

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 septembre 2004

À l'attention des médecins spécialistes

Modification n° 36 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° 36 à l'Accord-cadre.

Certaines dispositions de cette Modification vous ont déjà été présentées dans les communiqués [020 du 4 mai 2004](#), [052 du 4 août 2004](#) et [057 du 2 septembre 2004](#). Le présent communiqué vient donc compléter l'information devant vous être transmise.

Un certain nombre d'actes sont abolis et d'autres sont ajoutés. Des changements au niveau des honoraires touchent environ 30 codes d'acte. Tant au niveau du Préambule général de la médecine et de la chirurgie et de celui de la médecine de laboratoire, que de certains addenda, des modifications apportées à certaines règles ainsi que l'ajout de nouvelles règles 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.

Veuillez 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 n° 5 » sera disponible dans le site Internet de la Régie www.ramq.gouv.qc.ca le 1^{er} octobre 2004.

Faits saillants de la Modification n° 36

1. Annexe 1

Entente relative au régime d'assurance maladie

Dispositions normatives

L'article 17.1 est remplacé par le suivant :

« **17.1** Le paiement des honoraires est fait au médecin spécialiste ou au tiers qu'il autorise, soit :

- Un groupe de médecins spécialistes;
- Une société de médecins dont il est membre;
- Une société par actions visée au Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société et pour le compte de laquelle il exerce ses activités professionnelles.

La Régie y procède par versement bancaire au compte du médecin ou du tiers qu'il autorise, dans un délai maximal de 3 jours ouvrables de la date de paiement. La Régie y procède par chèque lorsque le médecin en fait la demande. »

Ces nouvelles dispositions permettent désormais le paiement des honoraires à une société par actions visée au *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* et pour le compte de laquelle le médecin exerce ses activités professionnelles.

Veillez noter que les procédures administratives actuelles de la RAMQ concernant la pratique de la médecine en groupe (compte administratif, mandat de paiement à un tiers) demeureront les mêmes. Cependant, la Régie acceptera de verser des honoraires à une société prévue à ce nouveau règlement uniquement après avoir reçu, de la part du Collège des médecins du Québec, une confirmation à l'effet que les exigences du règlement sont respectées tant par le médecin que par la société.

Date de prise d'effet : À la date de prise d'effet du Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société.

2. L'Annexe 4

Tarif de la médecine et de la chirurgie

Règles de tarification

2.1 Au PRÉAMBULE GÉNÉRAL, la Règle 28 est modifiée.

« **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, médecine interne, néphrologie, neurologie, obstétrique-gynécologie, oto-rhino-laryngologie ou en pédiatrie qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (sauf le bloc interdigital et le bloc paracervical), pour effectuer un procédé diagnostique et thérapeutique ou un acte chirurgical identifié 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 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**.

Pédiatrie : Pour la facturation selon les conditions du PG-28 relativement aux codes 0606 et 0863, utiliser le code d'acte 70002.

Les médecins spécialistes en **médecine interne** et en **pédiatrie** peuvent maintenant se prévaloir de ce supplément d'honoraires.

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

2.2 À l'Addendum 5. – APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE, la Règle 12 suivante est ajoutée :

« RÈGLE 12. BIOPSIE OSSEUSE OU DES TISSUS MOUS PAR VOIE OUVERTE

La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée. (MOD 172)

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire **et** le rapport anatomo-pathologique. »

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

N. B. Voir la page 14/16 de la Partie II pour la liste des modificateurs multiples de 172.

Pour la période du 1^{er} décembre 2003, date d'entrée en vigueur de la mesure, jusqu'au 30 septembre 2004, le professionnel qui a effectué une analyse extemporanée et dont la facturation a été refusée, pourra être rémunéré conformément à la Règle 12 de l'Addendum 5, appareil musculo-squelettique, s'il y a présence du compte rendu opératoire et du rapport anatomo-pathologique

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

2.3 À l'Addendum 5. – APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE, en ajoutant la Règle 13 suivante :

« RÈGLE 13.

Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire. »

AVIS : Voir les codes d'acte 19052 et 18000 à 18006.

Date de prise d'effet : **19 avril 2004**

2.4 À l'Addendum 6 – OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE, l'article 4.1 b. est modifié en remplaçant le terme « intervention » par « consultation ».

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

2.5 À l'Addendum 8 – Anesthésiologie, la Règle 11.1 est remplacée par la suivante :

« **11.1** Un médecin anesthésiologiste est rémunéré à **1 % du tarif (MOD 34)** pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave. »

La rémunération passe donc **de 50 % à 1 %** du tarif lors d'anesthésies simultanées.

