

www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone
Québec (418) 643-8210
Montréal (514) 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur
Québec (418) 646-9251
Montréal (514) 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 25 octobre 2005

À l'attention des médecins spécialistes

Modification n° 39 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° 39 à l'Accord-cadre.

Des modifications ont été apportées aux dispositions de plusieurs règles du Préambule général de la médecine et de la chirurgie, aux addendas, aux règles d'application et plafonnements d'activités pour quelques spécialités. Un certain nombre d'actes ont été abolis et d'autres ajoutés. Un peu plus d'une vingtaine d'actes présentent des changements d'honoraires. Plusieurs ajouts ou retraits affectent les lettres d'entente n°102, 112, 122 et 124.

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 le 1^{er} novembre 2005.

1. L'Annexe 4

Tarif de la médecine et de la chirurgie Règles de tarification

1.1 Au **PRÉAMBULE GÉNÉRAL**, remplacement de la Règle 25 par la suivante :

« **RÈGLE 25.**

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de 49 \$ ou moins, sont majorés à 60 \$, lorsque effectués auprès d'un patient sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération.

Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus. »

**Dorénavant, la majoration prévue à cette règle s'applique également aux visites.
Utiliser le modificateur 142 pour demander la majoration d'honoraires**

Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.

1.2 Au **PRÉAMBULE GÉNÉRAL**, ajout de l'article 14.9 suivant :

« **14.9** Malgré la Règle 14.2, la majoration d'honoraires pour le médecin qui est classé en médecine nucléaire est de 100 % pour les soins donnés dans cette discipline pendant l'horaire de garde. »

Date de prise d'effet : À la date de signature des présentes et est de nature déclaratoire.

1.3 À l'**ADDENDUM 6. – OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**, remplacement de la Règle 7 par la suivante :

« **RÈGLE 7.**

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie. »

Le nouveau supplément de consultation prévu au paragraphe 7.1 n'est payable qu'au médecin spécialiste désigné par les parties négociantes.

Voir les codes d'acte 15140 et 15143 sous l'onglet B – Tarification des visites sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

Date de prise d'effet : 1^{er} septembre 2005.

- 1.4 À l'ADDENDUM 6. – OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**, remplacement de la Règle 9 par la suivante :

« **RÈGLE 9.**

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

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

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

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

Ce supplément d'honoraires s'applique maintenant à la visite prénatale, à la visite prénatale grossesse normale et à la visite prénatale grossesse à risque élevé.

Voir les codes d'acte 15124, 15125, 15126, 15127, 15129, 15141 et 15142 sous l'onglet B - Tarification des visites sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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

- 1.5 À l'Annexe 1 de l'ADDENDUM 10. – MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**, ajout de ce qui suit à l'article 3 :

« – Clostridium difficile »

Ce diagnostic fait maintenant partie de la liste des maladies en émergence prévue à l'Annexe 1 de cet Addendum. Ainsi, la tarification des visites pour les maladies infectieuses en émergence devient applicable.

Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.

2. L'Annexe 5

Tarif de la médecine de laboratoire Règles de tarification

- 2.1 À l'ADDENDUM 5. MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**, remplacement de l'article 3.7 par le suivant :

« **3.7** Sont comptés comme gains externes tous les honoraires payés par la Régie au médecin microbiologiste infectiologue, à l'exception du montant total des quotes-parts qu'elle lui a payé ainsi que de la rémunération à tarif horaire versée en vertu des Annexes 14 et 15 et du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. »

Date de prise d'effet : 1^{er} janvier 2005.

À compter de la date de prise d'effet, la rémunération à tarif horaire prévue aux Annexes 14 (services fournis dans le cadre du programme de santé publique), 15 (honoraires forfaitaires) et au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux n'est plus comptée comme gains externes aux fins du calcul du montant additionnel pouvant s'ajouter à la rémunération du médecin microbiologiste infectiologue.

2.2 À l'**ADDENDUM 6. HÉMATOLOGIE**, ajout des centres hospitaliers suivants à la liste des centres hospitaliers apparaissant à l'article 3 :

« – L'Hôpital général Juif – Sir Mortimer B. Davis
– CHUQ – Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec »

Date de prise d'effet : 1^{er} janvier 2005.

Ces centres hospitaliers sont ajoutés à liste des établissements où le médecin hématologue est rémunéré selon les règles de tarification prévues pour les activités de laboratoire de biologie moléculaire.

2.3 Au **PRÉAMBULE GÉNÉRAL**, en ajoutant l'article 4.2.1 suivant :

« **4.2.1** Malgré la Règle 4.2, pour le médecin classé dans une discipline visée par une majoration d'honoraires spécifique à l'article 14 du Préambule général de l'Annexe 4, la majoration d'honoraires applicable est alors celle qui y est prévue. »

Date de prise d'effet : À la date de signature des présentes et est de nature déclaratoire.

3. L'Annexe 6

TARIF DE LA MEDECINE ET DE LA CHIRURGIE

Tarification

Nomenclature et tableaux d'honoraires

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

- Changement de tarifs pour un peu plus de 20 codes d'acte;
- Abolition de 35 codes d'acte;
- Création d'environ 70 nouveaux codes d'acte;
- Des modifications au libellé d'environ 40 codes d'acte ont été faites.
- Des avis administratifs et des notes ont été ajoutés, modifiés ou annulés.

Voir la [Partie III](#) 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 en nombre plus restreint.

Voir Partie III 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.

5.1 Remplacement de la règle d'application n° 21 par la suivante :

« RÈGLE D'APPLICATION N° 21

CHIRURGIE

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En neurochirurgie et en urologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

En chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de cinq mois par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer ou d'une tumeur intracrânienne, ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage femme et la visite à la demande d'un optométriste sont considérées comme une visite principale. »

Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.

