

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 2 mai 2006

À l'intention des médecins spécialistes

### Modification n° 40 à l'Accord-cadre

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont convenu de la Modification n° 40 à l'Accord-cadre.

Le présent communiqué contient l'information concernant les dispositions entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006 et pour lesquelles nous sommes prêts à recevoir votre facturation pour cette date. **Dans le cas des changements pour lesquels il y a une date de prise d'effet rétroactive, la Régie vous alloue trois mois à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006 pour facturer vos services.**

Des modifications ont été apportées à des règles du Préambule général de la médecine et de la chirurgie, et de l'addendum de la chirurgie, ainsi qu'à certaines règles d'application pour quelques spécialités. Un certain nombre d'actes ont été abolis ou modifiés et d'autres ajoutés. Un peu moins d'une vingtaine d'actes présentent des changements d'honoraires. Quelques modèles de rémunération mixte pour certaines spécialités ont été modifiés.

En plus des changements apportés par la Modification 40, certaines informations de nature administrative vous sont fournies telles que la création de nouveaux codes d'activités pour les médecins spécialistes en santé communautaire rémunérés selon le mode de rémunération mixte. Voir page 8/8 de ce communiqué. De plus, dans la [Partie II](#), vous trouverez de l'information concernant l'ajout, la modification ou l'annulation de certains avis administratifs, notes et messages explicatifs.

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 dans la première semaine de mai 2006.

**1. L'Annexe 4**  
**Tarif de la médecine et de la chirurgie**  
**Règles de tarification**

1.1 Au PRÉAMBULE GÉNÉRAL, la Règle 24 est remplacée par la suivante :

**« RÈGLE 24.**  
**VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE**

Pour le médecin classé en ophtalmologie, **les visites**, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 125 \$, sont majorés à 125 \$, lorsque effectués auprès d'un patient sous anesthésie générale.

**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. »**

**Avis :** Utiliser le modificateur 070 pour demander la majoration d'honoraires.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006.**

1.2 À l'ADDENDUM 4. CHIRURGIE, la Règle 10 est remplacée par la suivante :

**« RÈGLE 10.**  
**ASSISTANCE**

**10.1** La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

**Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :**

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;**
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;**
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée. »**

**Avis :** Cas complexes déterminés par les parties négociantes

- Cataracte hypermature (blanche)
- Cataracte noire
- Cataracte traumatique
- Luxation ou dialyse zonulaire
- Cataracte chez uvéite avec synéchies extensives
- Cataracte avec chambre antérieure très étroite
- Extraction extracapsulaire ou intracapsulaire

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006.**

1.3 À l'ADDENDUM 4. CHIRURGIE, le premier paragraphe de l'article 11.1 est remplacé par le suivant :

« **11.1** Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie oncologique, **de fracture cervico-faciale multiple complexe, de reconstruction cervico-faciale complexe ou de chirurgie oto-neurologique d'une durée anesthésiologique de quatre heures** ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie. »

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006.**

## 2. 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.

- Changement de tarifs pour 18 codes d'acte;
- Abolition de 75 codes d'acte dont 67 sous l'onglet musculo-squelettique;
- Création de 47 nouveaux codes d'acte;
- Modifications au libellé d'environ 30 codes d'acte.

Voir la Partie II du présent communiqué.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006 à moins d'indications contraires dans le présent communiqué.**

## 3. L'Annexe 7

**Tarif de la médecine de laboratoire**

**Tarifification**

**Nomenclature et tableaux d'honoraires**

Des changements mineurs ont été apportés à cette Annexe. Ils sont présentés à la Partie II du communiqué.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006 à moins d'indications contraires dans le présent communiqué.**

Noter que le code d'acte **09943** – Lecteur B/ CSST pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste est **maintenant payable en cabinet**. Pour la facturation de ce code d'acte en cabinet, utiliser le formulaire n° 1200 – Demande de paiement – Médecin. Voir la page 11 de la Partie II.

Entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2005.**

Pour ce qui est de la facturation de ce code d'acte en établissement, vous devez continuer à utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement – Assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte ».