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

3. L'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.

- Une nouvelle **tarification en cabinet** de la thérapie photodynamique : traitement de la membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection de vertéporfine (**Visudyne**). Le nouveau code d'acte 0643 remplace le code d'acte 7320. Le tarif en établissement demeure à 150,00 \$ mais le **tarif en cabinet est établi à 400,00 \$**. Le service codé 0643 est payable uniquement aux médecins spécialistes classés en ophtalmologie et désignés par les parties négociantes.
- Changement de tarif pour environ 30 codes d'acte principalement dans les onglets « Tarification des visites », « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », « Anesthésiologie », « Musculo-squelettique », « Système cardiaque », « Digestif », « Obstétrique » et « Nerveux » ainsi que dans le manuel des services de laboratoire en établissement.
- Abolition de 12 codes d'acte dans les onglets « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », « Système cardiaque » et « Visuel » ainsi que dans le *Manuel des services de laboratoire en établissement*.
- Création de 36 nouveaux codes d'acte dans les onglets « Tarification des visites », « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », « Musculo-squelettique », « Respiratoire » et « Digestif » ainsi que dans le manuel des services de laboratoire en établissement.
- Des avis administratifs et des notes ont été soit ajoutés, modifiés ou annulés. Des modifications au libellé d'environ 90 codes d'acte ont été faites.

Vous trouverez ces informations à la Partie II du présent communiqué.

4. L'Annexe 7

Tarif de la médecine de laboratoire

Tarifification

Nomenclature et tableaux d'honoraires

Les changements apportés à cette Annexe sont essentiellement de même nature que ceux de l'annexe 6 mais moins nombreux. Vous retrouverez ces informations à la Partie II du présent communiqué.

5. L'Annexe 8

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

La **Règle d'application n° 6** est modifiée en y ajoutant les prestations de soins suivantes qui ne donnent donc plus ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence :

- Forfait par période de 24 heures – Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Date de prise d'effet : **19 avril 2004.**

- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves;
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

Date de prise d'effet : **8 juillet 2004.**

6. L'annexe 11

Lettres d'entente

N. B. Vous trouverez à la [Partie III](#) seulement les textes paraphés des nouvelles lettres d'entente et de celles ayant fait l'objet de changements majeurs. Les changements de moindre envergure 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} octobre 2004.

6.1 Modifications de lettres d'entente

➤ **Lettre d'entente n° A-50**

Le médecin spécialiste qui se rend donner des soins au **Centre de santé de l'Hématite** peut maintenant se prévaloir des dispositions de cette lettre d'entente qui prévoit des indemnités particulières pour le temps de déplacement.

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

N. B. La Régie procédera à la révision des demandes de paiement reçues depuis le 1^{er} juin 2004.

➤ **Lettre d'entente n° A-52**

L'acte codé 08489 « Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne » est maintenant payable en application de cette lettre d'entente.

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

➤ **Lettre d'entente n° 3**

Ajout du service médical « Analyse de saturation en oxygène » à la liste des actes compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale.

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

➤ **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 de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
Région 03		
Hôpital Laval	Bergeron, Sébastien Milot, Julie	Clinique d'insuffisance cardiaque Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé. Clinique MPOC
Région 05		
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke		
Hôtel-Dieu	Ayala Paredes, Félix Alejandro Brochu, Michel Côté, Michel Dalery, Karl Gervais, André Harvey, Richard Lepage, Serge Nguyen, Michel	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
Région 06		
Institut de cardiologie de Montréal	Burelle, Denis Ducharme, Anique Dupuis, Jocelyn Lam-Yuk-Tseung, Jules C.C. Nigam, Anil Racine, Normand Rouleau, Jean-Lucien White, Michel	Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque

AJOUTS : (suite)

Hôpital	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	Ferdinand, Jae-Marie D.	Clinique de suivi des prématurés et des nouveaux-nés
	Mandel, Ruth	Clinique de suivi des prématurés et des nouveaux-nés

RETRAIT :

Hôpital	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
Région 06		
Hôpital Ste-Justine		
CHU Mère-Enfants	Hamel, Patrick	Clinique de glaucome

➤ Lettre d'entente n° 60

Abrogation de l'article 2.

Ainsi, lorsqu'un cardiologue pratique l'introduction d'un ballon intra-aortique, les visites qu'il rend au malade pendant son hospitalisation ne sont plus comprises dans les honoraires payables pour les codes d'acte 0446, 0457, 0422 et 0424.

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

➤ Lettres d'entente n° 102, 112,122 et 124

Veillez vous référer aux communiqués énumérés au deuxième paragraphe de la page 1.

➤ Lettre d'entente n° 133

Le paragraphe 1 i) est modifié comme suit :

« Il a droit à un forfait de 600 \$ pour chaque période de trois (3) jours consécutifs, du lundi au vendredi, au cours de laquelle il dispense des soins et pour chaque période de deux (2) jours consécutifs, la fin de semaine, au cours de laquelle il dispense des soins; »

Le code d'acte 9999 doit être utilisé pour le nouveau forfait de fin de semaine et doit être facturé le 2^e jour de la dispensation des soins, soit le dimanche. Les autres instructions de facturation, présentes à l'avis administratif sous le texte de cette lettre d'entente dans la Brochure n° 1, continuent de s'appliquer.

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

N. B. La Régie traitera vos demandes de paiement selon les honoraires facturés avec un code de transaction 03 (demande de paiement payée avant appréciation). Lorsque l'implantation sera effectuée dans les systèmes informatiques, les demandes de paiement seront traitées à statut final.