5.2 À la partie 2, est ajoutée la RÈGLE D'APPLICATION N° 34 suivante :

« RÈGLE D'APPLICATION N° 34

RADIO-ONCOLOGIE

En radio-oncologie, les honoraires du service médical « Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement » (code 8554) ne sont exigibles qu'une fois par mois, par patient, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois pour l'ensemble des traitements dispensés à un patient.

Les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (codes 8521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie » (code 8522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 8547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour. »

Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.

5.3 À la partie 2, est ajoutée la RÈGLE D'APPLICATION N° 35 suivante :

« RÈGLE D'APPLICATION N° 35

HÉMATOLOGIE – ONCOLOGIE MÉDICALE

En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (codes 9152 et 15010), des tournées des malades le week-end (codes 9161 et 15011) et des visites de suivi oncologique (codes 9012 et 15009) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, au total pour l'ensemble. »

Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.

5.4 À la partie 2, remplacement du PA 36 – Gastro-entérologie par le suivant :

« PA 36 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal » (**code 8344**) et « Échographie transendoscopique du rectum, du sigmoïde ou du colon » (**code 8345**) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les deux.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer. »

Le plafonnement d'activités passe de 200 à 250 par semestre.

Date de prise d'effet : 1^{er} janvier 2005.

IMPORTANT : Comme la Régie n'est pas en mesure d'identifier depuis le 1^{er} janvier 2005 quels sont les services qui ont été dispensés aux malades atteints d'un cancer, les médecins devront faire une demande de révision en nous identifiant celles-ci. La demande de révision devra couvrir la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 octobre 2005.

Pour ce qui est de la facturation de ces services à compter du 1^{er} novembre 2005, vous retrouverez les modificateurs à utiliser à la page 14 de la Partie III du présent communiqué. Ces modificateurs devront également être utilisés à compter du 1^{er} janvier 2006 pour les nouveaux codes d'acte 8348 et 8365. Voir paragraphe suivant.

5.5 À la partie 2, remplacement du PA 36 – Gastro-entérologie par le suivant :

« PA 36 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (**code 8348**) et « Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du colon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (**code 8365**) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les deux. Les services en surplus sont payés au quart du tarif, incluant les suppléments applicables à ces services, le cas échéant.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer. »

Date de prise d'effet : 1^{er} janvier 2006.

Vous retrouverez les modificateurs à utiliser pour la facturation de ces services à la page 14 de la Partie III du présent communiqué.

6. L'Annexe 11
Lettres d'entente

N. B. : Vous trouverez à la [Partie II](#) seulement les textes des nouvelles lettres d'entente et de celles ayant fait l'objet de changements majeurs. Les changements de moins grande envergure sont décrits dans le présent communiqué et vous pourrez consulter les textes dans le site Internet de la Régie à compter du 1^{er} novembre 2005.

6.1 Lettres d'entente modifiées

➤ Lettre d'entente n° 31

Lettre d'entente 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		
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)		
Pavillon CHUL	Deschênes, Marianne	Clinique d'apnée
Hôpital Laval	Plante, Julie	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
Région 04		
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières Pavillon Sainte-Marie	Gauthier, Patrice	Clinique spécialisée de MPOC
Région 06		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)		
Hôtel-Dieu	Amyot, Robert	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Bolduc, Philippe-P.	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Jobin, Vincent	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Mayer, Pierre	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Poirier, Claude	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Renzi, Paolo	Soins ambulatoires et programme Prisme
Hôpital Notre-Dame	Gagnon, Michel	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Perreault, Jean-L.	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Renzi, Paolo	Soins ambulatoires et programme Prisme

Hôpital	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
Hôpital Saint-Luc	Braidy, Joseph	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Chassé, Marc	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Corbeil, Claude	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Mantha, Jean	Soins ambulatoires et programme Prisme
	Matar, Nadim	Soins ambulatoires et programme Prisme
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)		
L'Hôpital de Montréal pour enfants	Chan-Yip, A. Métrakos, Stéphanie	Centre de consultation pédiatrique Suivi médical auprès des patients ayant un état exceptionnel
	Tse, Olivia	Centre de consultation pédiatrique
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Lemière, Catherine Nadeau, Réginald	Clinique externe de pneumologie Clinique externe insuffisance cardiaque Clinique ajustement de l'anticoagulation
L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	Nasreddine, Ziad	Clinique de la mémoire

RETRAITS :

Hôpital	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)		
Hôpital Général de Montréal	Asenjo, Francisco	Clinique anti-douleur
	Bozzer, Christine	Clinique anti-douleur
	Carli, Francesco	Clinique anti-douleur
	Finlayson, Roderick	Clinique anti-douleur
	Germain, Michel	Clinique anti-douleur
	Tran, Quang Hieu De	Clinique anti-douleur

- Lettre d'entente n° 35 – Ajout de l'article 1.14 suivant :

« 1.14 Au CHUM – Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré de soins ambulatoires et du Programme PRISME, 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 : 6 juin 2005.

- Lettre d'entente n° 99 – Dernier paragraphe modifié

« Le nombre d'heures payé au tarif horaire ne peut dépasser 455 heures par trimestre, incluant toute autre rémunération au tarif horaire touchée par ce médecin spécialiste en vertu d'autres dispositions de l'Accord-cadre. »

La limitation hebdomadaire du nombre maximum d'heures payables (35 heures) est remplacée par une limitation trimestrielle de 455 heures.

Date de prise d'effet : 1^{er} juillet 2005.

- Lettre d'entente n° 102

Ajout d'un forfait payable en anesthésiologie à compter du 2005-03-14 pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art.3 – 2 forfaits/jour) au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Ajout d'un forfait payable en radiologie diagnostique à compter du 2005-08-01 pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art.3) au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Ajout d'un forfait payable en chirurgie générale pour la période du 2005-02-07 au 2005-04-04 au médecin remplaçant ou en support (art. 3) au Centre hospitalier Baie des Chaleurs.