#### 4. L'Annexe 8

##### **PROTOCOLE RELATIF AUX PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE, AUX PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS ET AUX RÈGLES D'APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES**

est modifiée comme suit :

#### 4.1 À la règle d'application n° 4, en remplaçant le deuxième paragraphe par le suivant :

« Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie », les chirurgies digestives **et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s)** effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin ».

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006.**

#### 4.2 À la règle d'application no. 19, en remplaçant l'article 3 par le suivant :

« **3.** En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angiologique et angioplastique » (code 0662) et « temps angiologique » (code 0631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires... avec coronarographie » (code 0224) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 0294).

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

**Également, la présente règle ne s'applique pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé, suite à un transfert du patient, dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie et qui est désigné par les parties négociantes. »**

**Avis** : *Liste des centres hospitaliers offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie, désignés par les parties négociantes :*

- *Hôpital Notre-Dame du CHUM*
- *Hôpital Saint-Luc du CHUM*
- *Hôtel-Dieu du CHUM*
- *Hôpital Royal Victoria*
- *Institut de cardiologie de Montréal*
- *CHU de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont*
- *Hôpital Laval*

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006.**

## 5. L'Annexe 11 Lettres d'entente

### 5.1 Lettres d'entente modifiées

À l'annexe de la **Lettre d'entente n° 3**, la référence à « Insertion de pessaire » a été enlevée.

Le service codé 20017 « Installation d'un dilateur ou d'un pessaire, maximum 4 par année par patient » est maintenant payable.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**.

#### **Lettre d'entente n° 102**

**Ajout** d'un forfait payable en **obstétrique gynécologie** depuis le **27 février 2006** pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art. 3) au **Centre hospitalier Rouyn-Noranda**.

**Ajout** d'un forfait payable en **chirurgie générale** depuis le **16 septembre 2005** pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art. 3) au **CSSS du Rocher-Percé – Centre hospitalier de Chandler**.

**Ajout** d'un forfait payable en **médecine** à compter du **1<sup>er</sup> mai 2006** pour le médecin établi (art. 2) et le médecin remplaçant ou en support (art. 3) au **CSSS de Beauce – Centre hospitalier Beauce-Etchemin**.

### 5.2 Lettre d'entente abrogée

#### **Lettre d'entente A – 62**

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> avril 2006**.

### 5.3 Nouvelle lettre d'entente

#### **Lettre d'entente A -63**

**Concernant la rémunération des médecins spécialistes classés en radio-oncologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> avril 2006**.

Le texte officiel de cette [lettre d'entente](#) se retrouve à la page 13 de la Partie II du présent communiqué.

**6. L'Annexe 23**  
**Frais de déplacement et de séjour**

L'Annexe 23 est modifiée en **ajoutant** ce qui suit à la liste des établissements qui y apparaissent aux fins du paiement, pour les médecins psychiatres, de l'indemnité de 71 \$ l'heure pour le temps de déplacement:

Région 05  
CSSS du Granit – Point de service de Lac-Mégantic

Date de prise d'effet : **14 octobre 2005.**

**7. L'Annexe 24**  
**Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail.**

est modifiée comme suit :

**7.1** À l'article 13 A), en remplaçant le dernier paragraphe par ce qui suit :

« le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

9938	avis donné au vu du dossier.....	270,00 \$
9939	avis donné après examen du travailleur.....	350,00 \$
<b>9940</b>	<b>supplément pour la spécialité de la psychiatrie.....</b>	<b>200,00 \$ »</b>

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> janvier 2005.**

**7.2** À l'article 13 B), en remplaçant le dernier paragraphe par ce qui suit :

« le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

9936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun.....	350,00 \$
9937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de .....	60,00 \$
<b>9941</b>	<b>supplément pour la spécialité de la psychiatrie.....</b>	<b>200,00 \$ »</b>

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> janvier 2005.**

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

est modifié comme suit :

- 8.1 À l'annexe de l'Annexe 38, aux modèles de rémunération mixte de la **chirurgie générale**, de la **chirurgie orthopédique**, de la **neurochirurgie**, de l'**ophtalmologie**, de l'**oto-rhino-laryngologie** et de l'**urologie**, en **remplaçant** les références aux services médicaux codés « 9500 à 9599 » **par** « 9500 à 9599 et 18000 à 18999 ».

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> novembre 2005**.