6.2 Nouvelles lettres d'entente

➤ Lettre d'entente n° 152

Cette nouvelle lettre d'entente établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste en chirurgie générale qui effectue un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales. Pour pouvoir bénéficier des dispositions de cette lettre d'entente, le médecin doit être préalablement désigné par les parties négociantes. Vous trouverez le texte paraphé de cette lettre d'entente ainsi que les instructions de facturation pertinentes à la Partie III du présent communiqué.

Date de prise d'effet : **3 décembre 2001.**

➤ Lettre d'entente n° 153

Cette nouvelle lettre d'entente vient préciser la condition particulière d'application du plafonnement de gains nets pour l'acte codé 0643 – Traitement de la membrane néo-vasculaire sous-rétinienne par laser après injection de vertéporfine (thérapie photodynamique à la Visudyne). Vous trouverez le texte paraphé de lettre d'entente à la Partie III du présent communiqué.

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

6.3 Lettre d'entente abrogée

➤ Lettre d'entente n° 27

Cette lettre d'entente est abrogée en concordance avec le point 1 du présent communiqué qui contient maintenant cette disposition. Ainsi, dorénavant, le virement bancaire devient le mode de paiement usuel de la Régie alors que le paiement par chèque ne se fait qu'à la demande du médecin.

7. 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'article 1.2.1 est modifié comme suit :

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, pour le **Centre hospitalier d'Amos**, l'**ophtalmologie** est ajoutée à la liste des spécialités visées.

N. B. Les demandes de prime de revalorisation refusées pour l'année 2003 feront l'objet d'une révision de la Régie.

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

8. L'Annexe 38 Concernant le mode de rémunération mixte

8.1 Au modèle de rémunération mixte de l'endocrinologie, les suppléments de garde en disponibilité sont maintenant payables pour l'Hôtel-Dieu du CHUM.

Le code d'acte à utiliser est le 09781. Voir le tableau du paragraphe 6.1 de l'Annexe 38.

Date de prise d'effet : **8 septembre 2003.**

8.2 Au modèle de rémunération mixte de l'**anesthésiologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 40 %, la référence de « 8 à 11 unités de base » est **remplacée** par « 7 à 11 unités de base ».

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

8.3 Au modèle de rémunération mixte de la **cardiologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, le service médical codé 0461 est **ajouté** et les services médicaux codés 4500, 4501, 4502, 4503 et 4832 sont **remplacés** par 0446, 0457, 0422, 0424 et 0460.

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

8.4 Au modèle de la rémunération mixte de la **pédiatrie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 30 %, les services médicaux codés 15112, 15114 et 15115 sont **ajoutés**.

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

8.5 Le modèle suivant est adopté pour la médecine nucléaire :

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Supplément d'honoraires	
%	SERVICES MÉDICAUX VISÉS
40 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9148, 9152, 9164 et 9246.

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

9. Adoption de l'Annexe 39

Entente auxiliaire

Concernant la rémunération des médecins spécialistes en chirurgie plastique dans les unités de grands brûlés en centre hospitalier

Pour plus de détails, vous trouverez le texte paraphé de cette nouvelle Annexe à la Partie III du présent communiqué. En voici cependant les faits saillants.

Professionnels visés

Médecin spécialiste désigné par les parties négociantes classé en chirurgie plastique responsable des soins chirurgicaux de tous les patients dans une unité de grands brûlés.

Unités de grands brûlés désignées par les parties négociantes

- Hôtel-Dieu du CHUM
- Hôpital de l'Enfant-Jésus

Période d'application

Du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Dispositions de rémunération

Rémunération forfaitaire comprenant :

- Un forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité de 1 200,00 \$ (code d'acte : 19053) par période de 24 heures.
- Un forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient de 50,00 \$ (code d'acte : 15017) par patient vu à la clinique externe ou de 100,00 \$ (code d'acte : 15016) par patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence.

Date de prise d'effet : **8 juillet 2004.**

Vous pouvez facturer ces forfaits dès à présent.

N. B. La Régie traitera vos demandes de paiement selon les honoraires facturés avec un code de transaction 03 (demande de paiement payée avant appréciation). Lorsque l'implantation sera effectuée dans les systèmes informatiques, les demandes de paiement seront traitées à statut final.

Veillez noter que les fichiers valideurs ne sont pas rendus disponibles immédiatement pour les changements apportés par cette annexe. Ceux-ci ainsi qu'un info-technique seront produits ultérieurement. Les développeurs devront se servir de l'information incluse dans ce communiqué pour la facturation.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Informations administratives](#)
[Partie III – Lettres d'entente](#)

c. c. Directeurs des services professionnels
Développeurs de logiciels de facturation et
Agences commerciales de traitement de données – Médecine

Informations administratives

Changements de tarifs, modifications de libellés, modifications aux notes, nouveaux codes d'acte et codes d'acte abolis et remplacés.

