

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 16 septembre 2003

À l'attention des médecins spécialistes

Modification n° 33 à l'Accord-cadre (Deuxième partie)

Ce communiqué fait suite au communiqué 044, daté du 19 juin dernier, qui vous présentait les principaux changements de la Modification n° 33.

Les nouveaux codes d'acte que nous ne pouvions implanter pour le 1^{er} juillet seront implantés en septembre. Vous pourrez facturer ces nouveaux codes d'acte à compter du **21 septembre 2003**, mais pas avant afin d'éviter tout refus de paiement.

La [Partie I](#) contient le tableau de ces nouveaux codes d'acte. Nous les avons inscrits en caractères plus gros et en gras, sous les codes d'acte existants, afin de vous faciliter le repérage.

La [Partie II](#) contient la liste des codes d'acte abolis depuis le 1^{er} juillet et non remplacés, une NOTE et deux AVIS modifiés, quelques nouveaux messages explicatifs ainsi qu'un rappel concernant la Modification n° 32.

La NOTE, à la section « Peau – Phanères », en page F-2, a été modifiée pour inscrire, en caractères gras, trois nouveaux codes d'acte.

Les deux AVIS modifiés sont relatifs aux réparations et au code d'acte 1395, de la section « Peau – Phanères ».

Deux des nouveaux messages explicatifs se rapportent à l'application de la Règle 27 du Préambule général, alors que les quatre autres messages se rapportent à l'application des nouvelles Règles 8 et 9 de l'Addendum 6 – Obstétrique – gynécologie.

En vertu de la Modification n° 32, nous avons inclus un rappel concernant deux AVIS applicables au code d'acte 8339. Le libellé de ce code ainsi que les deux AVIS sont retranscrits.

EXTRAIT DES MODIFICATIONS N° 33 ET N° 34

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

Le plafonnement des gains nets est modifié comme suit :

« **3.2.3** Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65% de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30% de ces gains.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie et sauf à l'égard du plafonnement applicable au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient compte, pour les gains de pratique en établissement, que de la moitié de ces gains.

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif, à l'exception du médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, lequel est payé au quart du tarif jusqu'à concurrence de 275 000 \$ de gains réclamés suivant la tarification de base et à 5% pour le surplus .»

Cette modification prend effet le 1^{er} janvier 2003. Si les travaux d'implantation progressent comme nous le prévoyons, l'implantation pourrait se faire au plus tôt vers le 31 octobre 2003. Le remboursement des sommes coupées au cours de l'année 2003 devrait se faire au plus tard à la fin de mars 2004.

D'ici la fin de l'année 2003, les services payés à certains professionnels pourraient encore faire l'objet d'une coupure en regard de l'application du plafond précité.

Le cumul se fait à 50 % sur les gains en établissement, sauf en microbiologie-infectiologie et en médecine nucléaire, où le cumul se fait à 100 %. Une fois le plafond atteint, le surplus est payé à 25 %, sauf en médecine nucléaire, où il est payé à 25 % entre 255 000 \$ et 275 000 \$ de gains réclamés suivant la tarification de base et à 5 % par la suite.

PROCHAINES MISES À JOUR

La 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 » vous sera expédiée en octobre 2003.

Toutefois, la mise à jour de ces manuels sera disponible dans le site Internet de la Régie www.ramq.gouv.qc.ca au plus tard **le 21 septembre 2003** et intégrera toute l'information jointe au présent communiqué.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle
c. c. Développeurs de logiciels de facturation et
Agences commerciales de traitement de données – Médecine

■ Nouveaux codes d'acte pouvant être facturés à compter du 21 septembre 2003

Date de prise d'effet : 1^{er} juillet 2003.

B – TARIFICATION DES VISITES

Sous le code	OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE	R = 1
	<u>AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-3)</u>	
	<i>Voir la règle 17 du Préambule général</i>	
9209	Visite principale	
15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	<i>AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
9290	Consultation interdisciplinaire...	
15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	48,70
	<i>AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiales, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	
15128	Supplément de durée(****)	20,00
	<i>AVIS : Voir l'addendum 4 – chirurgie, Règle 2.8.</i>	
	<i>(Veuillez noter que le code d'acte 15128 REMPLACE le code d'acte 9292 qui est ABOLI uniquement pour la spécialité obstétrique-gynécologie et en Local sous gestion du gouvernement.)</i>	
9202	Visite de contrôle	
15117	Visite prénatale, grossesse normale	12,00
15119	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	16,50

C – PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Sous le code	Allergie			
0161	Traitement d'hyposensibilisation...			
0781	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)	20,00		
	Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques			
0258	ganglion de Gasser			
0792	ganglion impar (Walther)	35,00	35,00	
	ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE			
0117	Mesures sériées...			
0794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	105,00		
	Injections			
0554	injections unilatérales...			
0826	injection de toxine botulinique intralaryngée	60,00		5
	OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE			
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
0817	Évaluation globale...			
9329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	50,00	50,00	4
	INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES			
9499	temps radiologique...			
	Thermochirurgie pour ablation de tumeur(s) (excluant la peau) avec appareil dédié			
9408	temps radiologique	400,00		8
9431	temps chirurgical	400,00		8
9359	temps radiologique et chirurgical	600,00		8

		Établis- sement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Sous le code	Interventions mammaires			
0853	broche additionnelle...			
0855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle NOTE : Maximum 1 par patient, par jour	60,00		4
	Transplantation d'organes			
	Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopératoire			
9491	pancréatique			
0763	cardiaque	450,00		
0767	cardiaque-pulmonaire	450,00		
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des actes codés 9377, 9378, 9379, 9380, 9381, 0771, 0773, 0774, 0775 et 0776.			
9350	1 ^{er} au 7 ^e 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			
0771	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	195,00		
0773	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	145,00		
0774	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	65,00		
0775	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	50,00		
0776	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	1350,00		

D – ANESTHÉSIOLOGIE - RÉANIMATION

(Veuillez noter que ce code d'acte se trouvera à la toute fin de la section « Anesthésie diagnostique et thérapeutique », en page D-7.)

			R = 1
1901	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 1901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		50,00

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

		R = 1	R = 2
Sous le code	Grefe libre		
1389	Prélèvement de fascia lata		
	Reconstruction du mamelon		
1388	par tatouage	210,00	4
<p><i>AVIS : Toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 1386 et 1388. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i></p>			
Réparation			
1402	Reconstruction mammaire...		
	Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal		
1407	sans implant	650,00	10
1410	avec implant	750,00	10

G – MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
Sous le code	Arthroplastie		
2373	interphalangienne...		
2067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	360,00	6
<p>Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)</p>			
2104	croisé postérieur		
2172	croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement	676,00	12
Microanastomose			
2394	Grefe d'une artère ou d'une veine...		
2180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	360,00	8
<p>NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.</p>			

J – SYSTÈME CARDIAQUE

Sous le code		R = 1	R = 2
	ACTES GÉNÉRAUX		
4505	Fermeture de déhiscence du sternum...		
	par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit		
4525	un lambeau (PG-23)	600,00	12
4531	deux lambeaux (PG-23)	925,00	12

L – SYSTÈME DIGESTIF

Sous le code		R = 1	R = 2
	INTESTIN (à l'exception du rectum)		
	Excision		
5282	conversion d'une iléostomie...		
5026	avec résection rectale dans un même temps, supplément	336,00	

P – GYNÉCOLOGIE

Sous le code		R = 1	R = 2
	<i>VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN</i>		
	<i>Excision conventionnelle ou au Laser</i>		
	Vulvectomie :		
6156	hémi-vulvectomie ...		
6045	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6157	exérèse radicale ...		
6048	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6158	exérèse radicale ...		
6063	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
	<i>UTÉRUS ET COL UTÉRIN</i>		
	<i>Excision conventionnelle ou au Laser</i>		
6265	Hystérectomie abdominale ...		
6071	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6216	Hystérectomie totale, abdominale ...		
6108	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
6270	Hystérectomie radicale ...		
6112	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
	Trachélectomie :		
6233	radicale et ...		
6118	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	
	Paramétriectomie :		
6289	avec lymphadénectomie ...		
6130	exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s), supplément	100,00	

U – APPAREIL AUDITIF

Sous le code		R = 1	R = 2
	OREILLE INTERNE		
7241	Neurectomie vestibulaire...		
7229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	450,00	12

V – RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Sous le code		R = 7	R = 1
	VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant la fluoroscopie)		
	Côlon, lavement baryté		
8160	double contraste...		
8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique		150,00
	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**

Date de prise d'effet : 1^{er} juillet 2003.

■ **Nouveaux codes d'acte pouvant être facturés à compter du 21 septembre 2003**

H – RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

		R = 7	R = 1
Sous le code	VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant la fluoroscopie)		
	Côlon, lavement baryté		
8160	double contraste...		
8035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament et/ou modificateur pharmacologique		150,00
	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.		

L – ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE

		R = 1
Sous le code	AUTRES ÉPREUVES	
8468	Ventilation, cycle respiratoire...	
8485	Analyse microscopique et interprétation du lavage broncho-alvéolaire Maximum de 1 par jour, par patient	12,50
8486	Mesure de la cellularité bronchique par la méthode de l'expectoration induite Maximum de 1 par jour, par patient	40,00
	NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.	

■ **CODES D'ACTE ABOLIS ET NON REMPLACÉS** (depuis le 1^{er} juillet 03)

Page	Code D'acte	Page	Code D'acte
C-4	0189	D-8	0914
C-29	9371	D-11	0951
C-29	9372	M-4	6009
C-41	0821	M-4	6326
D-7	0923		

■ **NOTE**

En page F-2, la première note sous « Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses » est modifiée comme suit :

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, 1386, **1388**, **1407**, **1410** 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.

■ **AVIS**

L'AVIS sous « Réparation », en page F-14, aux premier et troisième paragraphes, est modifié comme suit :

AVIS : *Inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 1401, 1402, **1407**, **1410**, 1419 et 1465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 1434 et 1435 dans les cas d'asymétrie mammaire.*

Lorsque....

*Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 1401, 1402, 1403, **1407**, **1410**, 1419, 1434, 1463, 1464, 1465, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention «Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

L'AVIS sous le code d'acte 1395, en page F-12, doit se lire comme suit :

AVIS : *Inscrire, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 1386, 1388 ou 1395 sont facturés.*

■ MESSAGES EXPLICATIFS

377 : En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.

445 : En raison de l'application de la Règle 27 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.

475 : Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).

476 : Conformément au maximum prévu à la Règle 8 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

477 : Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie).

478 : Conformément au maximum prévu à la Règle 9 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

■ RAPPEL CONCERNANT LA MODIFICATION N° 32

Lorsque vous facturez le code d'acte 8339, veuillez noter que les deux AVIS suivants s'appliquent :

Services de laboratoire en établissement					
ONGLET K (Ultrasonographie)				R 1	R 7
8339	K-7		Par fœtus additionnel, au-delà du deuxième AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de fœtus additionnels dans la case UNITÉS. AVIS : Indiquer le nombre de fœtus dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	3,50	10,25