- 8.2 À l'annexe de l'Annexe 38, au modèle de rémunération mixte de la **chirurgie orthopédique**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 90%, en **supprimant** les services médicaux codés 2389, 2538, 2541, 2542, 2908, 2909, 9580, 9583, 9586, 9587, 9588 et en **ajoutant** les services médicaux codés 18012, 18056, 18058, 18059 et 18060.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**, à l'exception de l'**ajout du service médical 18012, lequel prend effet le 1<sup>er</sup> novembre 2005**.

- 8.3 À l'annexe de l'Annexe 38, au modèle de rémunération mixte de la **dermatologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 75%, en **ajoutant** le service médical codé 1303.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**.

- 8.4 À l'annexe de l'Annexe 38, au modèle de rémunération mixte de la **neurologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 22 %, en **supprimant** le service médical codé 0117 et en **ajoutant** le service médical codé 8490.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> octobre 2004**.

- 8.5 À l'annexe de l'Annexe 38, 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** le service médical codé 20017; et

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**.

- à la liste des services médicaux visés par les suppléments d'honoraires de 55 % et de 95 % en **supprimant** les services médicaux codés 6045, 6048, 6063, 6071, 6108, 6112, 6118 et 6130 et en **ajoutant** le service médical codé 4199.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**.

- 8.6 À l'annexe de l'Annexe 38, au modèle de rémunération mixte de l'**ophtalmologie**, à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 % en **ajoutant** les services médicaux codés 15018 et 15019.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**

**8.7** À l'annexe de l'Annexe 38, au modèle de rémunération mixte de la **pédiatrie**, à la liste des services médicaux visés par les suppléments d'honoraires de 30 %, en **supprimant** les services médicaux codés 2621 et 2623 et en **ajoutant** les services médicaux codés 18045, 18046, 18049 et 18050.

Date de prise d'effet : **1<sup>er</sup> mai 2006**.

## **Information administrative**

### **Santé communautaire – Nouveaux codes d'activités**

De nouveaux codes d'activités ont été créés. Ils **doivent être utilisés** par les médecins spécialistes en **santé communautaire** qui sont rémunérés selon le mode de la **rémunération mixte** et dont les activités sont effectuées pour le compte de l'**Institut national de Santé publique du Québec (INSPQ)**.

Voici la liste de ces nouveaux codes :

- 079032** (rencontres multidisciplinaires);
- 079037** (planification-programmation-évaluation);
- 079038** (coordination);
- 079047** (exécution);
- 079091** (avis médicaux).

Date d'entrée en vigueur : **30 avril 2006**.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

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

p. j. Partie II - Tableaux des codes d'acte et [Lettre d'entente A-63](#)

Nouveaux codes d'acte – En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006 (\* sauf exceptions)

Nouveaux codes	Page	Description	Honoraires		
			R 1	R 2	
<b>ONGLET B</b>		<b>Visites</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>	
		SPÉCIALITÉ = Ophtalmologie			
Sous 9129					
15004	B-75	Examen de dépistage... enfant âgé de moins de 5 mois	40,20 \$		
Sous 9152					
15018	B-76	Examen de dépistage... enfant âgé de moins de 5 mois.	38,00 \$		
Sous 9164					
15019	B-76	Examen de dépistage... enfant âgé de moins de 5 mois	29,85 \$		
Sous 9202					
15023	B-78	Examen de dépistage... enfant âgé de moins de 5 mois	29,85 \$		
Sous 9939					
9940	B-129	supplément pour psychiatrie * En vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2005.	200,00 \$		
Sous 9937					
9941	B-129	supplément pour psychiatrie * En vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2005.	200,00 \$		
			Établissement	Cabinet	Unité de base
<b>ONGLET C</b>		<b>Procédés diagnostiques et thérapeutiques</b>	<b>R 1</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>
Sous 0716					
20015	C-11	dilatation de sténose... supplément	150,00 \$		3
Sous 0881					
20016	C-37	dilatation de sténose... supplément	150,00 \$		3
Sous 9329					
20017	C-39	Installation d'un dilateur... + nouvelle note (voir Partie II)	30,00 \$	30,00 \$	4
<b>ONGLET E</b>		<b>Chirurgie</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>	
Au dessus de 5989					
5987	E-7	Assistance... de 4 à 5 heures au total			
5988	E-7	Assistance... de 5 à 6 heures au total			
Au dessus de 5994					
5998	E-8	forfait chir. oncologique ... durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	800,00 \$		18
5993	E-8	forfait chir. oncologique... durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00\$		18