Ajout d'un forfait payable en anesthésiologie pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art.3 – 2 forfaits/jour) à l'Hôtel-Dieu de Montmagny à compter du 2005-04-29.

Ajout d'un forfait payable en pédiatrie pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art.3) au Centre hospitalier régional de Lanaudière à compter du 2005-06-20.

Ajout d'un forfait payable en obstétrique-gynécologie pour le médecin établi (art. 2) au CSSS du Rocher Percé – Centre hospitalier de Chandler à compter du 2005-04-18.

Modification du nombre de forfaits payables en **psychiatrie (adulte)**, passant de 1 à 2 pour le médecin remplaçant ou en support (Art. 3) au **Centre hospitalier régional de Sept-Îles** à compter du **2004-09-06**.

Retrait du forfait payable en **psychiatrie (adulte)** au **Centre hospitalier de Charlevoix** et au **Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie** à compter du **2005-02-01**.

Retrait du forfait payable en **radiologie diagnostique** au **Centre hospitalier de Val-d'Or** à compter du **2005-03-14**.

➤ Lettre d'entente n° 112

Ajout d'un forfait payable en **anesthésiologie** au **Centre hospitalier du Grand Portage** à compter **2005-05-16**.

Augmentation du nombre de forfaits payables en **chirurgie générale** au **Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie** pour la période du **2005-02-25** au **2005-03-04** (2 forfaits/jour).

Ajout d'un forfait payable en **psychiatrie** au **CSSS de la St-Maurice** à compter du **2005-05-01**.

Ajout d'un forfait payable en **chirurgie générale** au **Centre hospitalier Pontiac** pour la période du **2005-02-23** au **2005-05-04**.

Ajout d'un forfait payable en **médecine interne** au **Centre hospitalier de LaSarre** à compter du **2005-02-01** et au **Centre hospitalier de l'Archipel** à compter du **2005-05-03**.

Ajout d'un forfait payable en **chirurgie générale** au **Centre hospitalier de Val-d'Or** à compter du **2005-02-15**.

Augmentation du nombre de forfaits payables en **anesthésiologie** au **Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos** pour la période du **2005-02-20** au **2005-03-13** inclusivement (2 forfaits/jour).

Ajout d'un forfait payable en **psychiatrie** au **CSSS du Rocher Percé – Centre hospitalier de Chandler** à compter du **2005-05-02**.

Ajout d'un forfait payable en **pédiatrie** à la **Cité de la Santé de Laval** à compter du **2005-07-01**.

Ajout d'un forfait payable en **anesthésiologie** au **CSSS de la Haute-Yamaska – Centre hospitalier de Granby** pour la période du **2005-07-01** au **2005-08-31** inclusivement.

Retrait du forfait payable en **anesthésiologie** à compter du **2005-04-28** (dernière journée payable) à l'**Hôtel-Dieu de Montmagny**.

Retrait du forfait payable **pédiatrie** à compter du **2005-06-19** (dernière journée payable) au **Centre hospitalier régional de Lanaudière**.

➤ Lettre d'entente n° 122

Ajout de la radiologie diagnostique au Centre hospitalier régional de Rimouski, au CSSS de Lac-St-Jean-Est – Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma, au Centre Maria Chapdelaine – Centre de service de Dolbeau, et au CSSS Domaine-du-Roy – Hôtel-Dieu de Roberval à compter du 2005-05-02.

Ajout de l'anesthésiologie à l'Hôpital Jean-Talon à compter du 2005-01-01.

Ajout de la pédiatrie à la Cité de la Santé de Laval à compter du 2005-06-15.

Ajout de l'anesthésiologie au CSSS de la Haute Yamaska - Centre hospitalier de Granby à compter du 2005-06-21.

Retrait de la pédiatrie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme à compter du 2005-11-30.

➤ Lettre d'entente n° 124

Ajout de l'obstétrique-gynécologie dans les établissements suivants :

CSSS de Lac-Saint-Jean-Est / Pavillon Hôtel-Dieu d'Alma à compter du 2005-04-10.

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos à compter du 2005-05-16.

Centre hospitalier de Val d'Or à compter du 2005-03-25.

CSSS de la Haute-Gaspésie / Hôpital des Monts du 2005-07-22 au 2005-08-05.

CSSS de la Haute-Yamaska / Centre hospitalier de Granby à compter du 2005-03-01.

N. B. Codes d'acte à utiliser pour l'obstétrique-gynécologie :

9829 : Garde de 24 heures le week-end et les jours fériés. Tarif : 350 \$

9831 : Garde de 12 heures les autres jours. Tarif : 50 \$

Ajout de la chirurgie générale dans les établissements suivants :

Centre hospitalier d'Amos du 2005-06-15 au 2005-06-22.

Centre hospitalier de Val d'Or du 2005-02-15 au 2005-06-01.

CSSS de la Haute-Yamaska / Centre hospitalier de Granby du 2005-03-11 au 2005-09-30.

N. B. Codes d'acte à utiliser pour la chirurgie générale :

9752 : Garde de 24 heures le week-end et les jours fériés. Tarif : 350 \$

9753 : Garde de 12 heures les autres jours. Tarif : 50 \$

Ajout de la médecine interne à l'Hôtel-Dieu de Montmagny à compter du 2005-02-21.

N. B. Codes d'acte à utiliser pour la médecine interne :

9750 : Garde de 24 heures le week-end et les jours fériés. Tarif : 350 \$

9751 : Garde de 12 heures les autres jours. Tarif : 50 \$

Ajout de la chirurgie orthopédique à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins du 2005-05-02 au 2005-10-30.

N. B. Codes d'acte à utiliser pour la chirurgie orthopédique :

9766 : Garde de 24 heures le week-end et les jours fériés. Tarif : 350 \$

9767 : Garde de 12 heures les autres jours. Tarif : 50 \$

Retrait de la chirurgie générale au CSSS de Gatineau / Pavillon de Hull à compter du 2005-03-01 (dernière journée payable).

➤ Lettre d'entente n° 128

Cette lettre d'entente est modifiée en y ajoutant les articles 7, 8 et 9 suivants et en renumérotant les articles subséquents :

« 7. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au **CH régional du Suroît**.

8. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au **CSSS de Lac-Saint-Jean-Est / Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma**.

9. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au **CSSS Domaine-du-Roy / Hôtel-Dieu de Roberval**. »

Date de prise d'effet : L'ajout de l'article 7 prend effet le 14 janvier 2005 et celui des articles 8 et 9 prend effet au 2 mai 2005.

➤ Lettre d'entente n° 151

La période d'application de cette lettre d'entente est **prolongée jusqu'au 31 mars 2006**.

➤ Lettre d'entente 152 modifiée en remplaçant les articles 3 à 5 suivants :

« 3. Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'effectuer un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales a également droit au paiement de ses frais de déplacement, de la façon prévue à l'Annexe 23 de l'Accord-cadre. Le médecin visé par les dispositions de l'article 3.1 de l'Annexe 19 peut également tirer avantage des bénéfices prévus aux alinéas 3.4 (ii) et (iii) de l'Annexe 19.

4. De plus, le médecin spécialiste en obstétrique gynécologie qui dispense la formation en urgences gynéco-obstétricales de base à un médecin spécialiste en chirurgie générale a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 350 \$ pour chaque journée au cours de laquelle il dispense cette formation. Ce montant forfaitaire lui est versé en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente.

5. Pour bénéficier des mesures prévues à la présente lettre d'entente, les médecins spécialistes en chirurgie générale ou en obstétrique gynécologie doivent être désignés par les parties négociantes. De plus, les médecins spécialistes en chirurgie générale doivent poursuivre cette formation et ce perfectionnement dans le but d'offrir le support nécessaire à l'organisation clinique de certains centres hospitaliers.

6. 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. »

Ces nouvelles dispositions prévoient que :

- **Le médecin qui effectue un stage a désormais droit au paiement de ses frais de déplacement (Annexe 23).**
- **Le médecin spécialiste en obstétrique gynécologie qui dispense la formation a droit à un forfaitaire quotidien de 350 \$ et doit être désigné par les parties négociantes.**

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 **19054** dans la case ACTES pour le médecin qui effectue le stage;

ou

- le code d'acte **19075** dans la case ACTES pour le médecin qui dispense la formation;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

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

Date de prise d'effet : 11 avril 2005.

6.2 Nouvelles lettres d'entente

Voir la Partie II du présent communiqué pour consulter les textes officiels.

- Lettre d'entente A-61

Lettre d'entente

concernant la garde en disponibilité en santé communautaire effectuée par les docteurs Bernard Pouliot, Geneviève Tremblay et Pierre – L. Auger.

Codes d'acte à utiliser pour la facturation de ces suppléments de garde :

Service	Semaine	Week-end et férié
Santé environnementale	19038 (Tarif : 100 \$)	19039 (Tarif : 200 \$)
Maladie infectieuse	19050 (Tarif : 100 \$)	19051 (Tarif : 200 \$)

Pour les instructions de facturation, vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38.

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

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.

- Lettre d'entente n° 154
concernant les médecins et les infections transmissibles par le sang.

À ce stade-ci, cette lettre d'entente demeure une lettre d'intention à l'effet que les parties négociantes poursuivront leurs discussions afin de convenir, entre autres, d'une rémunération pour les médecins spécialistes experts qui participent au Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes à l'intention des professionnels et du personnel impliqués dans la prestation des soins de santé. Un protocole d'accord relatif à cette rémunération sera intégré dans une Modification ultérieure.

Date de prise d'effet : 1^{er} juillet 2005.

7. L'Annexe 38

Concernant le mode de rémunération mixte est modifiée :

- 7.1 en **remplaçant** le modèle de rémunération mixte de la **radio-oncologie** par celui ci-après :

RADIO-ONCOLOGIE

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	SEMAINE	Week-end Jour férié
79 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9060, 9078, 9080, 9094, 9136, 9141, 9144, 9146, 9147, 9148, 9152, 9162, 9164, 9246 et 9296.	50 \$	200 \$

Modalités particulières :

1. Un seul supplément de garde en disponibilité en semaine, le week-end ou les jours fériés peut être réclaté :
 - Pour l'ensemble des centres hospitaliers du CUSM
 - Pour l'ensemble des centres hospitaliers du CHUM

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

2. Le médecin spécialiste en radio-oncologie a droit à un supplément de garde en disponibilité de 200 \$ chaque jour de semaine où, pour une durée et période déterminées par les parties négociantes, il prolonge sa disponibilité de services dans un **centre hospitalier désigné** qui accroît sa capacité de traitement en radio-oncologie.

N.B. : Pour la facturation de ce supplément de garde en disponibilité de 200 \$, inscrire le code d'acte **19071** et vous référer au **tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.**

Les centres hospitaliers désignés sont le CHUS – Hôpital Fleurimont depuis le 3 février 2005 et le CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec depuis le 27 juin 2005.

Date de prise d'effet : 3 février 2005.

7.2 en ajoutant ce qui suit au modèle de rémunération mixte de l'**oto-rhino-laryngologie** :

« **Modalités particulières :**

Nonobstant le deuxième alinéa de l'article 6.1, le supplément de garde est payable, pour le centre hospitalier suivant jusqu'à concurrence du nombre de suppléments de garde ci-après indiqué, par service :

Centre hospitalier	Nombre de suppléments	Service
Pavillon	2	ORL (1)
Maisonnette/Pavillon Marcel-Lamoureux		Maxillofacial (1) »

Codes d'acte à utiliser pour la facturation de ces suppléments de garde :

Service	Semaine	Week-end et férié
ORL	19072 (Tarif : 100 \$)	19110 (Tarif : 200 \$)
Maxillofacial	19073 (Tarif : 100 \$)	19111 (Tarif : 200 \$)

Pour les instructions de facturation, vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38.

Date de prise d'effet : 1^{er} janvier 2005.

7.3 Au modèle de rémunération mixte de la **neurochirurgie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 79 % en **ajoutant** les services médicaux codés 0202, 0220, 9494, 9495, 9496 et le service médical codé 15123.

Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.

7.4 Au modèle de rémunération mixte de l'**obstétrique-gynécologie** en **ajoutant** le supplément d'honoraires suivant :

« 95 % Les services médicaux codés 0027, 0817, 6045, 6048, 6063, 6068, 6069, 6071, 6073, 6108, 6112, 6118, 6130, 6156, 6157, 6158, 6191, 6194, 6216, 6225, 6231, 6233, 6249, 6270, 6271, 6272, 6275, 6278, 6279, 6289, 6294, 15082, 15083, 15084, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15094, 15097, 15098, 15140 et 15143, lorsque dispensés par un médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles . »

Date de prise d'effet : 1^{er} septembre 2005.

- 7.5** Au modèle de rémunération mixte de **l'obstétrique-gynécologie** à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 55 %,
- en **ajoutant** les services médicaux codés 15126 et 15129.
- Date de prise d'effet : 1^{er} juillet 2003.**
- en **remplaçant** le service médical codé 6275 par 6038, 6041, 6042 et 6052.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**
- et à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 95 %, en **remplaçant** le service médical codé 6275 par 6038, 6041, 6042 et 6052.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**
- 7.6** Au modèle de rémunération mixte de la **cardiologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, en **ajoutant** le service médical codé 8347.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**
- 7.7** Au modèle de rémunération mixte de la **chirurgie orthopédique** :
- à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 50 %, en **remplaçant** le service médical codé 0485 par 9487 et 00305;
 - et à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 90 %, en **ajoutant** les services médicaux codés 18031 et 18032 et en **remplaçant** le service médical codé 2016 par 18013 et 18014.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**
- 7.8** Au modèle de rémunération mixte de **l'hématologie-oncologie médicale** (groupe A), à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, en **ajoutant** le service médical codé 15121.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**
- 7.9** Au modèle de rémunération mixte de la **neurologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 22 %, en **remplaçant** le service médical codé 0485 par 9487 et 00305.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**
- 7.10** Au modèle de rémunération mixte de la **psychiatrie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 35 %, en **remplaçant** le service médical codé 7795 par 07011.
- Date de prise d'effet : 1^{er} novembre 2005.**

LETTRE D'ENTENTE A-61

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les docteurs Bernard Pouliot (74-353), Geneviève Tremblay (75-284) et Pierre L. Auger (68-069), rémunérés selon le mode du salariat, sont autorisés à se prévaloir du supplément de garde en disponibilité prévu au mode de rémunération mixte de la santé communautaire, aux conditions qui y sont prévues, lorsqu'ils effectuent une garde en disponibilité en santé environnementale ou en maladie infectieuse pour une direction de santé publique.
2. Cette lettre d'entente s'applique à compter du 1^{er} mai 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2005.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 154

CONCERNANT LES MÉDECINS ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG.

CONSIDÉRANT l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec (« CMQ ») concernant les médecins et les infections transmissibles par le sang;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de cet énoncé de position, le médecin infecté par une maladie transmissible par le sang et qui pose des actes médicaux propices à la transmission doit faire évaluer initialement et périodiquement sa pratique professionnelle par un comité d'experts et se conformer aux recommandations formulées par ce comité;

CONSIDÉRANT la mise en place par l'Institut national de santé publique du Québec (« INSPQ ») d'un service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes à l'intention des professionnels et du personnel impliqués dans la prestation des soins de santé (ci-après le « SERTIH »);

CONSIDÉRANT que pour permettre la réalisation du mandat du SERTIH, des comités d'experts composés notamment de médecins spécialistes sont mis en place;

CONSIDÉRANT les négociations qui se poursuivent entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« FMSQ ») et le ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») concernant la rémunération des médecins qui participent aux travaux du SERTIH et la nécessité de convenir d'un protocole de rémunération spécifique pour ces activités;

CONSIDÉRANT l'engagement du MSSS, au nom du gouvernement, de tenir les médecins spécialistes membres du comité quittes et indemnes de toute réclamation pouvant découler de leur participation aux travaux du comité et d'assurer leur défense;

CONSIDÉRANT la demande de la FMSQ de mettre en place des mesures visant à compenser la perte de rémunération qu'un médecin spécialiste pourrait encourir suite à une limitation d'exercice et les travaux en cours sur ce sujet;

CONSIDÉRANT la nécessité de poursuivre les travaux entrepris par les parties afin d'assurer le bon fonctionnement du service d'évaluation des risques et la protection du public.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de poursuivre leurs travaux concernant :
 - la détermination de la rémunération des médecins spécialistes participant aux travaux du SERTIH;
 - les divers éléments entourant les conséquences d'une limitation d'exercice pour un médecin spécialiste infecté dont la mise en place de mesures de compensation pour les pertes financières qui en découlent, la durée de ces pertes, la possibilité pour le médecin de réorienter sa pratique ainsi que toute autre question jugée pertinente par les parties.
2. Les parties conviennent que les coûts découlant de la mise en place de ces mesures seront financés à même l'enveloppe budgétaire globale allouée à la rémunération des médecins spécialistes du Québec.

3. Les parties conviennent de faire rapport de leurs travaux d'ici au 30 septembre 2005.
4. Les parties conviennent que les mesures sur lesquelles elles s'entendront à la suite de leurs travaux s'appliqueront rétroactivement en les adaptant à tout médecin spécialiste infecté qui aurait fait l'objet d'une limitation d'exercice.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2005.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.

Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Informations administratives
Changements de tarifs, modifications de libellés, modifications aux notes,
nouveaux codes d'acte et codes d'acte abolis

- **Changements de tarifs - en vigueur le 1^{er} novembre 2005**
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Code d'acte	Page	Nouveau tarif
Onglet B – Tarification des visites		
Gériatrie : Centre hospitalier de soins de courte durée		
0039	B-39	10,75 \$
Gériatrie : Externe		
0042	B-40	51,00 \$
0045	B-40	10,75 \$
Gériatrie : Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil)		
0046	B-40	51,00 \$
0047	B-40	51,00 \$
0049	B-40	10,75 \$
Gériatrie : Local sous gestion du gouvernement		
0063	B-41	51,00 \$
0066	B-41	10,75 \$
Hématologie-Oncologie médicale : Centre hospitalier de soins de courte durée		
9012	B-42	26,90 \$
15009	B-43	29,95 \$
Onglet G – Musculo-squelettique		
2419	G-30	390,00 \$
2333	G-30	738,50 \$
2251	G-30	800,00 \$
2254	G-30	800,00 \$
2794	G-31	200,00 \$
2849	G-31	100,00 \$
2966	G-35	700,00 \$
2492	G-35	575,00 \$
2497	G-35	892,00 \$
9539	G-36	672,00 \$
9540	G-36	300,00 \$
2165	G-36	300,00 \$
Onglet S – Nerveux		
7580	S-4	900,00 \$
7664	S-7	800,00 \$
7721	S-10	430,00 \$

➤ **Modifications au libellé – en vigueur le 1^{er} novembre 2005**
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Codes	Page	
Onglet B – Tarification des visites Neurochirurgie		
0088	B-62	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crano-encéphalique chez un patient hospitalisé,...
Onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques		
9308	C-21	...incluant, le cas échéant , l'injection de substances de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance
9327	C-21	...incluant, le cas échéant , l'injection de substances de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance (PG-28)
0765	C-50	...incluant, le cas échéant , l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents PG-23
0769	C-50	...incluant, le cas échéant , l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance
0768	C-50	...incluant, le cas échéant , l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance
Titre	C-55	Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection...
ONGLET D – Anesthésiologie		
0909	D-9	...incluant, le cas échéant , l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)
0913	D-9	...incluant, le cas échéant , l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance
0922	D-9	...incluant, le cas échéant , l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance
ONGLET G – Musculo-squelettique		
Sous le code 2335	G-30	
2614	G-30	prothèse totale après arthrodèse incluant l'exérèse de clou(s), de vis et de clou-plaque, le cas échéant
Sous le code 2257	G-30	Retrait des mots : après infection
2251	G-30	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)
2254	G-30	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)
Sous le code 2757	G-31	congénitale ou paralytique
2497	G-35	prothèse totale et exérèse de prothèse en un temps
2487	G-35	« ou autogreffe » Enlevé après allogreffe
2391	G-35	« ou autogreffe » Enlevé après allogreffe

Modifications au libellé – en vigueur le 1^{er} novembre 2005 (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Codes	Page	
ONGLET G – Musculo-squelettique (suite)		
2392	G-35	« ou autogreffe » Enlevé après allogreffe
2393	G-35	« ou autogreffe » Enlevé après allogreffe
Titre	G-36	Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse
2305	G-36	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant
9539	G-36	prothèse totale du genou infecté incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire
2059	G-37	Retrait des mots : tendon du
2061	G-37	Retrait du mot : tendon
2253	G-37	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche
2473	G-35	Retrait des mots : régionale ou générale
Onglet P – Gynécologie		
6278	P-8	Retrait des mots : lors d'exentération antérieure et postérieure totale
Onglet S – Nerveux		
7642	S-6	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)
Au-dessus du code 7652	S-6	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre :
7674	S-8	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau ou compression du ganglion de Gasser
Onglet U – Auditif		
7083	U-3	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau...

➤ **Note modifiée – en vigueur le 1^{er} novembre 2005**
Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement

	Page	
Onglet K – Ultrasonographie		
Sous la rubrique « ULTRASONOGRAPHIE »	K-5	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, 8341 et 8347) sont rémunérés à 150 % du tarif...

➤ **Notes retirées - en vigueur le 1^{er} novembre 2005**
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Codes	Page	
Onglet G –Musculo-squelettique		
Sous le code 2257	G-30	NOTE : Aucun autre acte ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un chirurgien de la même discipline.
Sous le code 2266	G-31	NOTE : Les 4 suppléments codés 2261, 2262, 2263 et 2266 ne peuvent être facturés avec les codes d'acte 2747, 2748, 2702, 2700, 2500 et 2501.

➤ **Nouvelles notes - en vigueur le 1^{er} novembre 2005**
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Codes	Page	
Onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques		
Sous le code 0291	C-20	NOTE : Les actes codés 0248 et 0291 ne peuvent pas être facturés à la même séance.
Onglet D – Anesthésiologie		
Sous le code 0999	D-7	NOTE : Les actes codés 0997, 0998 et 0999 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 0988, 0989 et 1900 à l'intérieur d'une période de 48 heures.
Sous le code 1900	D-8	NOTE : Les actes codés 0988, 0989 et 1900 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 0997, 0998 et 0999 à l'intérieur d'une période de 48 heures.
Sous le code 0984	D-8	Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.
Onglet P – Gynécologie		
Sous le code 6225	P-8	Les suppléments codés 6225 et 6278 ne s'appliquent qu'aux actes codés 6271 et 6272.