- Changements de tarifs « *Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie* »

Code d'acte	Page	Nouveau tarif
9161 (Pédiatrie)	B-82	43,60 \$
0390	C-31	R=2 : 1
0391	C-31	R=2 : nil
0927	D-10	11,65 \$
0927 (Maximum par jour)	D-10	46,60 \$
0991	D-10	11,65 \$
0991 (Maximum par jour)	D-10	69,90 \$
2520	G-6	460,00 \$
2521	G-6	645,00 \$
2514	G-6	R=2 : 5
9570	G-10	R=2 : 18
9571	G-10	R=2 : 18
2986	G-20	R=2 : 5
2987	G-20	R=2 : 5
2310	G-33	262,00 \$
2302	G-33	262,00 \$
2729	G-44	R=2 : 6
2764	G-44	R=2 : 5
4720	J-13	R=2 : 15
5335	L-5	R=2 : 8
5337	L-5	R=2 : 9
5201	L-11	R=2 : 5
5269	L-15	R=2 : 6
6917	Q-5	R=2 : 5
7563	S-3	1 275,00\$
7619	S-5	687,00 \$
7639	S-6	245,00 \$
7670	S-8	196,00 \$

- **Changements de tarifs « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement »**

	Pages	
9943	H-11	10,00 \$
8479	L-2	63,00 \$

- **Modifications de libellés « Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie »**

ONGLET B Consultations et examens		
	Pages	
Au dessus du code 9291	B-60	Visites pour le traitement par dialyse...
Ajout : CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre hospitalier de la Sagamie		
ONGLET C PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES		
Au-dessus du code 9362	C-11	Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur , le cas échéant
9362	C-11	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)
9363	C-11	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)
0597	C-18	Ponction péricardique (PG-28)
0489	C-18	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance : une par séance (PG-28)
0863	C-32	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)
Au-dessus du code 0750	C-32	Maximum dix (10) polypes excisés
Au-dessus du code 0515	C-36	Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant
0596	C-46	avec ou sans épreuve manométrique (PG-23) (PG-28)
9418	C-46	pleurale (PG-28)
0606	C-46	sternale : moelle osseuse (PG-28 pour pédiatre seulement)
8527	C-57	col utérin (maximum 5 applications/ patiente) enlevé « pour la curiethérapie à bas débit »
ONGLET D		
1901	D-8	Tests à la phentolamine, à la lidocaïne et/ou à la kétamine pour douleur chronique
ONGLET G		
2302	G-33	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal

ONGLET J		
	Pages	
4536	J-4	Biopsie cardiaque ouverte (toute technique) (PG-23)
4539	J-4	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie (toute technique) (PG-23)
4544	J-4	aortoplastie ou annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)
4555	J-5	...avec ou sans résection et/ou transposition de cordages (toute technique) (PG-23)
4601	J-7	unique (toute technique) (PG-23)
4602	J-7	deux (toute technique) (PG-23)
4603	J-7	trois (toute technique)
4604	J-7	quatre (toute technique)
4605	J-7	cinq (toute technique)
4606	J-7	six et plus (toute technique)
4607	J-7	un greffon (toute technique), supplément (PG-23)
4611	J-7	deux greffons (toute technique), supplément (PG-23)
4612	J-7	trois greffons ou plus (toute technique), supplément
4608	J-7	Chirurgie coronarienne à cœur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément
4610	J-7	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)
4620	J-8	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opératoire (toute technique), supplément (PG-23)
4622	J-8	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiectomie et/ou par cryothermie (toute technique) (PG-23)
4624	J-8	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23)
4630	J-8	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (toute technique) (PG-23)
4636	J-9	fermeture de CIV...
4644	J-9	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (toute technique) (PG-23)
4848	J-9	remplacement par prothèse valvulaire (toute technique), supplément (PG-23)
4849	J-9	valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie...avec ou sans résection (toute technique), supplément (PG-23)
4850	J-9	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (toute technique), supplément
4854	J-9	commissurotomie (toute technique), supplément (PG-23)
4855	J-9	remplacement (toute technique), supplément (PG-23)
4856	J-9	valvuloplastie et annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)
4860	J-9	unique (toute technique), supplément (PG-23)
4861	J-9	deux (toute technique), supplément
4862	J-9	trois (toute technique), supplément
4863	J-10	quatre (toute technique), supplément
4864	J-10	cinq (toute technique), supplément

	Pages	
4865	J-10	six et plus (toute technique) , supplément
4595	J-10	...(hémi-arch) par languette de greffon (toute technique) , supplément (PG-23)
4596	J-10	...la technique « elephant trunk » (toute technique) , supplément
4647	J-10	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (toute technique) (PG-23)
4648	J-10	...artères intercostales (toute technique)
4651	J-10	avec réimplantation d'une artère viscérale (toute technique) , supplément
4726	J-12	pontage par prothèse veineuse (toute technique)
4728	J-13	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature (toute technique) (*)
4729	J-13	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne (toute technique) (*)
4764	J-14	pontage (prothèse) (toute technique)
4765	J-14	pontage par autogreffe veineuse (toute technique)
4772	J-14	suture simple (toute technique)
4778	J-14	Ligature de la veine fémorale (toute technique)
ONGLET Q		
6940	Q-5	Consultation auprès d'une patiente...de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail
ONGLET S		
7596	S-5	avec reconstruction cranio -orbitaire dans ...
7597	S-5	unilatérale
7598	S-5	bilatérale
Au-dessus du code 7612	S-5	Liquide céphalo-rachidien
Au-dessus du code 7629	S-6	Malformation congénitale cranio -encéphalique <i>et</i> craniosténose :
7629	S-6	craniosténose
7630	S-6	craniosténose
7631	S-6	craniosténose
7633	S-6	craniotomie
Au-dessus du code 7637	S-6	Craniotomie
7640	S-6	par craniotomie
7644	S-7	chirurgie stéréotaxique pour mouvements....d'électrodes permanentes faire interruption stéréotaxique de ...