<b>Nouveaux codes</b>	<b>Page</b>	<b>Description</b>	<b>Honoraires</b>	
<b>ONGLET F</b>		<b>Peau - Phanères</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>
Sous 1302				
1303	F-6	chaque couche supplémentaire... supplément Maximum : 2 couches	100,00 \$	
<b>ONGLET G</b>		<b>Musculo-squelettique</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>
Sous 2404				
18034	G-20	remplacement prothèse totale, incluant l'exérèse...	892,00 \$	8
Sous 2662				
18035	G-21	Réparation ligamentaire...ligament interne ou externe	331,00 \$	5
18036	G-21	Réparation ligamentaire...ligaments interne et externe	397,00 \$	5
18037	G-21	installation d'un fixateur externe articulé... supplément	100,00 \$	
Sous Reconstruction				
18038	G-21	ligamentaire, toute voie d'approche...ligament interne ou externe	397,00 \$	6
18039	G-21	ligamentaire, toute voie d'approche...ligaments interne et externe	450,00 \$	6
18040	G-21	installation d'un fixateur externe articulé... supplément	100,00 \$	
Sous Fractures				
18041	G-22	réduction fermée (PG-28)	113,00 \$	5
18042	G-22	réduction ouverte	307,00 \$	6
Sous 2652				
18043	G-22	réduction fermée et fixation... radius ou cubitus proximal ou distal	155,00 \$	5
Sous arthroplastie				
18044	G-24	remplacement du cubitus distal par prothèse...	331,00 \$	6
Sous Fractures ou luxation				
18045	G-27	carpe métacarpe réduction fermée (PG-28)	110,00 \$	5
18046	G-27	chacune additionnelle pour la même main	22,00 \$	
18047	G-27	fixation par broche transosseuse supplément	45,00 \$	
18048	G-27	réduction ouverte (PG-28)	205,00 \$	6
18049	G-27	phalange réduction fermée (PG-28)	110,00 \$	5
18050	G-27	chacune additionnelle pour la même main	22,00 \$	
18051	G-27	fixation par broche transosseuse supplément	25,00 \$	
18052	G-27	réduction ouverte (PG-28)	155,00 \$	5
18053	G-27	scaphoïde, semi-lunaire réduction ouverte (PG-28)	331,00 \$	6

<b>Nouveaux codes</b>	<b>Page</b>	<b>Description</b>	<b>Honoraires</b>	
Sous 2897				
18054	G-28	greffe vascularisée (incluant ROFI) supplément	120,00 \$	
Sous 2718				
18055	G-29	ROFI, supplément	100,00 \$	
Sous 2332				
18056	G-49	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28) maximum	396,00 \$ 792,00 \$	6
18057	G-49	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	281,00 \$	5
18061	G-49	greffe tendineuse (PG-28)	240,00 \$	4
18058	G-49	en un temps (PG-28)	360,00 \$	8
18059	G-49	premier temps (PG-28)	360,00 \$	8
18060	G-49	deuxième temps (PG-28)	300,00 \$	6
<b>ONGLET M</b>		<b>Urinaire</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>
Sous 6323				
6339	M-6	Dérivation urétérale permanente prothétique...	526,00 \$	8
<b>ONGLET T</b>		<b>Visuel</b>	<b>R 1</b>	<b>R 2</b>
Sous 7800				
7809	T-2	Lyse de suture faite au laser...	40,00 \$	4
Sous 7312				
7303	T-5	un oeil	500,00 \$	8
7304	T-5	deux yeux	750,00 \$	8
<b>ONGLET V</b>		<b>Radiologie diagnostique</b>	<b>R 1</b>	
Sous 9943		Lecteur B/ CSST...		
9943	V-12	en cabinet	* En vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2005.	13,50 \$

**Nouveaux codes d'acte – En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006 (\* sauf exceptions)  
Manuel des services de laboratoire en établissement**