➤ **Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions)**
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
Onglet B		Tarification des visites Anesthésiologie		
Sous 9135				
15120	B-8	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement	25,00 \$	
		NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 0984.		
		Hématologie-oncologie médicale		
Sous 9164				
		Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur).		
15121	B-44	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe, par jour	45,30 \$	
Sous 15022				
		Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur).		
15122	B-44	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe, par jour	45,30 \$	

Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
		Neurochirurgie		
Sous 0088				
15123	B-63	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	250,00 \$	
		NOTE : Concernant les actes codés 0088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant. Cet honoraire ne s'applique pas s'il y a chirurgie par un neurochirurgien dans les premières 24 heures de la prise en charge des soins neurochirurgicaux.		
		Obstétrique-gynécologie		
Sous 9138				
15124	B-69	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} juillet 2003.		
Sous 9287				
15140	B-70	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	65,20 \$	
		NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).		
		* En vigueur le 1^{er} septembre 2005.		
Sous 9156				
15125	B-70	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} juillet 2003.		
Sous 9157				
15126	B-71	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} juillet 2003.		
Sous 9288				
15143	B-72	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	56,20 \$	
		NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).		
		* En vigueur le 1^{er} septembre 2005.		

Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
Sous 9166				
15127	B-72	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément * En vigueur le 1^{er} juillet 2003.	16,00 \$	
Sous 9167				
15129	B-72	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément * En vigueur le 1^{er} juillet 2003.	16,00 \$	
		Local sous gestion du gouvernement		
Sous 15117				
15141	B-74	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément * En vigueur le 1^{er} juillet 2003.	16,00 \$	
Sous 15119				
15142	B-74	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément * En vigueur le 1^{er} juillet 2003.	16,00 \$	

			Établis- sement R=1	Cabinet R=1	Unité de base R=2
Onglet C		Procédés diagnostiques et thérapeutiques			
Sous 0430					
9487	C-35	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	25,00 \$	25,00 \$	4
0305	C-35	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie ou de la spasticité d'origine neurologique excluant le spasme hémifacial et le blépharospasme	120,00 \$	120,00 \$	4
Sous 0772					
00482	C-51	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	57,00 \$		4
Sous 0178					
00491	C-55	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00 \$		4

Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
Onglet D		Anesthésiologie		
Sous 0985				
01902	D-12	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale		10*
Onglet G		Musculo-squelettique		
Sous 2257				
09598	G-30	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre)	965,00 \$	15
Sous 2260				
09599	G-31	avec allogreffe en bloc au fémur ou à l'acétabulum, supplément	230,00 \$	3
Sous 9599				
18011	G-31	Avec allogreffe en bloc au fémur et à l'acétabulum, supplément.	350,00 \$	4
		NOTE : Aucun autre acte d'arthroplastie ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un chirurgien de la même discipline, sauf les suppléments.		
Sous 2690				
18012	G-34	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur	100,00 \$	5
Sous arthrolyse				
18013	G-35	par arthroscopie	310,00 \$	5
18014	G-35	par voie ouverte	460,00 \$	7
Sous 2403				
18015	G-35	changement de polyéthylène seulement	400,00 \$	7
18016	G-35	réimplantation de prothèse totale après infection, incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant	860,00 \$	12
Sous 2165				
18017	G-36	tumeur dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	400,00 \$	5
Sous 2566				
18018	G-37	Réparation de un seul ligament, toute technique	360,00 \$	5
18019	G-37	ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00 \$	3

Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
Onglet G		Musculo-squelettique (suite)		
		Reconstruction du ligament, toute technique.		
18020	G-37	croisé antérieur	463,00 \$	8
18021	G-37	croisé postérieur	636,00 \$	10
18022	G-37	croisés antérieur et postérieur	936,00 \$	15
18023	G-37	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	250,00 \$	3
18024	G-37	réparation de un ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00 \$	3
18025	G-37	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	130,00 \$	3
18026	G-37	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	397,00 \$	6
18027	G-37	réparation de un ligament additionnel (maximum 1), supplément	150,00 \$	3
18028	G-37	chaque méniscectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	55,00 \$	1
18029	G-37	chaque suture de ménisque avec fléchette associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	170,50 \$	2
18030	G-37	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00 \$	3
		NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		
Sous 2822				
18031	G-38	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	58,00 \$	1
Sous 2061				
18032	G-38	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	100,00 \$	1
Sous 2473				
18033	G-38	allogreffe de un ménisque, toute voie d'approche	672,00 \$	10

Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
Onglet M		Urinaire		
Sous 6022				
		Injections thérapeutiques		
06001	M-7	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage	180,00 \$	4
		NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » ou sous la section « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
Sous 6205				
6002	M-8	cystoprostectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex : Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	1 880, 00 \$	18
6038	M-8	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex : Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale	1 880,00 \$	18
6041	M-8	pour segment détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres), supplément	150,00 \$	
6042	M-8	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Camey et autres), supplément	240,00 \$	
6052	M-8	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Studer et autres), supplément	368,00 \$	
		NOTE : Les suppléments codés 6041, 6042 et 6052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 6002 et 6038.		
Onglet N		Génital mâle		
Sous 6064				
		Brachythérapie		
06053	N-6	Mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	500,00 \$	7

Nouveaux codes d'acte – en vigueur le 1^{er} novembre (* sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Nouveaux codes	Pages	Description	Honoraires	
			R=1	R=2
Onglet S		Nerveux		
Sous 7556				
07000	S-3	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique	180,00 \$	12
Sous 7512				
07001	S-4	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	600,00 \$	
Sous 7620				
07003	S-5	avec biopsie tumorale, supplément	180,00 \$	
Sous 7700				
07004	S-7	Mise en place d'un stimulateur du nerf vague	650,00 \$	12
Sous 7738				
07005	S-11	avec myéloscopie, supplément	180,00 \$	
Sous 7789				
07009	S-12	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00 \$	18
		Plexus lombo-sacré		
07010	S-12	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00 \$	18
Sous 7799				
		Divers		
07011	S-13	Rhizotomie percutanée, toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	326,00 \$	10
Onglet V		Radiologie diagnostique	L R=7	C R=1
Sous 8071				
		clichés supplémentaires		
08072	V-17	unilatéral	20,85 \$	6,50 \$
08073	V-17	bilatéral	34,30 \$	13,00 \$

