités et des établissements visés.

La Lettre d'entente n° 112 est remplacée par celle ci-jointe. Un nouveau code de facturation pour le forfait payable en cardiologie est ajouté (voir 5/13 de la partie III). Veuillez noter la nouvelle présentation des spécialités et des établissements visés.

À la Lettre d'entente n° 122, pour le CH régional du Suroît, la discipline de la pédiatrie est ajoutée à compter du 28 avril 2003.

À la Lettre d'entente n° 124, la période d'application, pour le CH de Gaspé en chirurgie générale, prend fin au 1<sup>er</sup> juillet 2003.

À la Lettre d'entente n° 128, en ajoutant l'article 4 suivant et en renumérotant les articles subséquents :

« 4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au CH du Pontiac. »

Date de prise d'effet : 3 septembre 2002.

À la Lettre d'entente n° 134, en ajoutant l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme à la liste des établissements visés à l'article 2.

## **6.2 Adoption de lettres d'entente** (voir la page 8/13 et suivantes de la partie III)

- Lettre d'entente A-54 concernant le Docteur Michel Duval (01-424), pédiatre  
Date de prise d'effet : 1<sup>er</sup> mars 2003.
- Lettre d'entente n° 147 concernant les épreuves cardiologiques effectuées au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau  
Date de prise d'effet : 1<sup>er</sup> juillet 2002.
- Lettre d'entente n° 148 concernant l'obstétrique-gynécologie à l'Hôpital du Haut-Richelieu  
Période d'application : du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 31 décembre 2002.
- Lettre d'entente n° 149 concernant les modifications apportées aux modalités d'application des plafonnements généraux de gain de pratique
- Lettre d'entente n° 150 concernant la mise en place de la rémunération majorée dans certains territoires

## **7. L'ANNEXE 13**

### **ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS DE PSYCHIATRIE**

Le montant du tarif horaire de « 74 \$ » apparaissant à l'article 3.1 est augmenté à « 80 \$ ».

## 8. L'ANNEXE 14

### ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE.

Le montant du tarif horaire des articles 4.1 et 6.1 de « 74 \$ » est augmenté à « 80 \$ ».

## 9. L'ANNEXE 15

### ENTENTE AUXILIAIRE RELATIVE AUX HONORAIRES FORFAITAIRES

Le montant du tarif horaire de l'article 10.1 de « 74 \$ » est augmenté à « 80 \$ ».

## 10. L'ANNEXE 16

### ENTENTE AUXILIAIRE RELATIVE AU SALARIAT

est modifiée en remplaçant l'annexe de l'Annexe 16 par la suivante :

#### « ANNEXE

1. Les traitements sont payés pour une période hebdomadaire de service de trente-cinq (35) heures.

Expérience *	Toutes spécialités
Moins d'un an	102 564 \$
Plus d'un an	106 306 \$
Deux ans et plus	109 667 \$

\* Années de pratique depuis l'obtention du certificat de spécialiste. »

## 11. L'ANNEXE 19

### LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.

est modifiée comme suit :

- 11.1 À l'article 2.1, en remplaçant les deuxième et troisième paragraphes par les suivants :

« À compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le troisième (3<sup>e</sup>) anniversaire d'établissement en régions désignées, cette prime correspond à 14% de la rémunération de base gagnée par le médecin spécialiste dans ces établissements, jusqu'à concurrence de **3 500 \$** pour chacun des trimestres d'une année civile.

À compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le sixième (6<sup>e</sup>) anniversaire d'établissement en régions désignées, cette prime correspond à 20 % de la rémunération de base gagnée par le médecin spécialiste dans ces établissements, jusqu'à concurrence de **5 000 \$** pour chacun des trimestres d'une année civile. »

**11.2** En ajoutant le paragraphe 3.8 suivant :

**3.8** Lorsque le médecin spécialiste quitte les territoires visés par le présent article, ses journées de ressourcement accumulées peuvent être utilisées dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 3.4 i).

Par la suite, il ne peut bénéficier du solde de ses journées de ressourcement accumulées que dans l'éventualité d'un retour dans les territoires visés par le présent article.

## **12. L'ANNEXE 23**

### **FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR**

est modifiée comme suit :

**12.1** À l'article 1.1 et à l'alinéa 2.1(a), le tarif de « 0,68 \$ » par kilomètre est augmenté à « **0,72 \$** ».

**12.2** Aux articles 1.3, 2.2 et 2.4, en remplaçant les références à « 66 \$ » par « **71 \$** ».

**12.3** À l'article 1.3, en ajoutant l'alinéa c) suivant :

« c) d'un médecin spécialiste qui se déplace pour dispenser des soins dans une discipline et un établissement visés aux Lettres d'entente n° 102 ou n° 112, à moins que cet établissement ne soit déjà visé par l'article 2. »

**12.4** En ajoutant le Centre de jeunesse du Bas-Saint-Laurent à la liste des centres apparaissant en Annexe pour la région 01.

Date de prise d'effet : 3 septembre 2002.

## **13. L'ANNEXE 29**

### **ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS EN CENTRE HOSPITALIER.**

Est modifiée comme suit :

**13.1** À l'article 5.1, en remplaçant les références aux montants de « 340 \$ » et « 425 \$ » par, respectivement, « **410 \$** » et « **510 \$** ».

**13.2** Au **TABLEAU DE LA TARIFICATION DES FORFAITS DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS**, en remplaçant les références aux montants de « 57\$ » et « 40 \$ » apparaissant à l'alinéa 1.1 (b) par, respectivement, « **68 \$** » et « **48 \$** ».

**13.3** Au **TABLEAU DE LA TARIFICATION DES FORFAITS DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS**, en remplaçant les références aux montants de « 340 \$ » et « 425 \$ » apparaissant à l'alinéa 2 par, respectivement, « **410 \$** » et « **510 \$** ».