<b>ONGLET H</b>		<b>radiologie diagnostique</b>	<b>R 1</b>
Sous 9943		Lecteur B/ CSST...	
9943	H-11	en cabinet * En vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2005.	13,50 \$
<b>ONGLET L</b>		<b>Épreuves de fonction respiratoire</b>	<b>R 1</b>
Sous 8475			
8494	L-5	Test de vigilance d'OSLER + nouvelle note (Voir page 10)	30,00 \$

**Codes d'actes abolis- en vigueur 30 avril 2006**

**ONGLET G**

Code d'acte (remplacé(s) par)	Page	Code d'acte (remplacé(s) par)	Page	Code d'acte (remplacés par)	Page
2371 (18034)	G-20	2986	G-20	2988 (18034)	G-20
2668 (18035) (18036) (18037)	G-21	2129	G-21	2197 (18035) (18036) (18037)	G-21
2159 (18038) (18039) (18040)	G-21	2538	G-21	2541	G-21
2542	G-21	2612 (18041)	G-22	2636 (18042)	G-22
2624 (18041)	G-22	2649 (18042)	G-22	2570 (18041)	G-22
2571 (18042)	G-22	2586 (18041)	G-22	2587 (18042)	G-22
2589 (18041)	G-22	2599 (18042)	G-22	2654	G-23
2735 (18043)	G-23	2736	G-23	2769 (18041)	G-23
2361 (18043)	G-23	2770 (18042)	G-23	2900	G-23
2901	G-23	2902	G-23	2908	G-24
2909	G-24	9579 (18057)	G-24	9580 (18056)	G-24
2389	G-24	2139	G-26	2618 (18045) (18046) (18047)	G-27
2642 (18048)	G-27	2620	G-27	2643 (18053)	G-27
2621 (18045) (18046) (18047)	G-27	2616 (18048)	G-27	2622	G-27
2627	G-27	2646 (18052)	G-27	2623 (18049) (18050) (18051)	G-27
2225	G-27	2647 (18052)	G-27	2626 (18049) (18050) (18051)	G-27

## ONGLET G (suite)

Code d'acte (remplacé(s) par)	Page	Code d'acte (remplacé(s) par)	Page	Code d'acte (remplacés par)	Page
2628 (18049) (18050) (18051)	G-27	2648 (18052)	G-27	2682	G-28
2697	G-28	2666 (18049) (18050) (18051)	G-28	2671	G-28
2664 (18045) (18046) (18047) (18049) (18050) (18051)	G-28	2670 (18048)	G-28	2663	G-28
2669 (18053)	G-28	2677 (18045) (18046) (18047)	G-28	2678 (18048)	G-28
2679	G-28	9583 (18056)	G-29	9585 (18057)	G-29
9586 (18058)	G-29	9587 (18059)	G-29	9588 (18060)	G-29
2326 (18061)	G-49				

## ONGLET P

Code d'acte (remplacé(s) par)	Page	Code d'acte (remplacé(s) par)	Page	Code d'acte (remplacés par)	Page
Code d'acte	Page	Code d'acte	Page	Code d'acte	Page
6045	P-5	6048	P-5	6063	P-5
6071	P-8	6108	P-8	6112	P-9
6118	P-9	6130	P-9		

**Modifications au libellé - En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006.**

<b>Codes</b>	<b>Page</b>	
<b>ONGLET C PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES</b>		
Au dessus du code 0685	C-13	... (maximum deux par année pour le même patient <b>sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence</b> )
Au dessus du code 0693	C-13	... (maximum deux par année pour le même patient <b>sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence</b> )
9331	C-35	Installation de cathéter <b>permanent</b> type Scribner ou Broviac ou Hickman
0845	C-35	Révision de cathéter <b>permanent</b> type Scribner ou Broviac ou Hickman
9332	C-35	Exérèse de cathéter <b>permanent</b> type Scribner ou Broviac ou Hickman
0178	C-55	articulation sacro-iliaque <b>ou coxo-fémorale</b>
<b>ONGLET E</b>		
5994	E-8	Forfait pour chirurgie oncologique complexe <b>ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique</b> – durée anesthésiologique de 6 à 8 ...
5995	E-8	Forfait pour chirurgie oncologique complexe <b>ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique</b> – durée anesthésiologique de 8 à 10 ...
5996	E-8	Forfait pour chirurgie oncologique complexe <b>ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique</b> – durée anesthésiologique de 10 à 12 ...
5997	E-8	Forfait pour chirurgie oncologique complexe <b>ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique</b> – durée anesthésiologique de plus de 12 ...
<b>ONGLET F</b>		
1302	F-6	...première couche ( <b>curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus</b> )
<b>ONGLET G</b>		
2984	G-20	<b>arthrolyse</b> huméro-cubitale et radio-humérale <b>par voie ouverte</b> (PG-28)
2985	G-20	du coude <b>avec ou sans biopsie</b> (PG-28)
2987	G-20	du coude avec exérèse de corps étranger <b>ou de souris articulaire</b>
2983	G-20	<b>Arthrolyse</b> radio-humérale <b>et radio-cubitale</b>
2232	G-21	<b>complète</b> du coude, <b>toute voie d'approche</b> (PG-28)