	Pages	
Au-dessus du code 7646	S-7	...exploration stéréotaxique ...
Au-dessus du code 7648	S-7	localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant...
7651	S-7	implantation stéréotaxique
Au-dessus du code 7652	S-7	craniotomie stéréotaxique...
7664	S-7	sous-durales par craniotomie
7700	S-7	Utilisation per-opérateur d'électrodes...
Le libellé des codes suivants a été modifié en retranchant la mention PG-28 : 0692 (C-31), 9337 (C-32), 0620, 0562, 0864 et 0865 (C-33) et 0866, 0867, 0868 et 0876 (C-34).		

- **Modifications de libellés « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement »**

ONGLET K		
8344	K-8	PG-07 : enlevé
8345	K-8	PG-07 : enlevé
ONGLET L		
8468	L-3	...d'occlusion à 0.1 seconde

- **Modifications aux notes « Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie »**

ONGLET B		
Sous le code 9208	B-14	NOTE : 1. 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) – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Sous le code 0082	B-81	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme.
Sous le code 0083	B-82	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme.

ONGLET C		
	Pages	
Sous le code 0585	C-45	NOTE : L'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut la ponction de sang artériel dans le cathéter. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie ou en pneumologie.
Sous le code 0145	C-47	NOTE : Les services médicaux codés 0145, 0208, 0209, 0210, 0216, et 0509 exécutés lors d'une même séance ne sont pas sujets à la règle 8.1 du Préambule général.
Sous le code 0746	C-58	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives.
ONGLET L		
Sous le code 5135	L-5	NOTE : Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie.

- **Modifications aux notes « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement »**

ONGLET E		
Sous le code 60017	E-9	NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, ...Inheritance in Man »), le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient. (*)
Sous le titre «Génétique moléculaire»	E-11	NOTE : Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (*)
ONGLET M		
Sous le code 9619	M-2	NOTE : Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement, le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man »), le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient. (*)
Sous le titre «Génétique moléculaire»	M-4	NOTE : Le médecin doit inscrire le code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») ainsi que le nom du gène faisant l'objet du test sur sa demande de paiement. (*)

- Nouveaux codes d'actes - en vigueur le 1^{er} octobre 2004 (*sauf exceptions)

Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Description	Honoraires R = 1
Onglet B	Tarification des visites	
• Pédiatrie		
Cabinet privé		
sous 0082	Supplément de durée	
15049	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,50
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
Centre hospitalier de soins de courte durée		
Hospitalisation		
sous 9094	Visite de transfert	
15112	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,50
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
15114	Visite par un autre pédiatre pour patient ayant subi une greffe	57,00
	NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre	
	NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour.	
Externe		
sous 0083	Supplément de durée	
15115	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	65,00
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
Local sous gestion du gouvernement		
15116	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	65,00
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	

Nouveaux codes	Description	Honoraires		
		Établis. R = 1	Cabinet R = 1	R = 2
Onglet C	Procédés diagnostiques et thérapeutiques			
	• Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant			
Sous 0724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément			
9400	avec autofluorescence, supplément	100,00		1
9401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00		1
	• Cardiologie			
	Interventions cardiologiques			
Sous 9335	Administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour			
	Ballon intra-aortique			
0422	Installation	158,00		10
0424	Surveillance, par jour, par patient (PG-23)	53,00		
0446	Exérèse percutanée (PG-23)	53,00		10
0457	Exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	150,00		10
Sous 0469	Bénéficiaire de moins de 2 ans			
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien			
0460	toute voie d'approche	555,00		8
0461	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	50,00		1
	• Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx			
Sous 0512	Au microscope (PG-23)			
0471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée	75,00		

Nouveaux codes	Description	Honoraires		
	Bronchoscopie rigide			
Sous 0882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément			
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
0547	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
	<p><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.</i></p> <p>- <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complété au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i></p> <p>- <i>Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».</i></p>			
	• Ophtalmologie			
	Biopsie unique ou multiple			
Sous 0553	Rétinophotographie			
0643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous- rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant	150,00	400,00	
	NOTE : L'acte codé 0643 est payable uniquement aux médecins spécialistes classés en ophtalmologie désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière à ce niveau.			
	<p><u>AVIS :</u> <i>La présence d'un code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i></p>			

Nouveaux codes	Description	R = 1	R = 2
Onglet G	Musculo-squelettique		
	Squelette axial		
	Colonne vertébrale		
	Discoïdectomie incluant la laminectomie au même site, le cas échéant		
Sous 2136	avec greffe et instrumentation		
	deux niveaux ou plus		
	avec remplacement par prothèse		
2942	un niveau	800,00	12
2947	deux niveaux ou plus	1 000,00	15
Sous 2354	poignet		
	Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence		
19052*	Forfait par période de 24 heures	3 600,00	
18000*	Rôle 2		18
	<u>AVIS :</u> Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin (n° 1200) de la façon suivante, inscrire : Pour le rôle 1 : - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le code d'acte 19052 dans la case ACTES; - le code d'établissement dans la case appropriée; - les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL. Pour le rôle 2 : - le numéro d'assurance maladie de la personne assurée doit être inscrit NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le code d'acte 18000 dans la case ACTES.		
	Assistance opératoire		
18001*	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins	650,00	
18002*	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	750,00	
18003*	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	900,00	
18004*	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 100,00	
18005*	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00	
18006*	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures	1 650,00	

* Ces codes entrent en vigueur le 19 avril 2004.