## **14. L'ANNEXE 30**

### **ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE**

Le montant du tarif horaire de l'article 3.1 de « 74 \$ » est augmenté à « **80 \$** ».

**15. L'ANNEXE 31**

**ENTENTE AUXILIAIRE  
CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS DE GÉRIATRIE**

Le montant du tarif horaire de l'article 3.1 de « 74 \$ » est augmenté à « **80 \$** ».

**16. L'ANNEXE 32**

**MESURES SUPPLÉMENTAIRES EN VUE D'AMÉLIORER LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE  
DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE  
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.**

est modifiée comme suit :

**16.1** En ajoutant à l'article 1.2.1, l'oncologie médicale à la liste des spécialités reconnues pour le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

**16.2** En remplaçant l'article 1.3.1 par le suivant :

« **1.3.1** La prime de revalorisation de la rémunération de base est de :

- 21 700 \$, pour des gains de pratique de moins de 162 600 \$;
- 17 300 \$, pour des gains de pratique entre 162 600 \$ et 178 900 \$;
- 13 000 \$, pour des gains de pratique entre 178 900 \$ et 195 100 \$;
- 8 700 \$, pour des gains de pratique entre 195 100 \$ et 211 400 \$;
- 4 300 \$, pour des gains de pratique entre 211 400 \$ et 223 700 \$.

Pour les fins de l'application de cet article, on vise l'ensemble des gains de pratique gagnés par le médecin dans son centre hospitalier principal, ainsi qu'en cabinet privé. »

**16.2** À l'article 1.3.2, en remplaçant la référence à « 210 000 \$ » apparaissant au dernier paragraphe par « **228 000 \$** »

**17. L'ANNEXE 38**

**Concernant le mode de rémunération mixte**

Note : Les changements apportés aux tableaux des suppléments d'honoraires des spécialités d'allergie, de la chirurgie plastique et de la radiologie diagnostique vous seront fournis dans un communiqué ultérieur.

**17.1** Le montant du **per diem** passe de 616 \$ à **670 \$** et celui du **demi per diem** de 308 \$ à **335 \$**.

**17.2** Le 2<sup>e</sup> paragraphe de l'article 4.2 est remplacé par les suivants :

« Toutefois, pour le médecin classé en anesthésiologie, en médecine interne, en chirurgie plastique, en ophtalmologie, en neurologie ou en obstétrique-gynécologie, la majoration est de la moitié pour la période visée à l'article 4.2 (i) et de 100 % pour la période visée à l'article 4.2 (ii). Pour le médecin classé en pédiatrie, la majoration est de 65% pour la période visée à l'article 4.2 (i) et de 125 % pour la période visée à l'article 4.2 (ii).

Pour le médecin classé en chirurgie générale, la majoration est de 65 % pour la période visée à l'article 4.2 (i) et de 120 % pour la période visée à l'article 4.2 (ii). »

- 17.3** À l'article 4.3, en remplaçant les références à « 125 \$ » et « 75 \$ » par « **150 \$** » et « **100 \$** » respectivement.
- 17.4** Au modèle de rémunération mixte de l'**anatomo-pathologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 30 % en supprimant les services médicaux codés 10204, 10208 et 10209 et en les ajoutant à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %.
- 17.5** Au modèle de rémunération mixte de l'**anesthésiologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 70 %, en **supprimant** le service médical codé **0914** lorsque dispensé dans une unité de soins intensifs non reconnus en vertu de l'Annexe 29 **et en remplaçant** la référence aux services médicaux codés **0923, 0942, 0943, 0945** par les codes des services médicaux codés **0997, 0998, 0999, 0988, 0989 et 1900**.
- 17.6** Au modèle de rémunération mixte de l'**anesthésiologie**, en ajoutant le supplément d'honoraires suivant :
- « 40 % Tous les services médicaux de 8 à 11 unités de base. »
- 17.7** Au modèle de rémunération mixte de l'**anesthésiologie**, au supplément d'honoraires de 63 %, en ajoutant le paragraphe suivant :
- « Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans. »
- 17.8** Au modèle de rémunération mixte de la **CCVT** à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 70 %, en **remplaçant** la référence à « 3373 et 3374 » **par** « 3373, 3374, 5019, 5020, 5067, 5106, 5125, 5128, 5129, 5130, 5220, 5221, 5223, 5224, 5275, 5276, 5288, 5289, 5333, 5334, 5338, 5348, 5349, 5350, 5352, 5353, 5354, 5356, 5357, 5359, 5360, 5363, 5395, 6182 et 6187. ».
- 17.9** Au modèle de rémunération mixte de la **génétique médicale**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 50 % en **supprimant** le service médical codé 9606 et en **ajoutant** le service médical codé 9607.
- 17.10** Au modèle de rémunération mixte de la **médecine interne**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 43 %, en **remplaçant** la référence aux services médicaux codés « 0048 et 0051 » **par** « 0048, 0051, 9403, 9404 et 9405 ».
- 17.11** Au modèle de rémunération mixte de la **neurologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 22 %, en **supprimant** les services médicaux codés 0356, 0357, 0359, 0360, 0363, 0366 et 9412.
- 17.12** Au modèle de rémunération mixte de la **neurologie**, en **ajoutant** le supplément d'honoraires suivant :
- « 40 % Les services médicaux codés 0356, 0357, 0359, 0360, 0363, 0366 et 9412. »
- 17.13** Au modèle de rémunération mixte de la **neurochirurgie**, au supplément d'honoraires de 79 %, en **ajoutant** le paragraphe suivant :
- « Les services médicaux codés 0088, 0614, 0625 et 0629. »

**17.14** Au modèle de rémunération mixte de l'**obstétrique-gynécologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 55 %, en **ajoutant** les services médicaux codés 6154, 6164, 6251, 6934 ainsi que les services médicaux codés 15086, 15087, 15095, 15096, 15088, 15089, 15097 et 15098.

**17.15** Aux modalités particulières du mode de rémunération mixte de la **pédiatrie**, en **modifiant** la référence au nombre de suppléments de garde et aux services visés au sein des centres hospitaliers suivants :

---

« **CHUQ**

– Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval 4 Pédiatrie (2)  
néonatalogie (1) et  
soins intensifs (1)

**CHUS**

– Hôpital Fleurimont 4 Pédiatrie (1)  
néonatalogie (1)  
soins intensifs (1) et  
pouponnière (1)

**Hôpital Sainte-Justine** 9 Pédiatrie (7)  
néonatalogie (1) et  
pouponnière (1)

**Hôpital de Montréal pour enfants** 5 Pédiatrie (4)  
néonatalogie (1) »

---

**17.16** Au modèle de rémunération mixte de la **rhumatologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 45 %, en **ajoutant** les services médicaux codés 0235, 0430 et 0431.

**17.17** Au modèle de rémunération mixte de la **pneumologie**, en **remplaçant** la référence aux suppléments de garde de « 100 \$ » et « 200 \$ » **par** « 107 \$ » et « 214 \$ » respectivement et, à l'article 2 des modalités particulières, en **remplaçant** la référence aux suppléments de garde de « 150 \$ » et « 350 \$ » **par** « 160 \$ » et « 375 \$ » respectivement.

**17.18** Au modèle de rémunération mixte de la **psychiatrie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, en **supprimant** les services médicaux 8786, 8789 et 8794 et en les **ajoutant** à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 80 %.

**17.19** En remplaçant le modèle de rémunération mixte de la **gériatrie** par celui ci-joint. Veuillez consulter la page 1/2 de la partie IV.

Deux nouveaux codes d'acte apparaissent aux paragraphes 1.3 et 1.4 de ce modèle de rémunération mixte. Il s'agit des codes 15106 et 15107 présents à l'Annexe 38.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et  
Agences commerciales de traitement de données – Médecine

p. j. [Partie II – Informations administratives](#)  
[Partie III – Ajouts et modifications de lettres d'entente](#)  
[Partie IV – Rémunération mixte \(Annexe 38\)](#)

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

### NOUVEAUX MODIFICATEURS, AJOUTS ET MODIFICATIONS DE CODES D'ACTE

#### MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

##### ■ Nouveaux messages explicatifs

- 353 En raison de la règle 24 ou 25 ou 27 du Préambule général, **un seul acte** est payable avec le modificateur 070 ou 142 ou 167 et ce **pour l'ensemble** des actes diagnostiques ou thérapeutiques et chirurgicaux.
- 359 En raison de la règle 24 ou 25 ou 27 du Préambule général, le modificateur 070 ou 142 ou 167 est non applicable puisque le total des honoraires des actes diagnostiques ou thérapeutiques et chirurgicaux est supérieur à celui inscrit à la règle. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

##### ■ Nouveaux modificateurs multiples

Combinaison de modificateurs	Modificateurs multiples	Constantes (Facteurs de multiplication)
012 – 094	520	2,00
023 – 094	521	1,50
050 – 154	296	0,75
050 – 155	298	1,00
050 – 156	500	0,75
050 – 157	502	0,75
050 – 158	504	1,00
050 – 159	506	0,75
050 – 160	508	0,75
050 – 161	510	1,00
050 – 162	512	0,75
050 – 163	514	0,825
050 – 164	516	1,10
050 – 165	518	0,825
054 – 094	522	1,50
094 – 154	297	1,50
094 – 155	299	2,00
094 – 156	501	1,50
094 – 157	503	1,50
094 – 158	505	2,00
094 – 159	507	1,50
094 – 160	509	1,50
094 – 161	511	2,00
094 – 162	513	1,50
094 – 163	515	1,65
094 – 164	517	2,20
094 – 165	519	1,65

## ■ Modifications aux notes déjà existantes

### B – TARIFICATION DES VISITES

#### MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

##### Hospitalisation

9030

NOTE : Les actes codés 9029, 9030, 9032 et 9044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

##### Externe

9032

NOTE : Les actes codés 9029, 9030, 9032 et 9044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

##### AVIS : Local sous gestion du gouvernement

9020

NOTE : Les actes codés 9020, 9029, 9030, 9032, 9044 et 9109 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

### F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants : 1210, 1211, 1338, 1395, 1401, 1402, 1419, 1460, 1463, 1464, 1465, 1010, 1012, 1021 et 1386 et elle est également requise pour les codes d'acte suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 1405, 1406, 1416 et 1417.

NOTE : Pour les actes codés 1434 et 1435, l'autorisation de la Régie est requise seulement dans les cas d'asymétrie mammaire.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

### M – APPAREIL URINAIRE

#### REIN

##### Transplantation rénale

6221

6222

6223

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les transplantations rénales, la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faite par une incision différente est payée à 90 %.  
(MOD = 168)

■ Codes d'acte abolis et remplacés par des nouveaux à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003

C – PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Codes d'acte abolis	Nouveaux codes		Établissement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
<b>Photothérapie</b>					
0830	0820	Traitement de photothérapie	4,30	16,50	

D – ANESTHÉSIE – RÉANIMATION

Codes d'acte abolis	Nouveaux codes			R = 1	R = 2
<b>ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE</b>					
Douleur aiguë ou douleur chronique					

prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

**Ces trois codes 0942, 0943 et 0945 sont remplacés par les six codes suivants :**

0997	période de 24 heures ou moins	4
0998	période de plus de 24 heures	8
0999	période de plus de 96 heures, par jour, supplément	3