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement

			L	C
			R=7	R=1
Onglet H		Radiologie diagnostique		
Sous 8071				
		clichés supplémentaires		
08072	H-17	unilatéral	20,85 \$	6,50 \$
08073	H-17	bilatéral	34,30 \$	13,00 \$
			C	L
			R=1	R=7
Onglet K		Ultrasonographie		
Sous 8304				
8347	K-5	Enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires (à l'exception des artères coronaires) à l'aide d'un cathéter muni d'un cristal ultrasonographique introduit par voie endovasculaire, incluant la ponction vasculaire, le cathétérisme vasculaire requis pour positionner le cathéter, l'acquisition et l'interprétation des images	126,00 \$	
		NOTE : Le service médical codé 8347 ne peut pas être facturé le même jour que les services médicaux codés 8309 et 8338.		
Sous 8326				
08348	K-8	Échographie transendoscopique de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie maximum de un examen, par jour, par patient	120,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} janvier 2006.		
08349	K-8	biopsie unique ou multiple, ponction ou injection par voie transoesophagienne, transgastrique ou transduodénale d'une lésion médiastinale ou abdominale, supplément	30,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} janvier 2006.		
08365	K-8	Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du côlon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie maximum de un examen, par jour, par patient.	120,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} janvier 2006.		

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (suite)

			C	L
			R=1	R=7
Onglet K		Ultrasonographie (suite)		
08369	K-8	biopsie unique ou multiple, ponction ou injection par voie transrectosigmoïdienne d'une lésion abdominale ou périnéale, supplément	30,00 \$	
		* En vigueur le 1^{er} janvier 2006.		

			R=1
Onglet L		Épreuves de fonction respiratoire	
Sous 8487			
08492	L-3	Mesure non invasive de l'index tensio-temporel des muscles respiratoires (TTMUS), supplément.	25,00 \$
Sous 8469			
08493	L-3	Mise en situation d'hypoxie contrôlée incluant la ponction artérielle et la supervision du patient	75,00 \$
		NOTE : S'applique au patient présentant une pathologie pulmonaire obstructive ou restrictive, d'intensité modérée à sévère ou préalablement oxygène-dépendant.	

**Codes d'actes abolis - en vigueur le 31 octobre 2005 (*sauf exceptions)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie**

Onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques

Code d'acte	Page
0485	C-35

Onglet G – Musculo-squelettique

Code d'acte	Page	Code d'acte	Page	Code d'acte	Page
2249	G-31	2342	G-31	2261	G-31
2262	G-31	2263	G-32	2266	G-32
2483	G-32	2016	G-36	2164	G-37
2107	G-38	2102	G-38	2110	G-38
2476	G-38	2103	G-38	2121	G-38
2105	G-38	2104	G-38	2172	G-38
2106	G-38	2108	G-38	2477	G-38
2418	G-38	2847	G-38	2425	G-38
2855	G-38	2421	G-38	2437	G-38
2438	G-38	2439	G-38	2475	G-38

Codes d'actes abolis - en vigueur le 31 octobre 2005 (*sauf exceptions) (suite)
Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie

Onglet P – Gynécologie

Code d'acte	Page
6275	P-8

Onglet S – Nerveux

Code d'acte	Page
7795	S-13

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement

Onglet K – Ultrasonographie

Code d'acte	Page	En vigueur
8344	K-8	* Fin le 31 décembre 2005
8345	K-8	* Fin le 31 décembre 2005

➤ **Nouveaux modificateurs**

- PA 36 Gastro-entérologie

Services médicaux dispensés à un malade atteint
d'un cancer MOD=178

de même que ses multiples :

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de Multiplication)
093 – 178	638	1,0000
094 – 178	639	1,0000
017 – 178	640	1,5000
018 – 178	641	1,3333
019 – 178	642	1,3333
109 – 178	643	à calculer
110 – 178	644	à calculer
111 – 178	645	à calculer

➤ **Nouveaux modificateurs** (suite)

- Règle 2.2 de l'Addendum 4 – Chirurgie

L'avis sous cette règle est remplacé par le suivant :

AVIS : *Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, veuillez utiliser le modificateur 179.*

Pour les visites ou consultations effectuées par le chirurgien de jour si aucun modificateur d'urgence ne s'applique et s'il s'agit d'une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour.....**MOD = 179**

Combinaison de modificateurs	Modificateurs multiples	Constantes (Facteurs de multiplication)
094 – 179	647	1,0000

Date de début d'application : 1^{er} novembre 2005.

Ce nouveau modificateur permettra d'accélérer le traitement et le paiement final des demandes de paiement. Vous n'aurez plus à fournir de notes explicatives dans la case « Renseignements complémentaires »

➤ **Nouveaux avis administratifs**

Prendre note de l'ajout des avis suivants au Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie.

Page C-32, sous le code 0749

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.*

Page T-3

AVIS : *(**) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 7227 ou 7261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire n° 1944 (Documents complémentaires).*

➤ **Nouveaux messages explicatifs**

- 390 En raison de la règle 25 du Préambule général, le modificateur 142 est non applicable puisque le total des honoraires des actes diagnostiques et thérapeutiques, chirurgicaux ou des visites est supérieur à celui inscrit à la règle. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 391 En raison de la règle 25 du Préambule général, un seul acte est payable avec le modificateur 142, et ce, pour l'ensemble de actes diagnostiques et thérapeutiques, chirurgicaux ou des visites.
- 397 Selon la Règle d'application no 35, le maximum payable est dépassé.

➤ **Nouveaux messages explicatifs** (suite)

- 398 Selon la Règle d'application no 35, le maximum payable est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 276 Conformément à la Règle 7 de l'Addendum 6 – Obstétrique gynécologie, vous ne pouvez facturer cet acte.

➤ **Messages explicatifs modifiés**

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