<b>Codes</b>	<b>Page</b>	
Au dessus du code 2903	G-23	<b>Incision et drainage</b> , séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation
Au dessus du code 2906	G-23	Ostéotomie <b>incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation</b>
2372	G-24	<b>radio-cubitale distale ou du poignet</b> (PG-28)
2138	G-26	extrémité inférieure (styloïde cubitale <b>ou radiale</b> ) ou exostose du cubitus <b>ou du radius</b> (PG-28)
Au dessus du nouveau code 18045	G-27	Fractures <b>ou luxation</b>
2554	G-27	fasciotomie compartiment interosseux <b>(PG-28) (maximum de 210.00 \$)</b>
2897	G-28	scaphoïde et semi-lunaire ( <b>greffe osseuse</b> ) (PG-28)
Au dessus du code 2698	G-28	Incision et drainage, <b>séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</b>
Au dessus du code 2706	G-29	Ostéotomie <b>de correction</b>
Au dessus du code 2898	G-29	Réparation, <b>toute technique</b>
2198	G-29	ligaments du poignet <b>radio-carpien</b> (PG-28)
Au dessus du code 2396	G-49	Suture <b>et reconstruction</b>
2324	G-49	<b>un tendon</b> (PG-28) <b>maximum</b>
Au dessus du code 18061	G-49	<b>Reconstruction d'un tendon</b>

**Changements de tarif - En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006**

Code d'acte	Page	R = 1	R = 2
<b>Onglet F – Peau - phanères</b>			
1205	F-13	190,00 \$	
1230	F-13	350,00 \$	
<b>Onglet G- Musculo-squelettique</b>			
2279	G-20	360,00 \$	
2985	G-20	170,00 \$	
2987	G-20	225,00 \$	
2983	G-20	397,00 \$	8
2989	G-20	530,00 \$	
2278	G-21	360,00 \$	
2315	G-22	199,00 \$	
2651	G-22	113,00 \$	
2903	G-23	300,00 \$	5
2904	G-23	312,00 \$	
2905	G-23	461,00 \$	
2409	G-24	742,00 \$	
2040	G-25	115,00 \$	
2138	G-26	154,00 \$	
2897	G-28	400,00 \$	
2898	G-29	180,00 \$	

**Changements de tarif - En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006**  
**Manuel des services de laboratoire en établissement**

<b>ONGLET H</b>		<b>radiologie diagnostique</b>	<b>R 1</b>
9943	H-11	Lecteur B/CSST... en établissement	12,50 \$

## Nouvelles notes - En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006.

### Procédés diagnostics et thérapeutiques (Onglet C)

	Page
<u>Sous le nouveau code 20017</u> : « Maximum 4 par année, par patient. »	C-39

### Peau - Phanères (Onglet F)

	Page
<u>Sous le titre Cautérisation, avant la NOTE actuelle</u> : « La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme : - l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu; - l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique; - la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.' »	F-6

### Musculo-squelettique (Onglet G)

	Page
<u>Sous le code 2987</u> : « Le service médical codé 2987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site. »	G-20
<u>Sous le code 2834</u> : « Le service médical codé 2834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site. »	G-20

**Nouvelle note - En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006.  
Manuel des services de laboratoire en établissement**

**Épreuves de fonction respiratoire (Onglet L)**

	<b>Page</b>
<u>Sous le nouveau code 8494</u> : « Ce test est aussi payable à un médecin spécialiste en électroencéphalographie. »	L-5