**AVIS :** Incrire la date de début du séjour hospitalier dans la case **ÉTABLISSEMENT**.

prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

0988	période de 24 heures ou moins	4
0989	période de plus de 24 heures	8
1900	période de plus de 96 heures, par jour, supplément	3

**AVIS :** Incrire la date de début du séjour hospitalier dans la case **ÉTABLISSEMENT**.

## F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

Codes d'acte abolis	Nouveaux codes		R = 1	R = 2
		<b>CRYOCHIRURGIE</b>		
		Lipectomie fonctionnelle		
1208	1010	Excision du tablier graisseux abdominal	400,00	7
1214	1012	Autres régions	195,00	4
1214	1021	membre supérieur	350,00	4
		membre inférieur		
		<b>Grefe libre</b>		
1394	1386	Reconstruction du mamelon par greffe	210,00	4

## M – APPAREIL URINAIRE

Codes d'acte abolis	Nouveaux codes		R = 1	R = 2
		<b>URETRE</b>		
		<i>Réparation</i>		
6365	6037	Urétrolyse post-urétropexie par voie sus-pubienne	438,00	7
6365	6014	par voie vaginale	197,00	7
		NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section "Urètre" sous la rubrique « Réparation ».		

### ■ Nouveaux codes d'acte en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003

## B – TARIFICATION DES VISITES

		<b>MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE</b>	R = 1
		<b>Cabinet privé</b>	
15104		Maladies infectieuses en émergence : Visite principale	45,80
		NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par mois, par patient, par médecin microbiologiste-infectiologue.	

R = 1

**AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT.**

**Cabinet privé (suite)**

15105 Consultation suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés 86,70

**OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE**

**Cabinet privé**

15108 prise en charge d'une patiente enceinte, supplément 16,00

**AVIS :** *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

15080 Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 61,20

**AVIS :** *Inscrire le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT.*

**Centre hospitalier de soins de courte durée**

**Hospitalisation**

15109 prise en charge d'une patiente enceinte, supplément 16,00

**AVIS :** *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

15081 Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 57,70

**AVIS :** *Inscrire le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT.*

15082 Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) 105,00

15083 Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer première visite 75,00

15084 visite subséquente 35,00

15085 Supplément de durée 20,00

**AVIS :** *Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.8.*

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

		<b>R = 1</b>
15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	75,00
	<b><u>AVIS:</u></b> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15087	visite subséquente NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection.	25,00
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	75,00
	<b><u>AVIS:</u></b> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15089	visite subséquente	25,00
	<b>Externe</b>	
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	<b><u>AVIS:</u></b> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	48,70
	<b><u>AVIS:</u></b> Inscrire le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT.	
15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	105,00
15092	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	<b><u>AVIS:</u></b> Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.8.	
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	75,00
	<b><u>AVIS:</u></b> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	

		<b>R = 1</b>
	<b>Externe (suite)</b>	
15096	visite subséquente NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection.	25,00
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	75,00
	<b><u>AVIS:</u></b> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15098	visite subséquente	25,00
	<b>OPHTALMOLOGIE</b>	
	<b>Cabinet privé</b>	
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	45,20
	<b><u>AVIS:</u></b> <i>Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	
	<b>Centre hospitalier de soins de courte durée</b>	
	<b>Hospitalisation</b>	
15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	43,25
	<b><u>AVIS:</u></b> <i>Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	
	<b>Externe</b>	
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	34,85
	<b><u>AVIS:</u></b> <i>Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	
	<b>Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)</b>	
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	43,25
	<b><u>AVIS:</u></b> <i>Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	
	<b><u>AVIS:</u></b> LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT	
15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	34,85
	<b><u>AVIS:</u></b> <i>Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	

## ■ Ajout de codes d'acte prévus en septembre 2003

Date de prise d'effet : 1<sup>er</sup> juillet 2003.

### C – PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Sous le code	<b>Allergie</b>	
0161	Traitement d'hyposensibilisation...	
- - - -	Dosages d'IgE spécifiques Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement)	Établissement
	<b>Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques</b>	
0258	Ganglion de Gasser	
- - - -	ganglion impair (Walther)	
	<b>ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE</b>	
0117	Mesures sériées...	
- - - -	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	Établissement
	<b>Injections</b>	
0554	Injections unilatérales...	
- - - -	injection de toxine botulinique intralaryngée	Établissement
	<b>OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE</b>	
	<b>Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique</b>	
0817	Évaluation globale...	
- - - -	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	
	<b>INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES</b>	
9499	temps radiologique...	
	<b>Thermochirurgie pour ablation de tumeur(s) (excluant la peau) avec appareil dédié</b>	
- - - -	temps radiologique	Établissement
- - - -	temps chirurgical	Établissement
- - - -	temps radiologique et chirurgical	Établissement

Sous le code	<b>Interventions mammaires</b>	
0853	Broche additionnelle...	
----	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	Établissement
	NOTE : Maximum 1 par patient, par jour	
	<b>Transplantation d'organes</b>	
	Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopératoire	
9491	pancréatique	Établissement
----	cardiaque	Établissement
----	cardiaque-pulmonaire	Établissement
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des actes codés 9377, 9378, 9379, 9380, 9381.	
9350	1 <sup>er</sup> au 7 <sup>e</sup> jour...	
	Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :	
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents mais excluant l'hémodialyse	
----	1 <sup>er</sup> jour (journée de la greffe)	Établissement
----	2 <sup>e</sup> au 5 <sup>e</sup> jour (par jour)	Établissement
----	6 <sup>e</sup> au 10 <sup>e</sup> jour (par jour)	Établissement
----	11 <sup>e</sup> au 15 <sup>e</sup> jour (par jour)	Établissement
----	1 <sup>er</sup> au 15 <sup>e</sup> jour inclus (Honoraire global)	Établissement

## D – ANESTHÉSIOLOGIE - RÉANIMATION

Anesthésie diagnostique et thérapeutique

Douleur aiguë ou douleur chronique

- 
- Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique  
NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 0933 et 0935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.

NOTE : Les services médicaux 0952 et XXXX ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.

## F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

Sous le  
code

### ***Grefe libre***

- 1389 Prélèvement de fascia lata  
Reconstruction du mamelon  
- - - - par tatouage

### **Réparation**

- 1402 *Reconstruction mammaire...*  
Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal  
- - - - sans implant  
- - - - avec implant

## G – MUSCULO-SQUELETTIQUE

Sous le  
code

### ***Arthroplastie***

- 2373 Interphalangienne...  
- - - - correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel

### ***Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)***

- 2104 croisé postérieur  
- - - - croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement

### ***Microanastomose***

- 2394 Greffe d'une artère ou d'une veine...  
- - - - Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale  
NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.

## J – SYSTÈME CARDIAQUE

Sous le  
code

### **ACTES GÉNÉRAUX**

- 4505 Fermeture de déhiscence du sternum...  
par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit  
- - - - un lambeau PG-23  
- - - - deux lambeaux PG-23

## L – SYSTÈME DIGESTIF

Sous le  
code **INTESTIN (à l'exception du rectum)**

### **Excision**

- 5282 conversion d'une iléostomie...  
- - - - avec résection rectale dans un même temps, supplément

## P – GYNÉCOLOGIE

### **VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN**

#### **Excision conventionnelle ou au laser**

Vulvectomie :

- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6156  
- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6157  
- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6158

### **UTÉRUS ET COL UTÉRIN**

#### **Excision conventionnelle ou au laser**

- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6265  
- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6216  
- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6270

**Trachélectomie :**

- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6233

**Paramétriectomie :**

- - - - exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément au code 6289

## U – APPAREIL AUDITIF

Sous le  
code **OREILLE INTERNE**

- 7241 Neurectomie vestibulaire...  
- - - - Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure

## V – RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Sous le code	<b>VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)</b>
	Côlon, lavement baryté
8160	double contraste...
- - - -	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour 8149, 8160, 8255, 8256, 8257, 8262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.

## MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT

### ■ Ajout des codes d'acte prévus en septembre 2003

## L – ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

Sous le code	<b>AUTRES ÉPREUVES</b>
8468	Ventilation, cycle respiratoire...
- - - -	Analyse microscopique et interprétation du lavage broncho-alvéolaire Maximum de 1 par jour, par patient
- - - -	Mesure de la cellularité bronchique par la méthode de l'expectoration induite Maximum de 1 par jour, par patient NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.

## AJOUTS ET MODIFICATIONS DE LETTRES D'ENTENTE

### ■ Modifications à certaines lettres d'entente

#### LETTRÉ D'ENTENTE N° 102

**CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS AU SEIN DE CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS.**

**CONSIDÉRANT** la pénurie d'effectifs prévalant au sein de certains centres hospitaliers;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer la prestation de soins au sein de ces centres;

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, le médecin spécialiste a droit au montant forfaitaire suivant pour les services qu'il dispense dans une discipline et un établissement visés.
  - i) pour le médecin n'œuvrant pas de façon principale dans un établissement visé et qui s'y rend afin de participer à la prestation de soins dans sa discipline, ce montant forfaitaire est de 350 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline;
  - ii) pour le médecin œuvrant déjà de façon principale dans un établissement visé, si tel est le cas, ce montant forfaitaire est de 150 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline.
2. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les disciplines et les établissements visés, de même que le nombre maximum de montants forfaitaires mentionnés à l'alinéa 1. (i) pouvant être versés par discipline au cours d'une journée sont les suivants :

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	DATE DE DÉBUT DES FORFAITS	NOMBRE MAXIMUM DE FORFAITS 1.(i) PAR JOUR
<b>01 – Bas Saint-Laurent</b>			
CH d'Amqui	Chirurgie générale	01-08-31	1
<b>02 – Saguenay/Lac Saint-Jean</b>			
Complexe hospitalier de la Sagamie	Pédiatrie	01-02-14	1
	Hématologie/Oncologie médicale	02-11-27	1

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	DATE DE DÉBUT DES FORAITS	NOMBRE MAXIMUM DE FORAITS 1.(i) PAR JOUR
<b>04 – Mauricie/Centre-du-Québec</b>			
CH régional de la Mauricie	Anesthésiologie	98-09-24	3
	Obstétrique-gynécologie	00-09-15	1
	Pédiatrie	00-09-15	1
Centre SSS de la Saint-Maurice	Médecine interne	03-04-07	1
<b>07 – Outaouais</b>			
CHVO – Pavillon de Gatineau	Hématologie/Oncologie médicale	02-11-27	1
CHVO – Pavillon de Hull	Hématologie/Oncologie médicale	03-04-07	1
<b>08 – Abitibi-Témiscamingue</b>			
CH de Val-d'Or	Radiologie	01-01-25	1
	Obstétrique-gynécologie	02-11-01 au 03-04-01	1
CH La Sarre	Chirurgie générale	01-06-27	1
CH Rouyn-Noranda	Médecine interne	01-03-01	1
	Pédiatrie	03-03-06	1
	Radiologie	-----	1
<b>09 – Côte-Nord</b>			
Centre de santé de la Basse Côte Nord	Radiologie	01-09-16	1
CH régional Baie-Comeau	Médecine interne	03-01-01	1
CH régional de Sept-Îles	Médecine interne	03-06-01	1
<b>11 – Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine</b>			
CH de Chandler	Obstétrique-gynécologie	03-05-23	1
<b>12 – Chaudières-Appalaches</b>			
CH Beauce-Étchemin	Obstétrique-gynécologie	99-06-10	1
	Médecine	02-02-01	1
	Radiologie diagnostique	02-11-22	2
CH de la région de l'Amiante	Obstétrique-gynécologie	03-01-07	1
<b>14 – Lanaudière</b>			
CH régional de Lanaudière	Pédiatrie	03-05-07	1
<b>15 – Laurentides</b>			
CH Saint-Eustache	Anesthésiologie	00-07-01	2
	Obstétrique-gynécologie	02-04-01	1
CH et CR Antoine-Labelle	Chirurgie générale	02-06-01	1
	Anesthésiologie	03-03-10	1

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	DATE DE DÉBUT DES FORFAITS	NOMBRE MAXIMUM DE FORFAITS 1.(i) PAR JOUR
<b>16– Montérégie</b>			
Hôtel-Dieu de Sorel	Anesthésiologie	97-09-01	2
	Obstétrique-gynécologie	00-07-01	1
CH Anna-Laberge	Anesthésiologie	01-06-04	2
CH régional du Suroît <sup>1</sup>	Radiologie diagnostique	03-01-01	0

(<sup>1</sup>) Seul le montant forfaitaire prévu à l'alinéa 1. ii) s'applique pour ce centre hospitalier.

- De plus, le médecin spécialiste en anesthésiologie ou en obstétrique-gynécologie qui assume la garde en semaine dans sa discipline à l'Hôtel-Dieu de Sorel a droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.
- Les montants forfaitaires prévus à l'article 1 ne sont pas considérés aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.
- La présente lettre d'entente s'applique pour les disciplines et établissements visés, aux dates déterminées par les parties négociantes. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte des effectifs disponibles dans ces disciplines.
- La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

\_\_\_\_\_  
**Philippe Couillard, MD**  
 Ministre  
 Ministère de la santé et des  
 services sociaux

\_\_\_\_\_  
**Yves Dugré, MD**  
 Président  
 Fédération des médecins  
 spécialistes du Québec

## TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Week-end et jours fériés		Autres jours	
	Parag. 1i)	Parag. 1ii)	Parag. 1i)	Parag. 1ii)
	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 350 \$	Codes d'acte 150 \$
Anesthésiologie	9832	9834	9833	9835
Obstétrique-gynécologie	9762	9764	9763	9765
Pédiatrie	9738	9740	9739	9741
Radiologie diagnostique	9710	9712	9711	9713
Médecine interne	9714	9716	9715	9717
Chirurgie générale	9700	9701	9702	9703
Médecine	19009	19010	19011	19012
Hématologie/Oncologie médicale	19023	19024	19025	19026

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.**

**Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

## LETTRE D'ENTENTE N° 112

### CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS DANS CERTAINES DISCIPLINES ET ÉTABLISSEMENTS VISÉS.

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe, par le biais d'un groupe concerté, à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés.
2. Ce montant forfaitaire est de 170 \$ par jour, la semaine, le week-end et les jours fériés. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, pour chaque jour où ce médecin dispense des soins ou assume la garde dans un établissement visé.
3. Seuls les groupes de médecins assurant une prestation continue des soins dans un établissement visé et ayant été reconnus comme tels par les parties négociantes peuvent se qualifier au titre du paiement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente. Le médecin qui exerce dans un établissement qui compte moins de trois médecins de sa spécialité ne peut s'inscrire comme membre d'un groupe concerté aux fins de la présente lettre d'entente, à moins d'autorisation des parties négociantes.
4. Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement visé à l'exception de la psychiatrie au CH régional Baie-Comeau, au CH et CR Antoine-Labelle, au CH de la région de l'Amiante et au CH régional de Trois-Rivières pour lesquels on applique un maximum de deux montants forfaitaires par jour.
5. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les disciplines et les établissements visés sont les suivants :

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE
<b>01 – Bas Saint-Laurent</b>	
CH d'Amqui	Anesthésiologie, obstétrique-gynécologie et radiologie diagnostique
CH de Matane	Anesthésiologie
CH Notre-Dame-du-Lac	Anesthésiologie et chirurgie générale
Centre Notre-Dame-de-Fatima	Anesthésiologie
CH régional de Rimouski	Anesthésiologie, psychiatrie et cardiologie <sup>1</sup>
CH régional du Grand-Portage	Psychiatrie
<b>02 – Saguenay/Lac Saint-Jean</b>	
CH de Dolbeau	Chirurgie générale et anesthésiologie
Complexe hospitalier de la Sagamie	Neurologie
<b>03 – Québec</b>	
Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie	Anesthésiologie et chirurgie générale
CH de Charlevoix	Anesthésiologie et chirurgie générale
<b>04 – Mauricie/Centre-du-Québec</b>	
Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	Anesthésiologie, chirurgie générale et psychiatrie
CH régional de Trois-Rivières	Psychiatrie
<b>05 – Estrie</b>	
Carrefour santé du Granit – CH Lac-Mégantic	Radiologie diagnostique

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE
<b>07 – Outaouais</b>	
Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau (CH)	Chirurgie générale et anesthésiologie
Centre hospitalier du Pontiac	Anesthésiologie
<b>08 – Abitibi-Témiscamingue</b>	
CH de Val-d'Or	Anesthésiologie et psychiatrie
CH La Sarre	Anesthésiologie, radiologie diagnostique et obstétrique-gynécologie
Centre de santé Sainte-Famille	Anesthésiologie et radiologie diagnostique
CH Rouyn-Noranda	Obstétrique-gynécologie
CH Hôtel-Dieu d'Amos	Anesthésiologie
<b>09 – Côte-Nord</b>	
CH régional de Sept-Îles	Chirurgie générale, anatomo-pathologie et psychiatrie
CH régional Baie-Comeau	Psychiatrie, anesthésiologie et obstétrique-gynécologie
<b>10 – Nord-du-Québec</b>	
Centre de santé de Chibougamau	Anesthésiologie et chirurgie générale
<b>11 – Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine</b>	
Centre hospitalier de Gaspé (Pavillon Hôtel-Dieu)	Anesthésiologie, chirurgie générale et radiologie diagnostique
Hôpital des Monts	Anesthésiologie, médecine interne et chirurgie générale
CH Baie-des-Chaleurs	Anesthésiologie
CH de Chandler	Anesthésiologie et chirurgie générale
CH de l'Archipel	Anesthésiologie, psychiatrie et obstétrique-gynécologie
<b>12 – Chaudière-Appalaches</b>	
Hôtel-Dieu de Montmagny	Psychiatrie
CH de la Région de l'Amiante	Psychiatrie
<b>14 – Lanaudière</b>	
CH régional de Lanaudière	Obstétrique-gynécologie
<b>15 – Laurentides</b>	
CH et CR Antoine-Labelle	Psychiatrie
<b>16 – Montérégie</b>	
CH Pierre-Boucher	Pneumologie
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	Chirurgie générale et obstétrique-gynécologie
CH régional du Suroît	Radiologie diagnostique
<b>17 – Nunavik</b>	
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	Anesthésiologie
Centre de santé Inuulitsivik	Anesthésiologie

(<sup>1</sup>) Le montant forfaitaire peut également être payable au médecin interniste qui participe à la prestation des soins en cardiologie.

- La présente lettre d'entente s'applique, pour les disciplines et établissements visés, aux dates déterminées par les parties négociantes. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte des effectifs disponibles dans ces disciplines.

7. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

\_\_\_\_\_  
**Philippe Couillard, MD**  
Ministre  
Ministère de la santé et des  
services sociaux

\_\_\_\_\_  
**Yves Dugré, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS**

<b>Spécialités</b>	<b>Montant forfaitaire quotidien en semaine, le week-end et les jours fériés</b>
	<b>Codes d'acte 170 \$</b>
Anesthésiologie	9843
Chirurgie générale	9844
Radiologie diagnostique	9845
Psychiatrie	9846
Pneumologie	9721
Médecine	9704
Pédiatrie	9699
Obstétrique-gynécologie	9771
Ophtalmologie	19013
Radio-oncologie	19006
Médecine interne	19031
Neurologie	19027
Anatomo-pathologie	19028
Cardiologie	19032

**AVIS:** Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.  
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

## ■ Nouvelles lettres d'entente

### LETTRE D'ENTENTE N° A-54

#### CONCERNANT LE DOCTEUR MICHEL DUVAL (01-424), PÉDIATRE

**CONSIDÉRANT** que le Docteur Michel Duval (01-424), bénéficie d'une formation pour le traitement des patients atteints de leucémie.

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le Docteur Michel Duval est autorisé à se prévaloir de la tarification prévue pour les services médicaux « Soins dans les cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par la transplantation médullaire (receveur) » (codes 15012 et 15013).
2. Dans le cadre de l'application du mode de rémunération mixte en pédiatrie, les services mentionnés ci-dessus sont sujets à un supplément d'honoraires de 30 %.
3. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> mars 2003.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

---

**Philippe Couillard, MD**  
Ministre  
Ministère de la santé et des  
services sociaux

---

**Yves Dugré, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

## LETTRE D'ENTENTE N° 147

### CONCERNANT LES ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES EFFECTUÉES AU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La tarification prévue à l'**ADDENDUM 9 – ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES** de l'Annexe 7 s'applique aux épreuves cardiologiques effectuées au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.
2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2002.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

\_\_\_\_\_  
**Philippe Couillard, MD**  
Ministre  
Ministère de la santé et des  
services sociaux

\_\_\_\_\_  
**Yves Dugré, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

## LETTRE D'ENTENTE N° 148

### CONCERNANT L'OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE À L'HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie tire de sa prestation de services à l'Hôpital du Haut-Richelieu ne sont considérés qu'à concurrence de 50 % aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.
2. La présente lettre d'entente s'applique du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 31 décembre 2002.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

\_\_\_\_\_  
**Philippe Couillard, MD**  
Ministre  
Ministère de la santé et des  
services sociaux

\_\_\_\_\_  
**Yves Dugré, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE N°149**

***Compte tenu de changements de dernière minute, le texte de cette lettre d'entente a dû être retiré de ce communiqué.***

## LETTRE D'ENTENTE N° 150

### CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE LA RÉMUNÉRATION MAJORÉE DANS CERTAINS TERRITOIRES.

**CONSIDÉRANT** la Lettre d'entente n° 142;

**CONSIDÉRANT** qu'en vertu de l'article 2 de cette lettre d'entente, les parties négociantes ont convenu d'introduire, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2003, une nouvelle grille de rémunération majorée en région;

**CONSIDÉRANT** que les parties ont finalisé cette nouvelle grille de rémunération majorée;

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La nouvelle grille de rémunération majorée à être introduite au 1<sup>er</sup> octobre 2003 est agréée selon les critères suivants :

1.1 Cinq territoires de rémunération majorée sont reconnus, soit :

##### **I- 107 % pour les territoires comprenant :**

---

- **Dans la région de l'Outaouais**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH Pierre-Janet, CH-CHSLD de Papineau et CH des Vallées de l'Outaouais;
- **Dans la région de Québec**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH St-Joseph de La Malbaie et CH de Charlevoix;
- **Dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska – Résidence Le Chêne, Centre de santé Cloutier-du-Rivage, CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie – Centre Lafèche, Centre de santé de la MRC de Maskinongé, CH du Centre-de-la-Mauricie, CH régional de Trois-Rivières, CH régional de la Mauricie, Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Hôpital Sainte-Croix et le Centre de santé Nicolet-Yamaska – CH du Christ-Roi;
- **Dans la région de Chaudière-Appalaches**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH de la Région de l'Amiante, CH de Beauceville, CH Beauce-Etchemin et l'Hôtel-Dieu de Montmagny;
- **Dans la région de la Montérégie**, le territoire où est situé l'Hôtel-Dieu de Sorel;
- **Dans la région de l'Estrie**, le territoire où est situé le Carrefour santé du Granit – CH Lac-Mégantic.

##### **II- 115 % pour les territoires comprenant :**

---

- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH de la Sagamie, Hôpital de La Baie et le CH de Jonquière.

##### **III- 125 % pour les territoires comprenant :**

---

- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, les territoires où sont situés les établissements suivants : Centre Le Jeannois et Hôtel-Dieu de Roberval;
- **Dans la région du Bas-Saint-Laurent**, les territoires où sont situés les établissements suivants : Réseau Santé Kamouraska – Centre Notre-Dame-de-Fatima et CH régional du Grand-Portage.

#### **IV- 130 % pour les territoires comprenant :**

---

- **Dans la région de l'Outaouais**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH du Pontiac et Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau;
- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, le territoire où est situé le Centre Maria-Chapdelaine;
- **Dans la région du Bas-Saint-Laurent**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH d'Amqui, CH de Matane, Réseau de Santé du Témiscouata – CH Notre-Dame-du-Lac et CH régional de Rimouski;
- **Dans la région des Laurentides**, le territoire où est situé le CH et CR Antoine-Labelle;
- **Dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec**, le territoire où est situé le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice.

#### **V- 144 % pour les territoires comprenant :**

---

- Pour l'ensemble des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine.
- 1.2 Les majorations applicables dans ces territoires s'appliquent seulement aux médecins qui y sont établis et qui y exercent activement dans un établissement. Pour ces médecins, la majoration s'applique alors autant en établissement qu'en cabinet privé.
- 1.3 Dans les territoires III, IV et V, le médecin qui y dispense des services et qui ne rencontre pas les deux conditions de l'article 1.2 reçoit néanmoins une majoration de 20 %.
- 1.4 Les règles suivantes s'appliquent pour le médecin d'un territoire qui exerce dans un autre territoire.
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires I conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires II.
  - Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires III conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires IV ou V.
  - Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires IV conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires V.
  - Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires II, III, IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires I pour les services qu'il fournit dans ces territoires.
  - Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires III, IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires II pour les services qu'il fournit dans ces territoires.
  - Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires III pour les services qu'il fournit dans ces territoires.
  - Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires V reçoit la majoration applicable aux territoires IV pour les services qu'il fournit dans ces territoires.
- 1.5 Les majorations de la rémunération de base sont versées jusqu'à concurrence d'un montant d'honoraires résultant de services rendus dans l'ensemble de ces territoires égal à 228 000 \$ par année civile. Une fois ce maximum atteint, les majorations ne s'appliquent qu'aux honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ou de l'article 4 de l'Annexe 38.

- 1.6 La majoration applicable dans les secteurs III, IV et V de l'Annexe 20, ainsi qu'au Centre de santé de Chibougamau, demeure inchangée.
2. Les parties conviennent d'insérer à l'entente les clauses nécessaires afin de permettre l'application, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2003, de la nouvelle grille de rémunération majorée prévue à la présente lettre d'entente, conformément aux critères qui y sont prévus.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

---

**Philippe Couillard, MD**  
Ministre  
Ministère de la santé et des  
services sociaux

---

**Yves Dugré, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

## RÉMUNÉRATION MIXTE (ANNEXE 38)

## GÉRIATRIE

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	
%	SERVICES MÉDICAUX VISÉS
80%	Les services médicaux 0024, 0025, 0036, 0043, 0048, 15106 et 15107
65%	Les services médicaux 0034, 0035, 0046, 0047
90%	Le service médical 0042

**Modalités particulières :**

1. Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné ainsi que de l'application de la rémunération à l'acte prévue aux articles 4.1 et 4.2 de l'Annexe 38, on tient également compte des services médicaux suivants :

**1.1 Admission d'un patient dans une unité de soins**

Le médecin spécialiste en gériatrie qui admet à son nom, comme médecin traitant dans une unité de soins, un patient qui a déjà été vu en consultation par un autre médecin, peut se prévaloir de la tarification prévue pour l'admission d'un patient, à raison d'une seule fois au cours du même séjour hospitalier.

Il ne peut alors réclamer le tarif de la visite principale ou de la visite de transfert durant le séjour hospitalier de ce patient. Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle et sont payables, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'Annexe 38.

Toutefois, le médecin gériatre qui a vu le patient en consultation au cours du même séjour hospitalier ne peut se prévaloir de la tarification prévue pour l'admission d'un patient.

**0025                      Admission d'un patient dans une unité de soins                      70 \$**

**1.2 Visite de départ**

Le médecin spécialiste en gériatrie qui signe le congé d'un patient hospitalisé à son nom peut se prévaloir de la tarification prévue pour la visite de départ.

Cette visite est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation et remplace la visite de contrôle. Elle inclut le résumé du dossier et l'organisation de la prise en charge du patient à sa sortie.

**0024                      Visite de départ                      70 \$**

### 1.3 Entrevue avec un tiers

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin gériatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

15106 Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps 18,10 \$

**AVIS:** *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

### 1.4 Intervention de suivi en établissement – longue intervention

Au titre de l'intervention de suivi en établissement – longue intervention, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin gériatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade

15107 Longue intervention, par unité de temps (1/4 heure) 18,10 \$