Nouveaux codes	Description	R = 1	R = 2
	NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à l'article 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.		
	<u>AVIS :</u> Pour l'application des modificateurs d'urgence, l'heure de début de l'assistance opératoire doit être comprise en semaine : entre dix-neuf heures et sept heures; le week-end et les jours fériés, en tout temps.		
	<u>AVIS :</u> remplir le formulaire « Demande de paiement (n° 1200) de la façon suivante, inscrire : <ul style="list-style-type: none"> - le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le code d'établissement dans la case appropriée; - le code d'acte approprié dans la case ACTES; - les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL; - l'heure de début et de fin de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé.		
Onglet H	Respiratoire		
Sinus			
Incision			
Sous 3005	Sinusotomie sphénoïdale		
3006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube)	60,00	5
3007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	100,00	5
Onglet L	Digestif		
Glandes salivaires			
Réparation			
Sous 5341	Fermeture d'une fistule salivaire		
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
5031	unilatérale	242,00	5
5032	bilatérale	450,00	7

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement

Nouveaux codes	Description	Honoraires R = 1
Onglet L	Épreuves de fonction respiratoire	
	Épreuves d'effort respiratoire	
sous 8465	Stade 3	
8487	Test d'endurance à l'exercice	100,00
	Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge constante correspondant de 75 à 80 % du travail maximal : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, saturation en oxygène, temps d'endurance et mesure subjective de la dyspnée et de la fatigue des quadriceps.	
8488	Test de provocation bronchique à l'exercice	100,00
	Les données suivantes sont obtenues lors d'un exercice à une charge suffisante pour maintenir la ventilation minute entre 40 et 60 % de la ventilation minute maximale : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et débit expiratoire forcé avant et après l'exercice.	
	Autres épreuves	
sous 8471	Bénéficiaire de plus de 16 ans	
8489	Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne	20,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : mesure continue de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque durant une nuit complète. L'interprétation doit inclure l'analyse qualitative du pattern oxymétrique, la fréquence des désaturations et le pourcentage du temps passé à chaque tranche de saturation.	
Sous 8475	Pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	
8490	Mesures sériées de la latence d'endormissement	90,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 20 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient	
	NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	
8491	Test de maintien d'éveil	90,00
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme au cours d'un minimum de 4 séances distinctes, d'une durée maximale de 40 minutes chacune, réparties sur une période de 8 heures, par patient	
	NOTE : Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie.	

- Codes d'actes abolis- en vigueur le 30 septembre 2004

« Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie »

ONGLET C

Code d'acte	Page	Code d'acte	Page	Code d'acte	Page
9365	C-11	0117	C-24	0517	C-36

ONGLET J

Code d'acte	Page
4646	J-10

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement, SLE

ONGLET L

Code d'acte	Page
8458	L-2

Règle 7 P.G.

Code d'acte	Page	Date de fin :
70001	6	04-07-14

- Codes d'actes abolis et remplacés- en vigueur le 30 septembre 2004

« Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie »

ONGLET J

Code d'acte	Page	Remplacé par	Page
4502	J-2	0422	C-18
4503	J-2	0424	C-18
4500	J-2	0446	C-18
4501	J-2	0457	C-18
4832	J-7	0460	C-18

ONGLET T

Code d'acte	Page	Remplacé par	Page
7320	T-5 (déplacé)	0643	C-40

• **Avis administratifs – Modificateurs**

1. Enlever l'avis inscrit sous le titre ACTES GÉNÉRAUX (p. J-2).
2. Onglets P, Addendum 6 – gynécologie et Q, Addendum 6 - obstétrique-gynécologie
 - règle 4, article 4.1b, (pages P-2 et Q-2)
remplacer la référence à « son intervention » par « **sa consultation** »
 - l'avis sous l'article 4.1b de la règle 4 (pages P-2 et Q-2)
remplacer la référence « l'intervention » par « **la consultation** ».
3. À l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », ajout du nouveau modificateur suivant (p : 42).

REGLE 12 DE L'ADDENDUM 5

S'il y a biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée. . . . MOD=172

de même que ses multiples :

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de Multiplication)
093 – 172	572	0,50
094 – 172	573	0,50
017 – 172	574	0,75
018 – 172	577	0,66666
019 – 172	578	0,66666
012 – 172	579	1,00
023 – 172	580	0,75
054 – 172	581	0,75
102 – 172	582	1,00
103 – 172	583	0,75
104 – 172	584	0,75
131 – 172	585	0,825
132 – 172	586	1,125
133 – 172	587	0,825
163 – 172	588	0,825
164 – 172	589	1,10
165 – 172	590	0,825
109 – 172	591	0,50
110 – 172	592	0,50
111 – 172	593	0,50
117 – 172	594	0,50

4. Manuel Services de laboratoire en établissement, onglet Entente – Préambule général, abroger la règle 7 (page 6).
5. Manuel SLE, onglet K - Ultrasonographie, enlever la mention (PG-07) aux codes 8344 et 8345 (page K-8).

6. Manuel SLE, onglet M - Génétique médicale, page M-2, remplacer l'avis au bas de la page par le présent avis :
AVIS: (*) *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres, le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.*
7. Manuel SLE, onglet M – Génétique médicale, page M-4, remplacer l'avis au bas de la page par le présent avis :
AVIS: (*) *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres et le nom du gène faisant l'objet du test.*
8. Manuel SLE, onglet E - Hématologie, page E-9, remplacer l'avis sous le code 60017 par le présent avis :
AVIS: *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres, le nom du gène faisant l'objet du test ainsi que le chemin métabolique spécifique s'il s'agit d'un test supplémentaire sur le même patient.*
9. Manuel SLE, onglet E - Hématologie, page E-11, remplacer l'avis au bas de la page par le présent avis :
AVIS: (*) *Inscrire dans la case C.S. la lettre « K » et mentionner à la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le code OMIM de 6 chiffres et le nom du gène faisant l'objet du test.*
10. Enlever l'avis sous le code 7512 (page S-4)
11. Ajout d'un astérisque après le libellé des codes 7599 et 7512 (page S-4) et ajout de l'avis suivant au bas de page :
AVIS: (*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITÉS.*
12. À l'onglet Rédaction de la demande de paiement - Section 3.2.3 page 9, modifier le dernier paragraphe comme suit :
Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrire ses nom et prénom(s) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et dans la case SON NUMÉRO, le numéro 111111 si le professionnel est un médecin, 211111 si le professionnel est un dentiste **ou 311111 si le professionnel est un optométriste.**
13. À l'onglet E – Chirurgie Addendum 4 - Règles 11 et 12. Les avis concernant l'assistance chirurgicale sont modifiés comme suit :
 - L'heure de début et de fin de l'intervention dans la case DIAGNOSTIC... est remplacé par :
 - L'heure de début et de fin de **l'assistance opératoire** dans la case DIAGNOSTIC....

- **Messages explicatifs**

Nouveaux messages

926 : Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.

790 : En raison de la note inscrite sous le code d'acte 0643, vous ne pouvez vous prévaloir du code d'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

506 Code d'acte payable les fins de semaine seulement.

Message modifié

766 : À la date des services, vous ne détenez pas d'avis de service vous permettant d'être rémunéré pour ce code d'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

LETTRE D'ENTENTE N° 152

Concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale

CONSIDÉRANT la nécessité pour certains centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources de médecins spécialistes pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base;

CONSIDÉRANT le support pouvant être offert par les médecins spécialistes en chirurgie générale pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base dans certains centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT l'opportunité de favoriser la formation ou le perfectionnement de médecins spécialistes en chirurgie générale pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base afin d'offrir un tel support.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste en chirurgie générale qui effectue un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 670 \$ pour chaque journée au cours de laquelle il effectue un tel stage de formation ou de perfectionnement.
2. Le médecin qui réclame le paiement de ce montant forfaitaire au cours d'une journée de formation ou de perfectionnement ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.
3. De plus, le médecin visé par les dispositions de l'article 3.1 de l'Annexe 19 peut tirer avantage des bénéfices prévus aux alinéas 3.4 (ii) et (iii) de l'Annexe 19.
4. Pour bénéficier des mesures prévues à la présente lettre d'entente, le médecin spécialiste en chirurgie générale doit être préalablement désigné par les parties négociantes et doit poursuivre cette formation ou ce perfectionnement dans le but d'offrir le support nécessaire à l'organisation clinique de certains centres hospitaliers.
5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont le nom des médecins visés ainsi que le lieu et la période de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD, m.d.
 Ministre
 Ministère de la Santé et des
 Services sociaux

YVES DUGRÉ, m.d.
 Président
 Fédération des médecins
 spécialistes du Québec

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

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19054** 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 ce code d'acte.

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

LETTRE D'ENTENTE N° 153

Concernant la tarification en cabinet privé du traitement de la membrane néo-vasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (ci-après la « thérapie photodynamique à la visudyne »)

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans la lettre d'entente n° 84 de discuter des mesures à prendre dans l'éventualité d'un transfert des activités hospitalières en cabinet privé;

CONSIDÉRANT les modifications apportées dans le cadre de la Modification n° 36 à la tarification de la thérapie photodynamique à la Visudyne afin d'en permettre l'accès en cabinet privé;

CONSIDÉRANT certains des frais reliés à ce traitement lorsque dispensé en cabinet privé;

CONSIDÉRANT l'intention des parties de suivre l'évolution du nombre de traitements qui seront dispensés en cabinet privé ainsi que des coûts résultant des modifications apportées à la tarification de ce traitement;

CONSIDÉRANT les incertitudes dans l'évaluation du nombre de traitements qui seront effectués en cabinet.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans les dix-huit (18) mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente Lettre d'entente, les parties évalueront le nombre de thérapies photodynamiques à la Visudyne effectuées en cabinet privé par les médecins spécialistes en ophtalmologie désignés.

Le Ministre s'engage à prendre en compte les coûts résultant des modifications apportées à la tarification de ce traitement en cabinet privé et d'ajuster en conséquence l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

2. Aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8, on ne tient compte, en cabinet privé, que de 30 % des honoraires provenant de la facturation de la thérapie photodynamique à la Visudyne.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2004.

AVIS : Voir le code d'acte 0643 à l'onglet « Procédés diagnostiques et thérapeutiques »

PHILIPPE COUILLARD, m.d.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

YVES DUGRÉ, m.d.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 39

ENTENTE AUXILIAIRE

concernant la rémunération des médecins spécialistes en chirurgie plastique dans les unités de grands brûlés en centre hospitalier.

Cette entente établit la tarification pour les soins dispensés par le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique dans une unité de grands brûlés désignée par les parties négociantes. Elle est applicable du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles.

Toutefois, elle ne s'applique pas aux urgences auxquelles le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique répond à l'égard de tout patient de l'établissement pour une raison autre qu'une brûlure. Elle ne s'applique pas non plus aux prélèvements de peau sur cadavre.

1. DÉFINITION DE L'UNITÉ DE GRANDS BRÛLÉS

Par unité de grands brûlés, on inclut tous les lieux de prestation de soins (clinique externe, urgence, salle d'opération, etc.) situés dans un centre hospitalier désigné pour traiter des brûlés selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

2. TARIFICATION FORFAITAIRE

Tout médecin spécialiste classé en chirurgie plastique qui est responsable des soins chirurgicaux de tous les patients dans une unité de grands brûlés est payé suivant une tarification forfaitaire comprenant :

- le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité;
- le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient.

Ce médecin doit toutefois être désigné par les parties négociantes.

Est constitué un comité paritaire composé de représentants du Ministre et de la Fédération, auquel sont déferées pour recommandation toutes les demandes de désignation.

Le comité examine la demande de désignation en considérant les qualifications du ou des médecins qui prendraient charge de l'unité, le nombre d'effectifs devant assumer une présence dans l'unité, le type d'organisation de l'unité, le taux d'occupation des lits de l'unité et tout autre critère qu'il estime approprié compte tenu des dispositions du Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

La Régie donne effet aux avis de désignation transmis par les parties négociantes.

2.1 Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité

Ce forfait rémunère toutes les activités professionnelles du médecin spécialiste classé en chirurgie plastique assurant un continuum de soins et de services aux personnes victimes de brûlures graves.

Ce forfait comprend la disponibilité immédiate du médecin au cours de la période se situant entre 07 h 00 et 07 h 00 le lendemain, dont une présence de huit heures entre 07 h 00 et 17 h 00.

Un seul forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité peut être payé par période de 24 heures, soit de 07 h 00 à 07 h 00.

2.2 Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient

Ce forfait s'applique à chaque patient vu dans le cadre des activités professionnelles de l'unité. Il rémunère les activités reliées à l'admission d'un patient dans l'unité de grands brûlés, le suivi décisionnel quotidien et la visite concernant le congé de l'hospitalisation.

Seul le médecin qui réclame le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité peut réclamer le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient.

Un seul forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient est payable par période de 24 heures.

Le forfait est payable dès lors que le patient séjourne à un moment quelconque dans l'unité de grands brûlés entre 07 h 00 et 07 h 00 le lendemain.

2.3 Limitation

La tarification forfaitaire prévue en vertu des présentes exclut tout autre mode de rémunération, sauf si autrement prévu à la présente annexe. Le médecin qui réclame le paiement de ce forfait au cours d'une journée ne peut toucher aucune autre rémunération de la Régie au cours de cette journée, à l'exception des urgences auxquelles il répond pour une raison autre qu'une brûlure.

Par ailleurs, durant le séjour d'un patient dans une unité de soins de grands brûlés pour lequel le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient s'applique, aucun autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait ne peut recevoir d'honoraires pour des services à l'égard de ce patient.

Toutefois, si durant le séjour d'un patient à l'unité de soins de grands brûlés, un autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient est demandé en assistance pour un acte chirurgical, il est alors rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

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 le code d'acte **01022**.

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte **01022** 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.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD, m.d.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

YVES DUGRÉ, m.d.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 39

TABLEAU DE LA TARIFICATION DES FORFAITS DANS LES UNITÉS DE GRANDS BRÛLÉS

1. FORFAIT QUOTIDIEN D'ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'UNITÉ

19053 Forfait de 24 heures 1 200 \$

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

- Inscrire XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- inscrire le code d'acte dans la case ACTES;
- inscrire le code d'établissement

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

2. FORFAIT QUOTIDIEN DE RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE D'UN PATIENT

AVIS: L'identification de la personne assurée est requise pour chacun des codes d'acte suivant :

15016 Par patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence. 100 \$

AVIS: Inscrire le code d'établissement 0XXX3 ou 0XXX7 selon le cas.

15017 Par patient vu à la clinique externe. 50 \$

AVIS: Inscrire le code d'établissement 0XXX1.