**Modifications aux notes - En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006.**

	<b>Page</b>	
<b>ONGLET C</b>		
Sous le code 0271	C-11	NOTE : « Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie <b>ou par radiofréquence</b> , les prestations ... Le MOD=052 ne peut être facturé avec les codes d'acte <b>0250, 0257, 0297 et 0722.</b> »
<b>ONGLET F</b>		
Sous le titre Cautérisation	F-6	NOTE : « Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit : - d'un cancer récidivant ou d'une tumeur de plus de 1 cm ou – d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière <b>ou une narine si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou</b> – d'un cancer morpheïforme <b>ou infiltrant.</b> »
<b>ONGLET G</b>		
Sous le code 2960	G-25	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par <b>séance</b> .
Sous le titre Arthrotomie ou capsulotomie...	G-25	NOTE : Les actes <b>2038, 2040, 2932 et 2933</b> ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.
Sous le code 2327	G-49	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même <b>site</b> .

## Notes abolies – En vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006.

	Page	
<b>ONGLET G</b>		
Sous l'acte aboli 9580	G-24	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale.
<b>ONGLET S</b>		
Sous l'acte 7701	S-9	NOTE : Ne peut être utilisé pour une chirurgie de la colonne faite conjointement avec un chirurgien d'une autre discipline.

### Avis administratifs – Messages explicatifs

#### Avis administratifs ajoutés

- Onglet G, page 27 sous le code 2554  
**AVIS:** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.
- Onglet G, page 28 sous le nouveau code 18046  
**AVIS:** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.
- Onglet G, page 28 sous le nouveau code 18050  
**AVIS:** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.
- Onglet G, page 51 sous le nouveau code 18056  
**AVIS:** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.
- Onglet T, page 5 sous le nouveau code 7304  
**AVIS:** Les actes 7303 et 7304 s'appliquent seulement aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.
- Onglet V, page 12 du Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie et onglet H, page 11 du Manuel des services de laboratoire en établissement, sous l'acte **9943**.  
**AVIS:** - Cet acte doit être facturé **seul** sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement – médecin », dans la case ACTES;  
- Incrire **ZZZZ01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;  
- Incrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;  
- Incrire la lettre « A » dans la case C.S. mais ne rien inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

## **Avis administratifs retirés**

Onglet G, page 27 : l'avis sous l'acte 2623 est retiré.

Onglet T, page 5 : l'avis sous le code 7312 est retiré.

## **Messages explicatifs modifiés**

- 359 En raison de la règle 24, 25 ou 27 du Préambule général, le modificateur 070, 142 ou 167 est non applicable puisque cet acte n'a pas été fait seul. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 914 Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ». Pour l'acte 9943, seule la lettre « A » dans la case C.S. est exigée.

## **Messages explicatifs annulés**

Les messages 353, 390 et 391 sont annulés.

## **Nouveaux messages explicatifs**

- 173 En raison de la règle 9.1 du Préambule général, cet acte est inclus dans le tarif du service associé pour le médecin classé en médecine interne.
- 677 Tel que mentionné à l'avis sous l'acte, veuillez inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.

## LETTRE D'ENTENTE A-63

### concernant la rémunération des médecins spécialistes classés en radio-oncologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération mixte constitue désormais le mode de rémunération exclusif de tous les médecins radio-oncologues québécois, à l'exception de ceux exerçant à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;

**CONSIDÉRANT** la situation prévalant au sein du département de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, laquelle ne permet pas l'adhésion du département au mode de rémunération mixte;

**CONSIDÉRANT** la pertinence, dans ces circonstances, de permettre l'adhésion au mode de rémunération mixte pour les médecins du département qui sont favorables à cette adhésion.

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

1. D'autoriser, compte tenu de son caractère quasi exclusif, l'application du mode de rémunération mixte en radio-oncologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et ce, pour l'ensemble des médecins spécialistes en radio-oncologie qui ont demandé d'y adhérer.
2. De mettre fin à l'application du mode de rémunération spécifique mis en place pour le Docteur Philippe A. Coucke (05-046) et prévu à la lettre d'entente A-62.
3. La présente lettre d'entente prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2006.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2006.

---

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
SERVICES SOCIAUX

---

**YVES DUGRÉ, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC