

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 28 novembre 2003

À l'attention des médecins spécialistes

Retour sur la Modification n° 33 à l'Accord-cadre et Modification n° 34 à l'Accord-cadre

■ Retour sur la Modification n° 33 à l'Accord-cadre

Depuis le 1^{er} juillet 2003, le montant du tarif horaire prévu à l'Annexe 15 est de 80 \$. Ce changement a eu des répercussions sur différentes dispositions où la rémunération est effectuée sur une base horaire selon ce tarif.

Addendum 4 – Chirurgie

Règle 11 – Forfait pour chirurgie oncologique complexe

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est donc maintenant de 80 \$ de l'heure. Conséquemment, le tarif du quart d'heure servant à la facturation des codes d'acte 5989 à 5992 est de 20 \$.

Comme la Régie a omis d'informer les médecins de ces changements, il est possible que ceux-ci aient continué à facturer selon l'ancien tarif. La Régie procédera donc à une révision de la facturation de ces codes d'acte rétroactivement au 1^{er} juillet 2003.

■ Modification n° 34 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° 34 à l'Accord-cadre.

Sous réserve de la signature de cette Modification par les parties négociantes, la grande majorité des dispositions de celle-ci entreront en vigueur le 1^{er} décembre 2003.

Un certain nombre d'actes sont abolis et d'autres sont ajoutés. Des changements au niveau des honoraires touchent environ 75 codes d'acte. Des modifications apportées à certaines règles ainsi que l'ajout de nouvelles règles au niveau du Préambule général et de certains addenda ont nécessité la création de nouveaux modificateurs (MOD). Vous trouverez dans les pages suivantes ainsi que dans la [Partie II](#) le détail de ces changements. **Vous pouvez commencer à facturer les nouveaux codes d'acte et les nouveaux tarifs à compter du 1^{er} décembre 2003.**

Veillez noter qu'une mise à jour des manuels « *Brochure n° 1* », « *Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie* », « *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement* » et « *Brochure 5* » sera disponible dans le site Internet de la Régie www.ramq.gouv.qc.ca le 1^{er} décembre 2003.

Les documents officiels concernés par cette modification sont les suivants :

- **L'Annexe 4 :** Tarif de la médecine et de la chirurgie – Règles de tarification;
- **L'Annexe 5 :** Tarif de la médecine de laboratoire – Règles de tarification;
- **L'Annexe 6 :** Tarif de la médecine et de la chirurgie – Tarification;
- **L'Annexe 7 :** Tarif de la médecine de laboratoire – Tarification;
- **L'Annexe 8 :** Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires;
- **L'Annexe 11 :** Lettres d'entente;
- **L'Annexe 19 :** La rémunération différente pour les services rendus dans certains territoires;
- **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;
- **L'Annexe 38 :** Rémunération mixte.

FAITS SAILLANTS DE LA MODIFICATION 34

1. Annexe 4

Tarif de la médecine et de la chirurgie Règles de tarification

1.1 Au PRÉAMBULE GÉNÉRAL, à la Règle 5.4, ajouter le paragraphe suivant :

« Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (Échelle de Berg < 45/56) peut réclamer le paiement d'une visite principale à tous les quinze jours ».

AVIS : Utiliser le code d'acte **15139**;

Inscrire le rôle **1**;

Les honoraires sont de **51,00 \$**;

Inscrire le « NIVEAU » dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**;

Inscrire la date d'entrée dans la case **ÉTABLISSEMENT** de la demande de paiement.

1.2 Au PRÉAMBULE GÉNÉRAL, à la Règle 25, pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est 49 \$ ou moins sont majorés à 60 \$, si faits sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

1.3 Au PRÉAMBULE GÉNÉRAL, ajouter la règle 28 suivante :

**« RÈGLE 28
SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL**

En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, dermatologie, gastro-entérologie, neurologie, néphrologie, oto-rhino-laryngologie ou en obstétrique-gynécologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (sauf le bloc inter-digital et le bloc paracervical), pour effectuer un procédé diagnostique et thérapeutique ou un acte chirurgical identifiés par la mention PG-28, a droit à un supplément d'honoraires de 40 \$.

AVIS : Utiliser le code d'acte **70000**;

Inscrire le rôle **1**;

Les honoraires sont de **40,00 \$**;

Indiquer s'il s'agit d'une sédation-analgésie, d'un bloc veineux ou d'un bloc régional (spécifier le type de bloc régional) dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

Cette nouvelle règle s'applique à plus de 350 codes d'acte dont plus de la moitié se retrouvent sous l'onglet G – Musculo-squelettique.

1.4 À l'ADDENDUM 4. – **CHIRURGIE**, aux Règles 2.2 et 2.3, remplacer les références à « 45 \$ » par « 49 \$ ».

1.5 À l'ADDENDUM 4. – **CHIRURGIE**, ajouter la Règle 12 suivante :

« RÈGLE 12. FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR LES GRANDS TRAUMATISÉS

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou chez les grands traumatisés, d'une durée anesthésiologique de six heures ou plus, sont rémunérées sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomose vasculaire ou nerveuse ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésiologique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense. »

AVIS: Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 80 \$ de l'heure.

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (20 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants sauf 5912 et 5913 pour lesquels les honoraires sont identifiés :

5908	Assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	
5909	Assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	
5910	Assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	
5911	Assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures	
5912	par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément	112,50 \$
5913	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	87,50 \$

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

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case appropriée;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de l'intervention dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- **Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.**

- 1.6 À l'ADDENDUM 5. – APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE, ajouter la Règle 1.3 suivante :

« 1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient. »

AVIS: Voir les codes d'acte 15131 ou 15132 à l'onglet B « Tarification des visites » à la spécialité de chirurgie orthopédique.

- 1.7 À l'ADDENDUM 5. – APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE, remplacer le deuxième paragraphe de la Règle 3.3 par le suivant :

« Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. » **(MOD = 150)**

N.B. Ne plus utiliser le modificateur 134 pour les codes d'acte 9570 à 9577.

- 1.8 À l'ADDENDUM 5. – APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE, ajouter la Règle 7.3 suivante :

« 7.3 On accorde un honoraire de 100 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. » **(MOD = 169)**

- 1.9 À l'ADDENDUM 5. – APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE, au premier paragraphe de la Règle 10, remplacer la référence à « six heures » par « quatre heures ».

Ainsi, le forfait pour chirurgie oncologique complexe devra se facturer selon les données suivantes :

Forfait pour chirurgie oncologique complexe		R = 1	R = 2
9566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	800,00	10
9567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00	12
2188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 540,00	18
2189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	1 760,00	18
2192	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	2 200,00	18

1.10 À l'*ADDENDUM 8. – ANESTHÉSIOLOGIE*, ajouter la Règle 1.2 suivante :

« 1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention. »

À compter du 1^{er} décembre 2003, les actes facturés en rôle 2 ou 3 seront acceptés uniquement pour les professionnels détenant la spécialité d'anesthésiologie.

2. Annexe 5

Tarif de la médecine de laboratoire Règles de tarification

2.1 Au *PRÉAMBULE GÉNÉRAL*, ajouter la règle 7 suivante :

« RÈGLE 7 SÉDATION-ANALGÉSIE

En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en gastro-entérologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose) pour effectuer un examen identifié par la mention PG-07, a droit à un supplément d'honoraires de 40 \$.

AVIS: Utiliser le code d'acte **70001**;
Inscrire le rôle **1**;
Les honoraires sont de **40,00\$**;
Indiquer s'il s'agit d'une sédation-analgésie dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

Cette nouvelle règle s'applique aux actes codés 8344 et 8345.

2.2 À l'ADDENDUM 8. – ULTRASONOGRAPHIE, remplacer l'article 5.1 par le suivant :

« **5.1** Chaque examen d'ultrasonographie ne peut être payé plus d'une fois par jour, par patient, sauf les examens bilatéraux d'une même articulation (codes 8342 et 8346), du sein (code 8333), des testicules (code 8334) ou du Doppler périphérique régional avec écho-B (code 8360) qui sont limités à deux par jour, par patient. »

3. Annexe 6

Tarif de la médecine et de la chirurgie

Tarifification

Nomenclature et tableaux d'honoraires

De façon non exhaustive, voici les changements apportés à cette annexe.

- Changement de tarif pour 75 codes d'acte principalement dans les onglets « Tarification des visites », « Musculo-squelettique », « Peau – Phanères », « Système cardiaque » et « Système nerveux ».
- Abolition de 32 codes d'acte dans les onglets « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », « Musculo-squelettique », « Système cardiaque » et « Système nerveux ».
- Création de 79 nouveaux codes d'acte dans les onglets « Tarification des visites », « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », « Peau – Phanères », « Musculo-squelettique », « Système cardiaque », « Système digestif » et « Système nerveux ».
- Trois nouveaux modificateurs (150, 169 et 170) ont été ajoutés pour tenir compte de la facturation du professionnel pour certains codes d'acte du « Musculo-squelettique » et de la dialyse. La création de ces trois modificateurs nécessite l'ajout de nouveaux modificateurs multiples.
- Ajout de nouveaux modificateurs multiples en rapport avec le modificateur 134 déjà existant.
- Nouveau code d'acte (70000) créé pour identifier un supplément. Ce supplément est associé à plus de 350 codes d'acte retracés dans les différents onglets du manuel et portant la mention « PG-28 ».
- Nouveau code d'acte (15139) créé versus la règle 5.4 du Préambule Général.
- À compter du 1^{er} décembre 2003, la facturation des codes d'acte avec les rôles 2 et 3 sera permise uniquement aux anesthésiologistes.

Compte tenu du grand nombre de codes touchés par des changements de libellés et de tarifs, nous avons convenu de ne pas les inclure dans le présent communiqué. Veuillez consulter le Manuel de facturation dans le site Internet de la Régie afin d'identifier les codes qui vous concernent.

Vous trouverez toutefois à la [Partie II](#) du présent communiqué diverses informations administratives, de nouveaux modificateurs, de nouveaux messages explicatifs, les codes abolis, les nouveaux actes, etc.

4. Annexe 7

Tarif de la médecine de laboratoire

Tarifification

Nomenclature et tableaux d'honoraires

Les changements apportés à cette annexe ne concernent que l'onglet K – Ultrasonographie du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*.

- Quatre nouveaux codes d'acte (8341, 8342, 8343 et 8346) vous sont présentés aux pages 11 et 12 de la Partie II.
- Le code d'acte 8332 est aboli.
- Le code d'acte 8304 a fait l'objet d'un changement de tarif.
- Les actes 8344 et 8345 sont maintenant assujettis à la nouvelle Règle 7 – Sédation – analgésie (PG-07) du Préambule général qui vous a été présentée à la page 5.

5. Annexe 8

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

5.1 La règle d'application n° 19 concernant la cardiologie est modifiée en y ajoutant l'article 7 suivant :

« 7. Le service médical « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort) » (code 8341) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS: *Inscrire le modificateur 041 dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte 8341.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé 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. »

6. Annexe 11

Lettres d'entente

N. B. Vous trouverez à la [Partie III](#) les textes paraphés des nouvelles lettres d'entente et de celles ayant fait l'objet de changements majeurs. Les changements moins importants sont décrits dans le présent communiqué et vous pourrez consulter les textes paraphés dans le site Internet de la Régie à compter du 1^{er} décembre 2003.

6.1 Modifications de lettres d'entente

➤ Lettre d'entente A-46

À l'article 2, remplacer la référence à 36 % par 79 %.

➤ Lettre d'entente n° 3

L'acte suivant est ajouté à l'annexe de cette lettre et est maintenant compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

Suture de greffe ou shunt de Gott pour dérivation temporaire (code 4515).

➤ Lettre d'entente n° 31

Lettre prévoyant des dérogations au régime d'exclusivité de la tarification horaire.

Date de prise d'effet : **Au jour qu'indique l'avis d'autorisation de paiement au tarif horaire.**

Ajouts :

Hôpital	Médecins	Dénomination à l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
RÉGION 03		
- Hôpital du St-Sacrement	Côté, Marc André Hamel, Jean Le Bouthillier, Pierre Pouliot, Claude –J. Poulin, Jean-François Tessier, Yves Tremblay, J.-L. Guy	Clinique de défaillance cardiaque
- Hôpital Laval	Cantin, Bernard Coulombe, Denis Gleeton, Onil Leblanc, Marie-Hélène Proulx, Guy Sénéchal, Mario	Clinique d'insuffisance cardiaque
RÉGION 05		
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke		
- Hôpital Fleurimont	Gagnon, Sylvie	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
- Hôtel-Dieu	Gagnon, Sylvie	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
RÉGION 06		
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Luong, Tinh Nhan	Clinique psychosociale
	Sénécal, Lynne	Programme de greffe rénale

➤ **Lettre d'entente n° 35 concernant des dérogations relatives au paiement du tarif horaire. Annexe 15.**

L'article 1.13 suivant est ajouté :

« **1.13** À l'Hôpital Laval : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de patients affectés d'insuffisance cardiaque, dans le cadre du programme structuré de clinique d'insuffisance cardiaque, comportant un rapport au dossier médical du patient. »

AVIS: Utiliser le code d'activités 021059 (Évaluation en externe, au vu du dossier médical, d'un malade)

Date de prise d'effet : **15 mai 2003.**

➤ **Lettre d'entente n° 102 concernant la prestation de soins au sein de certains centres hospitaliers en pénurie grave d'effectifs.**

Cette lettre d'entente a été remplacée par celle que vous trouverez à la Partie III du présent communiqué.

Le médecin oeuvrant de façon principale est maintenant qualifié de **médecin établi** et continuera d'être désigné par les parties négociantes pour bénéficier du forfait de cette lettre d'entente.

Le médecin n'oeuvrant pas de façon principale est maintenant qualifié de **médecin remplaçant ou en support** et devra maintenant être désigné par les parties négociantes.

Date de prise d'effet : **1^{er} novembre 2003**, à l'exception de l'ajout ou du retrait de disciplines et établissements, lesquels prennent effet aux dates prévues à la lettre d'entente. Ces ajouts ou retraits sont les suivants :

Ajouts :

- Centre Hospitalier régional de Trois-Rivières
Pavillon St-Joseph
Pavillon Ste-Marie

Ajout d'un forfait payable en **radiologie diagnostique** à compter du **16 juin 2003.**

Retraits

- Centre Hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle
Centre de Mont-Laurier
Centre de l'Annonciation
Retrait du forfait payable en **chirurgie générale** à compter du 2 août 2003.
- Centre Hospitalier de Val-d'Or
Retrait du forfait payable en **obstétrique-gynécologie** à compter du 2 avril 2003.
- Centre Hospitalier de la Sagamie
Retrait des forfaits payables en **pédiatrie** à compter du 1^{er} décembre 2003 et en **hématologie-oncologie** médicale en date du 1^{er} novembre 2003.
- Centre Hospitalier Saint-Eustache
Le nombre maximal de forfaits payables au médecin remplaçant ou en support (Art. 3) en **anesthésiologie** passe de deux à un à compter du 1^{er} novembre 2003 **et** cette spécialité est retirée définitivement à compter du 1^{er} janvier 2004.
- Centre Hospitalier régional de Sept-Îles
Retrait du forfait payable en **médecine interne** à compter du 1^{er} octobre 2003.
- Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais
Pavillon de Gatineau
Pavillon de Hull
Retrait du forfait payable en **hématologie-oncologie** médicale à compter du 1^{er} novembre 2003.

➤ **Lettre d'entente n° 112 concernant la prestation de soins dans certaines disciplines et établissements visés.**

Retraits

- Centre Hospitalier régional du Grand Portage
Abrogation du forfait payable en **psychiatrie** en date du 2 septembre 2003.
- Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
Abrogation du forfait payable en **obstétrique-gynécologie** en date du 1^{er} octobre 2003.
- Hôtel-Dieu de Montmagny
Abrogation du forfait payable en **psychiatrie** en date du 1^{er} novembre 2003.
- Centre hospitalier régional de Lanaudière
Abrogation du forfait payable en **obstétrique-gynécologie** en date du 1^{er} novembre 2003.

Ajouts

- Centre Hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle
Centre de l'Annonciation
Centre de Mont-Laurier

Ajout d'un forfait payable en **chirurgie générale** à compter du 2 août 2003.

- Centre Hospitalier de la Sagamie

Ajout d'un forfait payable en **hématologie-oncologie** médicale en date du 1^{er} novembre 2003.

Pour cette nouvelle spécialité, **le code d'acte 19035** doit être utilisé pour réclamer le forfait quotidien.

Ajout d'un forfait payable en **pédiatrie** en date du 1^{er} décembre 2003.

- Hôpital des Monts

Ajout d'un forfait payable en **psychiatrie** (1^{er} octobre 2003).

- Centre Hospitalier régional de Sept-îles

Ajout d'un forfait payable en **médecine interne** à compter du 1^{er} octobre 2003.

➤ **Lettre d'entente n° 122 concernant le paiement de suppléments de garde en disponibilité.**

- Hôtel-Dieu de Sorel

Ajout de la **pédiatrie** à compter du 1^{er} septembre 2003.

➤ **Lettre d'entente n° 124 concernant l'instauration de mesures favorisant le soutien des médecins exerçant dans certains centres hospitaliers en pénurie d'effectifs.**

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Ajout de l'**obstétrique-gynécologie** à compter du 22 septembre 2003.

➤ **Lettre d'entente n° 128 concernant la garde en disponibilité à distance en radiologie dans certains centres hospitaliers.**

L'article 5 suivant est ajouté :

« **5.** Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre Maria-Chapdelaine – Centre de service Dolbeau. »

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

- **Lettre d'entente 132 concernant la garde en disponibilité en chirurgie générale dans certains centres hospitaliers**

L'article 3 de cette lettre d'entente est modifié. Ainsi, le nombre maximum de jours par année où le supplément de garde spécifique pour les césariennes, pour les week-ends et les jours fériés, est payable passe **de 21 à 26** et celui pour les jours de semaine **de 40 à 60**.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2004**.

6.2 Abrogation de lettres d'entente

Les lettres d'entente suivantes sont abrogées :

- **Lettre d'entente n° 95 concernant l'anesthésiologie au Centre hospitalier Beauce-Etchemin**
- **Lettre d'entente n° 98 concernant l'anesthésiologie au Centre hospitalier de Buckingham**

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

6.3 Adoption d'une lettre d'entente

- **Lettre d'entente n° A-55 concernant la garde en infectiologie à l'Hôpital Sainte-Justine – CHU Mère-Enfant et à l'Hôpital de Montréal pour enfants.**

Vous trouverez cette lettre d'entente à la Partie III du présent communiqué. Elle vise **le médecin classé en microbiologie-infectiologie** qui est assigné de garde en **infectiologie** dans les établissements visés. Ajout d'un supplément de 50 \$ par jour, du lundi au vendredi et de 350 \$ par jour le week-end ou un jour férié.

7. Annexe 19

La rémunération différente pour les services fournis dans certains territoires

Les modifications importantes apportées à cette Annexe qui sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2003 ont récemment fait l'objet des communiqués 088 / 2003-10-14 et 099 / 2003-11-06. Nous tenons tout de même à vous fournir certaines informations supplémentaires.

- À l'article 1.4.6, le montant annuel de 219 000 \$, jusqu'à concurrence duquel la majoration de la rémunération de base est versée, passe à 228 000 \$.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2004**.

- **Information administrative**

Nous tenons à rappeler aux médecins spécialistes visés par la rémunération différente que **la facturation** de tous les services médicaux auprès de la Régie **doit inclure la majoration applicable au lieu de dispensation**.

8. Annexe 32

Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé

L'article 1.2.1 est modifié comme suit :

- Le Centre Mitissien de santé et de services communautaires pour la **physiatrie** est ajouté à la liste des établissements et spécialités reconnus pour le Bas-St-Laurent.
- Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, pour le Centre hospitalier de Val-d'Or, **l'allergie-immunologie** est ajoutée à la liste des spécialités reconnues.

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

9. Annexe 38

Concernant le mode de rémunération mixte

9.1 Ajouter l'article 3.3 suivant :

« **3.3** Nonobstant toutes dispositions au contraire dans les modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur le supplément payable en vertu de la Règle 28 du préambule général de l'Annexe 4 ou de la Règle 7 du préambule général de l'Annexe 5 (sédation-analgésie, codes 70000 et 70001). Toutefois, cette règle ne s'applique que lorsque le procédé diagnostique et thérapeutique ou l'acte chirurgical auquel le supplément est associé est lui-même visé, au sein du modèle de rémunération mixte d'une spécialité, par un supplément d'honoraires. »

AVIS: *Les spécialités visées sont : la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, la dermatologie, la gastro-entérologie, la neurologie, la néphrologie, l'oto-rhino-laryngologie et l'obstétrique-gynécologie.*

Les paragraphes 9.2 à 9.14 présentent les changements apportés aux modèles de rémunération mixte des spécialités suivantes : anesthésiologie, cardiologie, chirurgie orthopédique, endocrinologie, gériatrie, neurologie, pédiatrie, santé communautaire, ophtalmologie, obstétrique-gynécologie et neurochirurgie.

9.2 Au modèle de rémunération mixte de l'**anesthésiologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 70 %, **supprimer** le service médical codé **9420**, **ajouter** le service médical codé **0291** et **ajouter** le **CHUS – Pavillon Fleurimont** à la liste des centres hospitaliers désignés pour les services dispensés dans les centres de douleur chronique.

9.3 Au modèle de rémunération mixte de la **cardiologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, **supprimer** les services médicaux codés **0108**, **4504**, **4835** et **9420** et **ajouter** les services médicaux codés **9471**, **0248**, **0291**, **4501**, **4500** et **4535**.

9.4 Au modèle de rémunération mixte de la **chirurgie orthopédique**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 40 %, **ajouter** les services médicaux codés **15131** et **15132**.

Date de prise d'effet : **1^{er} décembre 2003** à l'exception de l'ajout de l'Hôpital Royal Victoria, lequel prend effet le **1^{er} juillet 2003**.

- 9.10** Au modèle de rémunération mixte de la **santé communautaire**, **ajouter** l'article 4 suivant :

« 4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en santé communautaire qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse dans une direction de santé publique.

Le supplément de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse est de 100 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 200 \$ par jour le samedi, dimanche ou un jour férié.

<i>Supplément de garde</i>	<i>Garde</i>		<i>Garde</i>	
	<i>Week-end et jour férié</i>		<i>les autres jours</i>	
	<i>Code d'acte</i>	<i>\$</i>	<i>Code d'acte</i>	<i>\$</i>
Santé Communautaire				
<i>Santé environnementale</i>	19039	200 \$	19038	100 \$
<i>Maladie infectieuse</i>	19051	200 \$	19050	100 \$

AVIS : *Inscrire le code de l'établissement pour lequel la garde est effectuée dans la case appropriée du formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200).*

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable par jour, par direction de santé publique.

Un seul supplément de garde en maladie infectieuse est payable par jour, par direction de santé publique.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour. »

- 9.11** Au modèle de rémunération mixte de l'**ophtalmologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, **ajouter** les services médicaux codés 15100, 15101 et 15102.

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

- 9.12** Au modèle de rémunération mixte de l'**obstétrique-gynécologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 55 %, **ajouter** les services médicaux codés 0375 et 0377.

- 9.13** Au modèle de rémunération mixte de la **neurochirurgie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 79 % **remplacer** la référence à « Les services médicaux codés 1000 à 7999 et 9500 à 9599. » **par** « Les services médicaux codés 1000 à 7999, 9439, 9440, 9441 et 9500 à 9599. ».

Date de prise d'effet : **1^{er} décembre 1999**.

- 9.14** Au modèle de rémunération mixte de la **gériatrie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 80 % **ajouter** le service médical codé **15133**.

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

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

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

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOUVEAUX MODIFICATEURS, AJOUTS ET MODIFICATIONS DE CODES D'ACTE

■ Nouveaux modificateurs

- 150 Pour les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, ce modificateur permet de facturer la deuxième approche à 90 %.
- 169 Ce modificateur permet la facturation de l'honoraire de 100 \$ accordé pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction.
- 170 Ce modificateur sert à facturer les codes d'acte 15040 à 15048 (voir Onglet B – Néphrologie – Dialyse) qui s'appliquent maintenant, également à la téléhémodialyse dans les centres reconnus suivants :
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre Hospitalier de Charlevoix via l'Unité mobile DIALYS
 - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le CH régional de Rimouski
 - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec Le Centre de santé de Portneuf via l'Unité mobile DIALYS
 - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôpital Sainte-Croix
 - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôpital-Dieu d'Arthabaska

■ Nouveaux modificateurs multiples

Combinaison de modificateurs	Modificateurs multiples	Constante (Facteurs de multiplication)
093 – 169	524	+ 100,00 \$
094 – 169	525	+ 100,00 \$
017 – 134	526	1,35
018 – 134	527	1,20
019 – 134	528	1,20
109 – 134	529	à calculer
110 – 134	530	à calculer
111 – 134	531	à calculer
134 – 163	532	1,49
134 – 164	533	1,98
134 – 165	534	1,49
150 – 017	535	1,35
150 – 018	536	1,20
150 – 019	537	1,20
109 – 150	538	à calculer
110 – 150	539	à calculer
111 – 150	540	à calculer
150 – 163	541	1,49
150 – 164	542	1,98
150 – 165	543	1,49

■ Nouveaux messages explicatifs

- 169 Le code d'acte réclamé ne peut vous être payé puisqu'il ne rencontre pas les critères de durée prévus à son libellé.
- 199 Honoraires modifiés ou refusés conformément à la Lettre d'entente n° A-53.

- 443 En raison de la règle 1.2 du préambule d'anesthésiologie – Addendum 8, l'acte réclamé en rôle 2 est non payable.
- 775 Honoraires modifiés ou refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 831 Le modificateur 170 ne peut être autorisé lorsqu'il est facturé dans un établissement autre qu'un de ceux reconnus par le Ministre versus certains actes s'appliquant à la téléhémodialyse.

■ **Message explicatif modifié**

- 263 En raison de son libellé, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.

■ **Modifications ou ajouts de notes – en vigueur le 1^{er} décembre 2003**

1 – Onglet B

Cardiologie
Établissement
Sous 9208

NOTE :

Le service médical codé 9208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM (Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc)
- CUSM (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Général de Montréal et Hôpital Royal Victoria)
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital Sainte-Justine
- CHUQ (CHUL, l'Hôtel-Dieu de Québec et Hôpital Saint-François d'Assise)
- Institut de Cardiologie de Québec (Hôpital Laval)

2 – Onglet C

Modification à la note sous la rubrique « Électrophysiologie » :

NOTE : Un maximum de 800,00 \$ par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « Électrophysiologie ».

3 – Onglet D

Modification à la note sous le code 0917 :

NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en **anesthésiologie**, en **pédiatrie** ou en **pneumologie**. De plus, la visite de contrôle en **anesthésiologie** (9135), en **pédiatrie** (9152) ou en **pneumologie** (9152) ne peut être facturée à la place de ce service médical codé 0917.

4 – Onglet F

La toute première « NOTE » de cet onglet a été modifiée. Les codes 1210 et 1211 ont été retirés de la liste des codes nécessitant une autorisation préalable de la Régie.

5 – Onglet J

Sous le titre SYSTÈME CARDIAQUE :

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention **des sections suivantes : Transplantation, Cœur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Stimulateur cardiaque, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire thoracique pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.**

Sous le code 4592 :

NOTE : Les suppléments suivants s'appliquent aux codes d'acte **4592 et 4645.**

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement

6 – Onglet K

Sous le titre « ULTRASONOGRAPHIE » :

NOTE : Les services médicaux de l'Addendum « Ultrasonographie » (à l'exclusion des codes d'acte 8303, 8311, 8312, 8313, 8314, 8315, 8317, 8318, 8319, 8323, 8324 et **8341**) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD = 144)

■ Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} décembre 2003

• *Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie*

Nouveaux Codes	Description	Honoraires
ONGLET B	TARIFICATION DES VISITES	R = 1
	• CARDIOLOGIE	
	Établissement	
15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale. Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (Voir liste agréée des établissements). Liste agréée des établissements en cardiologie : - Institut de Cardiologie de Montréal - Hôpital Laval - CHUM - Hôpital Notre-Dame - CHUM - Hôpital Saint-Luc - CHUM - Hôtel-Dieu - CUSM - Hôpital Royal Victoria - CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants - CUSM - Hôpital général de Montréal - CUSM - Institut et Hôpital neurologiques de Montréal - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal - Hôpital Sainte-Justine - CHUS - Hôpital Fleurimont - CHUS - Hôtel-Dieu - CHUQ - CHUL - CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise - CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec AVIS : Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rémunération à l'acte – Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin qui a dirigé le malade. Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée pour le paiement de cet acte. Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.	84,75
	• CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	
	Centre hospitalier de soins de courte durée	
	Hospitalisation	
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous AVIS : Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée.	60,00
	Centre hospitalier de soins de courte durée	
	Externe	
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous AVIS : Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée.	59,00

Nouveaux Codes	Description	Honoraires
• GÉRIATRIE		R = 1
Centre hospitalier de soins de courte durée		
Hospitalisation		
Sous 0036 – Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		
15133	auprès d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	30,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
Sous 0041 – Tournée des malades le week-end		
<u>AVIS:</u>	15139 Pour patient atteint de démence ou affecté par une perte de mobilité	51,00
	Inscrire le « NIVEAU » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;	
	Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.	
• NEUROLOGIE, NEUROPSYCHIATRIE ET ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE		
Cabinet privé		
Sous 9165 – Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		
15134	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
Centre hospitalier de soins de courte durée		
Hospitalisation		
Sous 9160 – Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		
15135	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
Centre hospitalier de soins de courte durée		
Externe		
Sous 9170 – Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		
15136	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
Centre hospitalier de soins de courte durée		
Salle d'urgence		
Sous 9108 – Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		
15137	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00
Local sous gestion du gouvernement		
Sous 9212 – Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		
15138	enfant de moins de 13 ans, supplément	10,00

Nouveaux Codes	Description	Honoraires		
ONGLET C	PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	Établis.	Cabinet	
	• BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	R = 1	R = 1	R = 2
	Sous 0250 épidurale cervicale			
0813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	20,00	20,00	
	Sous 0297 épidurale thoracique ou lombaire			
0814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	20,00	20,00	
	• BRONCHOSCOPIE FLEXIBLE INCLUANT LA LARYNGOSCOPIE, LA TRACHÉOSCOPIE, ET LA BIOPSIE, LE CAS ÉCHÉANT			
9344	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
	<u>AVIS:</u> <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».</i>			
	• CARDIOLOGIE			
	Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques			
	Les interventions cardiologiques et électrophysiologiques de 4 heures ou plus donnent droit à un supplément			
	<u>AVIS:</u> <i>Inscrire l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques et électrophysiologiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES lorsque le ou les codes d'acte 9410 et 9434 sont réclamés.</i>			
9410	pour une période de 4 heures, supplément	32,00		
9434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	32,00		
	<u>AVIS:</u> <i>Indiquer le nombre de quarts d'heure réclamés dans la case UNITÉS.</i>			
9435	Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 50,00 \$ par jour			

Nouveaux Codes	Description	Honoraires		
		R = 1	R = 1	R = 2
Électrophysiologie		R = 1	R = 1	R = 2
0248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	105,00		4
0291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	200,00		4
9471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément	200,00		4
	NOTE : Le service médical codé 9471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 9422 et 0323.			
Radio-oncologie				
8564	Radiothérapie avec modulation d'intensité	46,50		
8565	Fusion d'images	46,50		
8566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00		4
ONGLET E	CHIRURGIE PLASTIQUE		R = 1	R = 2
	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés			
5900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total		1 400,00	18
5901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total		1 600,00	18
5902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total		2 000,00	18
5903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures		2 600,00	18
5904	par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément		450,00	
5905	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément		350,00	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 – Chirurgie.			
ONGLET F	PEAU-PHANÈRES			
	Seins			
	Réparation			
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole			
1329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément		105,00	

Nouveaux Codes	Description	Honoraires	
		R = 1	R = 2
ONGLET G	MUSCULO-SQUELETTIQUE		
Main et poignet			
Arthroscopie			
2956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	155,00	5
2958	avec débridement, supplément	100,00	
2960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	155,00	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par jour.		
Muscles			
Excision			
2127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	199,00	4
Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments			
Excision			
2007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	199,00	4
ONGLET J	SYSTÈME CARDIAQUE		
Actes généraux			
<u>AVIS :</u> Voir la Lettre d'entente 60 pour les codes d'acte 4500, 4501, 4502 et 4503.			
Ballon intra-aortique			
4500	exérèse percutanée (PG-23)	53,00	10
4501	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	150,00	10
4507	Débridement de plaie sternale sous anesthésie générale incluant la résection osseuse et/ou cartilagineuse (PG-23)	265,00	9
Actes généraux			
Circulation assistée			
Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle			
4517	installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (PG-23)	968,00	18
Actes généraux			
Hypothermie			
4560	Emploi d'hypothermie profonde (<25°C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (PG-23)	242,00	
4518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	121,00	
Divers			
4565	Lors d'une chirurgie cardiaque, l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 300 \$.		

Nouveaux Codes	Description	Honoraires	
		R = 1	R = 2
4566	Reprise d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire intrathoracique, supplément (PG-23)	320,00	
Actes généraux			
Transplantation			
4574	Forfait de prélèvement coeur ou coeur-poumons ou poumons (PG-23) <i><u>AVIS</u> : Ce service est payable par la Régie même si le donneur n'est pas un Québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Si le receveur est identifiable, inscrire son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire la lettre « A » dans la case C.S.</i>	650,00	12
Cœur et péricarde			
Réparation			
Sous le code d'acte 4563			
	Exérèse de prothèse valvulaire ou homogreffe, supplément		
4520	une (PG-23)	302,00	
4521	deux (PG-23)	453,00	
Cœur et péricarde			
Réparation			
Sous le code d'acte 4590			
4534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 200,00	
Stimulateur cardiaque			
Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s)			
Par voie fermée (endovasculaire)			
4535	électrodes supplémentaires, par électrode (PG-23) <i><u>AVIS</u> : Inscrive le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS et le nombre total d'électrodes enlevées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	100,00	
4541	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	50,00	
4549	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23)	450,00	8
Chirurgie de l'arythmie			
Technique d'ablation			
4619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions, radiofréquence ou autre	800,00	
Appareil vasculaire			
Thoracique			
Chirurgie congénitale			
Anastamose			
4621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23)	907,00	18
4626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23)	1 814,00	18

Nouveaux Codes	Description	Honoraires	
		R = 1	R = 2
4627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23) unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire	1 814,00	18
4629	unilatérale "C" (PG-23)	1 814,00	18
4635	bilatérale "C" (PG-23)	2 721,00	18
4636	fermeture de CIV et/ou conduit externe du ventricule- vaisseaux de la base, supplément (PG-23)	907,00	
Appareil vasculaire Thoracique			
Chirurgie de l'aorte			
4687	Lors d'une chirurgie de l'aorte, les cas suivants donnent droit à un supplément de 200 \$: anévrisme disséquant ou rompu, dissection aortique, canulation axillaire et dérivation autre que CEC. <i><u>AVIS</u> : Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la condition spécifique qui permet de facturer ce supplément.</i>		
4645	Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23)	1 210,00	18
4646	Insertion par voie ouverte d'endoprothèse aortique thoracique "C"	1 000,00	18
Appareil vasculaire Thoracique Autres chirurgies			
4649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 000,00	
ONGLET L – SYSTÈME DIGESTIF			
Foie Excision			
5122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofréquence, toute voie d'approche excluant la voie percutanée (une ou plusieurs)	500,00	10
5137	associée à une résection hépatique, supplément	250,00	
ONGLET S SYSTÈME NERVEUX			
Crâne et encéphale Lésions vasculaires Sous-tentorielles			
7511	Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire premier, quelle que soit sa morphologie	1 962,00	18

Nouveaux Codes	Description	Honoraires	
		R = 1	R = 2
7512	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément AVIS : <i>Inscrire le nombre total d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITÉS et inscrire le nombre total d'anévrismes de localisations différentes dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	392,00	

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement

Nouveaux Codes	Description	Honoraires	
		R = 1	R = 7
ONGLET K	ULTRASONOGRAPHIE		
	Ultrasonographie cardiaque		
8341	Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse de flux intracardiaque par Doppler continu et pulsé ou les deux, lors d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique (incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos et à l'effort) NOTE : L'acte codé 8303 ne peut pas être facturé le même jour que l'acte codé 8341. AVIS : <i>Voir la Règle d'application 19.</i>	101,00	
	Sous la section « Échographie abdominale »		
	ÉCHOGRAPHIE ARTICULAIRE (s'applique aux articulations suivantes : épaule, coude, poignet/main, hanche, genou, cheville/pied)		
8342	Examen détaillé (implique l'évaluation des récessus articulaires ainsi que l'ensemble des bourses, muscles, tendons et ligaments pertinents autour de l'articulation en question), par articulation AVIS : <i>Voir la Règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.</i>	6,20	18,30
8343	site contralatéral sur indication clinique spécifique, supplément AVIS : <i>Inscrire l'indication clinique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> <i>Lorsque le rôle 7 est réclamé, il doit être inscrit sur la même demande de paiement que le rôle 1.</i>	4,00	11,80

Nouveaux Codes	Description	Honoraires	
		R = 1	R = 7
8346	Examen limité (pour kyste poplité, pour une seule structure anatomique ou pour déchirure musculaire), par articulation NOTE : Le service médical codé 8346 ne peut pas être facturé le même jour que le service médical codé 8342 pour la même articulation. NOTE : Le service médical codé 8342 ne peut pas être facturé avec les services médicaux codés 8352, 8353, 8354, 8355, 8356, 8357, 8358, 8359, 8360 et 8364. <u>AVIS</u> : Voir la Règle 5.1 de l'Addendum 8 - Ultrasonographie.	4,00	11,80

■ **Nouveaux codes d'actes remplaçant des codes d'actes annulés - en vigueur le 1^{er} décembre 2003**

Remarque : Le tableau ci-dessous présente à titre indicatif la relation entre les nouveaux codes d'acte et les codes d'acte annulés, la facturation des nouveaux codes devant respecter le libellé de ces actes et toute autre particularité le cas échéant.

Nouveaux codes d'actes	Codes d'actes annulés
9410	0566
9434	0567
0248	0108
0291	9420
2956 – 2958 – 2960	2931
4500 – 4501	4504
4566	4564 – 4597 – 4609
4574	4522 – 4526 – 4527
4535	4835
4549	4836
4621 – 4626 – 4627	4640
4645	4593 – 4594
7511 – 7512	7584
Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement	
8342 – 8343 – 8346	8332

■ **Codes d'actes annulés (non remplacés) – valides jusqu'au 30 novembre 2003**

ONGLET J SYSTÈME CARDIAQUE

4506, 4515, 4519, 4490, 4491, 4493, 4494, 4495, 4497, 4498, 4600, 4830, 4837, 4642.

■ **Nouvelles situations - en vigueur le 1^{er} décembre 2003**

ONGLET C PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Section – Allergie
Acte 0781 Des honoraires de 20 \$ sont ajoutés en cabinet en rôle 1 (R = 1).

- Section – Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie et la biopsie, le cas échéant.
Acte 0724 Une unité de base (R = 2) est ajoutée.

- Section – Bronchoscopie rigide
Acte 0878 Une unité de base (R = 2) est ajoutée.

- Section – Urologie - Urodynamie
Actes 0375 et 0377 La limitation à la spécialité d'urologie a été enlevée.

LETTRE D'ENTENTE N° 102

CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS AU SEIN DE CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE GRAVE 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 par la mise en place de mesures ponctuelles;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés et qui est désigné par les parties négociantes.

Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente. Ce montant forfaitaire varie selon la situation du médecin désigné.

Médecin établi

2. Un médecin est ainsi désigné par les parties négociantes s'il exerce de façon régulière et continue dans un établissement visé et non dans un contexte d'itinérance.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin 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.

AVIS: Voir le tableau des codes d'acte et des tarifs à la fin de la présente lettre.

Médecin remplaçant ou en support

3. Un médecin est ainsi désigné par les parties négociantes si, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de services), il accepte de se rendre dans un établissement visé afin de participer à la prestation des soins dans sa discipline.

Toutefois, à moins de circonstances exceptionnelles, un médecin ne peut être ainsi désigné s'il n'exerce pas de façon régulière et continue dans un autre établissement au Québec ou si cet autre établissement fait déjà face à un problème d'effectifs médicaux dans sa discipline et est visé par l'application des Lettres d'entente n° 102 ou n° 112.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin 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.

AVIS: Voir le tableau des codes d'acte et des tarifs à la fin de la présente lettre.

4. Afin de déterminer si un médecin exerce de façon régulière et continue dans un établissement ou plutôt dans un contexte d'itinérance, les parties négociantes tiennent compte d'un ensemble de facteurs dont, notamment, le statut du médecin, son lieu de résidence et de pratique principale, son niveau de participation aux activités de l'établissement et l'application d'autres mesures prévues à l'Entente.

5. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les disciplines et les établissements visés, le type de montant forfaitaire applicable, de même que le nombre maximum de montants forfaitaires mentionnés à l'alinéa 3 pouvant être versés par discipline au cours d'une journée sont les suivants :

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	FORFAITS APPLICABLES PAR JOUR	
		Médecins établis (Art. 2)	Nbre maximal de forfaits Médecins remplaçants ou en support (Art. 3)
01 – Bas-Saint-Laurent			
CH d'Amqui	Chirurgie générale	oui	1
02 – Saguenay/Lac Saint-Jean			
Complexe hospitalier de la Sagamie	Pédiatrie	oui	1
04 – Mauricie/Centre-du-Québec			
CH régional de la Mauricie	Anesthésiologie	oui	3
	Obstétrique-gynécologie	N/A	1
	Pédiatrie	oui	1
Centre SSS de la Saint-Maurice	Médecine interne	oui	1
CH régional de Trois-Rivières	Radiologie diagnostique	N/A	2
08 – Abitibi-Témiscamingue			
CH de Val-d'Or	Radiologie	oui	1
CH La Sarre	Chirurgie générale	oui	1
CH Rouyn-Noranda	Médecine interne	oui	1
	Pédiatrie	N/A	1
	Radiologie	oui	1
09 – Côte-Nord			
Centre de santé de la Basse Côte-Nord	Radiologie	oui	1
CH régional Baie-Comeau	Médecine interne	oui	1
11 – Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine			
CH de Chandler	Obstétrique-gynécologie	N/A	1
12 – Chaudière-Appalaches			
CH Beauce-Etchemin	Obstétrique-gynécologie	oui	1
	Médecine	oui	1
	Radiologie diagnostique	oui	2
CH de la région de l'Amiante	Obstétrique-gynécologie	oui	1
14 – Lanaudière			
CH régional de Lanaudière	Pédiatrie	oui	1
15 – Laurentides			
CH Saint-Eustache	Anesthésiologie	N/A	1
	Obstétrique-gynécologie	oui	1
CH et CR Antoine-Labelle	Anesthésiologie	oui	1
16 – Montérégie			
Hôtel-Dieu de Sorel	Anesthésiologie	oui	2
	Obstétrique-gynécologie	oui	1
CH Anna-Laberge	Anesthésiologie	oui	2
CH régional du Suroît	Radiologie diagnostique	oui	0

AVIS : L'inscription N/A indique que seulement les médecins remplaçants ou en support sont autorisés pour cet établissement.

6. 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.

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecine » (n° 1200) de la façon suivante :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **9836** (forfait en semaine à l'exception des jours fériés) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires de 50 \$ et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

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

7. 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.
8. 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.

AVIS : Cette lettre d'entente ne s'applique pas aux médecins bénéficiant ou ayant bénéficié du programme d'allocation de fin de carrière, sauf pour le code **9836**.

9. 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. 3	Parag. 2	Parag. 3	Parag. 2
	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

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° A-55

CONCERNANT LA GARDE EN INFECTIOLOGIE À L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE – CHU MÈRE-ENFANT ET À L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin classé en microbiologie-infectiologie qui est assigné de garde en infectiologie à l'Hôpital Sainte-Justine – CHU Mère-Enfant ou à l'Hôpital de Montréal pour enfants.
Ce supplément est de 50 \$ par jour, du lundi au vendredi et de 350 \$ par jour le week-end ou un jour férié.
2. Un seul supplément de garde est payable par jour, par établissement, pour les médecins classés en microbiologie-infectiologie.
3. Toutefois, aux fins de l'application du supplément de garde en disponibilité prévu à l'article 1 ainsi que du supplément de garde en disponibilité payable en maladies infectieuses au sein de ces mêmes établissements en vertu du mode de rémunération mixte de la pédiatrie, un seul supplément de garde, les deux disciplines confondues, est payable par jour dans chacun de ces établissements, sauf à l'Hôpital Sainte-Justine – CHU Mère-Enfant où un maximum de deux suppléments de garde est payable par jour, du lundi au vendredi.

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

Spécialité	Garde de 24 heures	Garde de 12 heures
	Week-end et jour férié	les autres jours
	Code d'acte 350 \$	Code d'acte 50 \$
Microbiologie-infectiologie	19034	19033

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 le code d'acte 19033 ou 19034.
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

RÉMUNÉRATION MIXTE (ANNEXE 38)

PÉDIATRIE

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
30 %	Les services médicaux codés 0086, 0489, 0596, 0691, 0697, 0700, 0703, 0749, 0750, 0777, 0862, 0874, 1320, 1323, 2589, 2621, 2623, 2657, 9095, 9096, 9147, 9150, 9160, 9162, 9170, 9176, 9377, 9378, 9379, 9380, 9381, 9403, 9404 et 9405.	0	275 \$

Modalités particulières :

1. Nonobstant le deuxième alinéa de l'article 6.1 et sous réserve de l'article 2 suivant, le supplément de garde est payable, pour chacun des centres hospitaliers ou pavillons mentionnés ci-dessous, jusqu'à concurrence du nombre de suppléments de garde indiqué par service.

<u>Centre hospitalier</u>	<u>Nombre de suppléments</u>	<u>Service</u>
CH affilié universitaire de Québec		
– Pavillon Enfant-Jésus	1	Pédiatrie
– Pavillon Saint-Sacrement	1	Pédiatrie
CHUQ		
– Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	5	Pédiatrie (2) néonatalogie (1) soins intensifs (1) et maladies infectieuses(1)
– Pavillon Saint-François d'Assise	2	Pédiatrie (1) et néonatalogie (1)
CHUS		
– Hôpital Fleurimont	4	Pédiatrie (1), néonatalogie (1) soins intensifs (1) et pouponnière (1)
CHUM		
– Campus Notre-Dame	1	Pédiatrie
– Campus Saint-Luc	1	Pédiatrie
Hôpital Maisonneuve-Rosemont :		
– Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel-Lamoureux	2	Pédiatrie (1) et néonatalogie (1)
Hôpital Sainte-Justine	10	Pédiatrie (7), néonatalogie (1) pouponnière(1) et maladies infectieuses (1)
CUSM		
– Hôpital de Montréal pour enfants	6	Pédiatrie (4) néonatalogie (1) et maladies infectieuses (1)
– Hôpital Royal Victoria	1	Néonatalogie (1)
CH des Vallées de l'Outaouais		
– Pavillon de Gatineau/Pavillon de Hull	2	Pédiatrie

2. Toutefois, le supplément de garde payable en maladies infectieuses est de 50 \$ par jour, du lundi au vendredi et de 350 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié. À l'Hôpital Sainte-Justine, deux suppléments de garde sont payables, par jour, du lundi au vendredi, en maladies infectieuses.

De plus, l'application du supplément de garde en maladies infectieuses à l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants est sujette à l'article 3 de la Lettre d'entente n° A-55, afin de tenir compte des périodes où la garde en disponibilité est assumée par un médecin classé en microbiologie-infectiologie.