

COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
INFO PROF : Québec (418) 528-7763
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

| | |
|---|----------------|
| Assistance aux professionnels | |
| Québec | (418) 643-8210 |
| Montréal | (514) 873-3480 |
| Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick | 1 800 463-4770 |
| Télécopieur | |
| Québec | (418) 648-8251 |
| Montréal | (514) 873-5951 |

Sillery, le 3 mars 2004

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 85

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 85** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet le **1^{er} janvier 2004** sauf mention contraire. À cet égard, certains articles prenant effet le 1^{er} avril 2004 sont traités à part dans la deuxième section de ce communiqué. Le texte paraphé est joint en [Partie II](#).

De plus, ce communiqué comporte un rappel sur la facturation des frais de déplacement.

L'Amendement n° 85 modifie les documents officiels suivants :

- ❑ **L'Entente générale** : notamment article 30.00 sur le dépannage;
- ❑ **L'Annexe V** : tarif des actes médicaux; prend effet le **1^{er} avril 2004 seulement**;
- ❑ **L'Annexe VI** : avantages sociaux;
- ❑ **L'Annexe XII** : rémunération différente dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels;
- ❑ **L'Annexe XVIII** : rémunération dans le cadre du mécanisme de dépannage; prend effet le **1^{er} avril 2004**;
- ❑ **L'Annexe XIX** : programme de formation continue;
- ❑ **Lettres d'entente (L.E.) n° 33, 36, 37, 70** reliées aux AMP : sont abrogées;
- ❑ **L.E. n° 116**;
- ❑ **L.E. n° 131** : prend effet le **1^{er} avril 2004**;
- ❑ **L.E. n° 145**;
- ❑ Entente particulière (E.P.) **sur le Grand-Nord**;
- ❑ E.P. conditions d'exercice dans ou auprès du **CH de l'Archipel**, Îles-de-la-Madeleine;
- ❑ E.P. en **anesthésie** dans certains CHSGS; prend effet le **1^{er} avril 2004**;
- ❑ E.P. relative aux **AMP**;
- ❑ E.P. exercice de la profession **dans ou auprès d'un CLSC**; prend effet le **1^{er} avril 2004**;
- ❑ E.P. relative à la **santé publique**; prend effet le **1^{er} avril 2004**;
- ❑ E.P. prise en charge et suivi des **clientèles vulnérables**;

Articles prenant effet avant le 1^{er} avril 2004

A. DÉPANNAGE

1. Frais de déplacement

Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

- Les modifications suivantes sont apportées au paragraphe **30.05** de l'Entente :
 - ⇒ La location de voiture est désormais permise pour réaliser la totalité d'un trajet et pour la durée du séjour alors qu'elle n'était autorisée auparavant que pour compléter un trajet effectué en transport en commun;
 - ⇒ La distance parcourue dans le cas d'utilisation d'un véhicule personnel est comptée **du point de départ situé au Québec** duquel le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement plutôt que du point de sortie de la municipalité;
 - ⇒ Ajouts quant à l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère, personnel ou nolisé.
(Voir Partie II, page 1/26)
- Modifications au paragr. **30.06, alinéa a)** portant sur le temps de déplacement dans les cas de transport aérien ou ferroviaire :
 - ⇒ Précision à l'effet que l'allocation d'une heure octroyée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation du transport aérien ne s'applique pas dans les cas d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé;
 - ⇒ Ajout à l'effet que le temps de déplacement pour se rendre à l'aéroport et à l'établissement et en revenir est compensé selon la formule connue : $\text{Km total (aller-retour)}/80\text{km/hre} = \text{durée de déplacement}$.
- Le paragraphe **30.08** traitant des frais de séjour payés par l'établissement est remplacé.
(Voir Partie II, page 2/26)

2. Dépannage dans le cadre de la LETTRE D'ENTENTE N° 145 : prise en charge de l'urgence du C.H. Beauce-Etchemin par les médecins de l'établissement Prend effet le **19 décembre 2003**.

Ajout du paragr. 5.02 afin d'inclure le médecin exerçant dans le cadre du dépannage. Celui-ci a droit à une majoration de 15 % pour les services dispensés à l'urgence conditionnellement à un engagement d'assumer un nombre déterminé de gardes pour une période de trois mois.
(Voir Partie II, page 24/26)

3. Dépannage dans le cadre de l'E.P. SUR LE GRAND-NORD (durée de séjour)

Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

Abrogation du paragr. 9.03 relativement à la période minimale de dépannage de sept jours.
(Voir Partie II, page 24/26)

B. ANNEXE VI – AVANTAGES SOCIAUX

- Perfectionnement (paragr. 5.04)
Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

Le médecin a maintenant trois mois suivant la tenue de la journée de perfectionnement pour soumettre ses pièces justificatives à la RAMQ.

- Assurance invalidité de base – programme de réadaptation (paragr. 8.02 a) ii).
Prend effet le **1^{er} juillet 1999**.

Ajout du programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire après une période minimale de quatre mois d'invalidité continue; la limitation de trois mois consécutifs pour la période de réadaptation ne s'applique pas dans ce cas (Voir Partie II, page 21/26).

C. ANNEXE XII – RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé

- Majorations de rétention (paragr. 2.2 de la section I)
Prend effet le **1^{er} octobre 2003**

Rectification à l'effet que le médecin admissible aux majorations de rétention applicables à la vingtième année de pratique est celui qui compte **19** années de pratique et plus à compter de la date d'obtention du permis de pratique; cela est toujours conditionnel à l'admissibilité de ce médecin pour la septième année de pratique principale continue en régions désignées.

Note : La RAMQ procédera à une révision des dossiers concernés lorsque les changements auront été implantés dans ses systèmes.

- Frais de sortie (paragr. 2.4 de la section II)
Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

Dans le renvoi relié à la location de voiture, on modifie « *dans la localité à desservir* » par « *au lieu de destination* ». Par ailleurs, la location de voiture demeure sujette à une autorisation pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.

- Frais de ressourcement (article 5 de la section II)
Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

- La notion de « *résidence principale* » est remplacée par celle de « *pratique active* » aux paragr. 5.1 a) et b) et le nouveau paragr. 5.8 précise ce qu'est une pratique active.
- On ne fait plus mention aux paragr. 5.4 et 5.6 des termes « *réside* », « *résidence principale* et « *sur une base régulière* ».
- Séjour de ressourcement ou de perfectionnement : le médecin a maintenant trois mois suivant la prise du congé pour soumettre ses pièces justificatives à la RAMQ.

(Voir Partie II, pages 21 et 22/26)

D. L'ANNEXE XIX sur la formation continue est remplacée par une nouvelle version. Vous avez été informés des principaux changements dans le communiqué 133/2004-01-27. L'Annexe XIX, version de l'Amendement n° 85, est dans le site Internet de la RAMQ.

E. LETTRES D'ENTENTE N° 33, 36,37 et L.E. n° 70 (règles d'émancipation)
(Prise d'effet le **1^{er} septembre 2003**)

Ces lettres d'entente reliées à l'ancienne version de l'E.P. sur les AMP sont abrogées.
(Voir Partie II, page 24/26)

- F. LETTRE D'ENTENTE N° 116 : rémunération pour les médecins exerçant au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie
Prend effet le **1^{er} septembre 2003**

Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au **31 août 2004**. (Voir Partie II, page 24/26)

- G. E.P. sur le **Grand-Nord**
Prend effet le **1^{er} février 2002**

Ajout du paragr. 1.02 à l'effet de considérer le CLSC Naskapi (n° de facturation 95272) comme un CLSC du réseau de garde intégré aux fins de l'application de l'Annexe XII.
(Voir Partie II, page 24/26).

Note : La RAMQ procédera à une révision pour les médecins concernés.

- H. E.P. conditions d'exercice dans ou auprès du **CH de l'Archipel**, Iles-de-la-Madeleine;
Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

Ajout à l'article 5.00 portant sur les conditions particulières, du paragr. **5.02** permettant une nomination à demi - temps en périodes discontinues. Un médecin pourrait obtenir une nomination d'une durée annuelle de six mois répartie sur des périodes discontinues et bénéficier des dispositions de l'Annexe XII; certaines réserves s'appliquent.
(Voir Partie II, pages 24 et 25/26)

- I. E.P. sur les AMP
(Prend effet le **1^{er} septembre 2003**)

Remplacement du paragraphe 4.8 sur le consentement. (Voir Partie II, page 25/26)

- J. E.P. prise en charge et suivi des **clientèles vulnérables**
Prend effet le **1^{er} avril 2003**

L'inscription auprès du DRMG **n'est plus requise**. Les paragr. 3.01 et 3.02 qui faisaient mention de cette inscription sont donc abrogés (Voir Partie II, page 26/26).

Articles prenant effet le 1^{er} avril 2004

- A. Annexe XVIII sur les modalités de rémunération reliées au dépannage

- Dépannage dans une unité de courte durée (paragr. 2.01) :
 - précision à l'effet que le médecin se rendant dans un établissement couvert par **l'E.P. malades admis en CHSGS** est rémunéré selon les modalités de cette E.P. : il doit donc utiliser la formule du forfait + % des actes qui y est prévue;
 - maintien du **choix** de rémunération (acte **ou** forfait + % des actes) que le médecin doit manifester au début de la période de dépannage, lorsqu'il se rend dans un **établissement non adhérent à l'entente précitée**;
 - la période minimale de 8 heures de services lors de l'option du forfait couvre également les services dispensés en clinique externe auprès de patients relevant de ce médecin.

- Dépannage en obstétrique et en périnatalité :
 - **choix** de rémunération que le médecin doit manifester au début de la période de dépannage entre un forfait quotidien équivalent à 9 heures rémunérées à tarif horaire **ou** un forfait quotidien de 500 \$ + 41,5 % du tarif des actes.
(Voir Partie II, nouvel avis sous 3.01a), page 23/26)
- Dépannage en anesthésie
 - **choix** de rémunération que le médecin doit manifester au début de sa période de dépannage entre le mode de l'acte **ou** un forfait quotidien équivalent à 9 heures rémunérées à tarif horaire **ou rémunération selon l'E.P. en anesthésie si l'établissement y est adhérent.**
(Voir Partie II, page 23/26)

B. L.E. n° 131 : **ressourcement** en médecine hospitalière, région en pénurie d'effectifs médicaux.

Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au **31 mars 2005** (Voir Partie II, page 24/26).

C. E.P. en **anesthésie** dans certains CHSGS

L'Amendement n° 85 apporte une nouvelle version de cette E.P.

Un communiqué sera adressé aux établissements et aux médecins concernés.

D. E.P. exercice de la profession **dans ou auprès d'un CLSC et E.P.** relative à la **santé publique**.

Le Centre anti-poison auparavant rattaché à l'Institut National de la santé publique est retiré de l'E.P. relative à la santé publique et ajouté à l'E.P. sur l'exercice de la profession dans ou auprès d'un CLSC dans le cadre d'un programme spécifique, sous la responsabilité du CLSC Haute-Ville-des-Rivières.

(Voir Partie II, pages 25 et 26/26)

E. ANNEXE V : tarif des actes médicaux

- **2.2.9 B du Préambule général** – Service d'urgence d'un C.H. et C.L.S.C. du réseau de garde intégré (Voir Partie II, page 2/26)

Le supplément de 50 \$ (code d'acte **9791**) pour les services dispensés de 20 h 00 à 24 h 00 la semaine excluant les jours fériés est maintenant divisible en heures.

Note : Vous devrez alors inscrire à compter du 1^{er} avril 2004, le nombre d'heures dans la case UNITÉS de votre demande de paiement.

- **Annexe I du Préambule général** – Actes inclus

Ajout de l'installation de l'équipement de l'inhalothérapie.

- **ONGLETS** : les onglets suivants sont touchés notamment dans un but d'harmonisation avec les médecins spécialistes, soit par des libellés modifiés, des codes abolis (voir tableau synthèse page 7) ou plusieurs augmentations de tarifs (tableau synthèse page 8).

Onglet C – **Actes diagnostiques et thérapeutiques** (Voir Partie II, pages 2 à 5/26)

- Onglet D – **Anesthésie – Réanimation** (Voir Partie II, pages 5 à 9/26).
 La valeur de l'unité est haussée de 11,20 \$ à **11,45 \$** à compter du **1^{er} avril 2004**.
 Le nombre d'unités de la rubrique *Coeur-poumon artificiel* passe de 16 à **17**.
 Onglet F – **Peau phanères** (Voir Partie II, pages 9 et 10/26, texte et avis).
 Onglet G – **Appareil musculo-squelettique** (Voir Partie II, pages 10 à 15/26).
 Onglet H – **Système respiratoire** (Voir Partie II, pages 15 et 16/26).
 Onglet J – **Système cardiaque** (Voir Partie II, page 16/26)
 Onglet K – **Systèmes lymphatique et hématopoïétique** (Voir Partie II, page 17/26).
 Onglet L – **Système digestif** (Voir Partie II, pages 17 et 18/26).
 Onglet M – **Appareil urinaire** (Voir Partie II, pages 19 et 20/26).
 Onglet N – **Appareil génital mâle** (Voir Partie II, page 20/26).
 Onglet P – **Gynécologie** (Voir Partie II, page 20/26).
 Onglet T – **Appareil visuel** (Voir Partie II, pages 20 et 21/26).

Changements dans votre manuel de facturation

La dernière mise à jour (MAJ 48) du manuel de facturation intégrant les changements apportés par l'Amendement n° 85 sera dans le site Internet de la RAMQ **à compter du 1^{er} avril 2004**.

Nous attirons toutefois votre attention sur les modifications suivantes :

- ⇒ Onglet Rédaction de la demande de paiement à la page 27 : **Modificateurs multiples, à utiliser pour les services rendus à compter du 1^{er} avril 2004**

| Lorsque les modificateurs s'appliquent en même temps | Utiliser le modificateur multiple | Constante (facteurs de multiplication) |
|--|-----------------------------------|--|
| 028-050 | 217 | 0,50 |
| 028-093 | 218 | 1,00 |
| 028-094 | 219 | 1,00 |
| 028-095 | 220 | 1,00 |
| 028-105 | 221 | 0,35 |
| 050-171 | 222 | 0,2075 |
| 093-171 | 223 | 0,4150 |
| 094-171 | 215 | 0,4150 |
| 045-171 | 216 | 0,4565 |
| 045-094-171 | 308 | 0,4565 |
| 028-094-105 | 314 | 0,35 |
| 028-050-093 | 315 | 0,50 |

⇒ Onglet Messages explicatifs : modifications aux libellés des deux messages explicatifs suivants :

- 653** Conformément à l'article 2.10 **ou 3.01a)** de l'Annexe XVIII ou à l'article 7.00 de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS », vous ne pouvez facturer le code d'acte inscrit sur la demande de paiement.
- 766** Vous ne détenez pas d'avis de service vous permettant d'être rémunéré pour cet acte **ou d'utiliser ce modificateur** dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement (réf. Annexe XVIII de l'Entente et Ententes particulières suivantes : « CH régional de Sept-Îles », « Malades admis en certains CHSGS » ou « Chef du service d'urgence »).

TABLEAU – AMENDEMENT N° 85 **NOUVEAUX CODES D'ACTE AU 1^{ER} AVRIL 2004**

| | | |
|------|------|------|
| 0170 | 0248 | 0176 |
| 0291 | 9304 | 0987 |
| 9305 | 0993 | 9306 |
| 0994 | 9307 | 0995 |
| 9308 | 9309 | 9327 |
| 9328 | 0996 | 9333 |
| 0724 | 9494 | 9495 |
| 9496 | 0925 | 0952 |
| 0997 | 0998 | 0999 |
| 0988 | 0989 | 1900 |
| 1901 | 0990 | 0991 |
| 0940 | 0981 | 0986 |
| 0985 | 1201 | 1202 |
| 1205 | 1233 | 1234 |
| 1176 | 1402 | 1407 |
| 1410 | 1403 | 1434 |
| 1435 | 1436 | 2343 |
| 2166 | 2228 | 2229 |
| 2340 | 2341 | 2362 |
| 2369 | 2532 | 2686 |
| 2687 | 2688 | 2689 |
| 2690 | 2016 | 2577 |
| 2724 | 2165 | 2680 |
| 2122 | 2172 | 2421 |
| 2437 | 2438 | 2439 |
| 2475 | 3104 | 3110 |
| 3111 | 3112 | 3113 |
| 3210 | 3211 | 4560 |
| 4518 | 5034 | 5035 |
| 5158 | 5159 | 6019 |
| 6024 | 7210 | 7211 |
| 7212 | 7213 | 7230 |
| 7231 | 7232 | 7233 |
| 7278 | | |

AJOUT R=2

| | |
|------|------|
| 0251 | 0469 |
|------|------|

TABLEAU – AMENDEMENT N° 85 CODES ABOLIS AU 1^{ER} AVRIL 2004

| | | |
|------|------|------|
| 0239 | 0421 | 0108 |
| 0115 | 0116 | 9420 |
| 0243 | 0871 | 0872 |
| 9430 | 9432 | 0923 |
| 0934 | 0931 | 0947 |
| 0948 | 0942 | 0943 |
| 0945 | 0914 | 0941 |
| 0944 | 1173 | 1174 |
| 1175 | 1229 | 1421 |
| 1422 | 1420 | 2451 |
| 2445 | 2270 | 2288 |
| 9578 | 2277 | 2453 |
| 2454 | 2452 | 2455 |
| 2456 | 2457 | 2494 |
| 2495 | 2496 | 2464 |
| 2395 | 2466 | 2467 |
| 2286 | 9554 | 9556 |
| 9557 | 9558 | 9559 |
| 2861 | 2468 | 2469 |
| 2470 | 2471 | 2715 |
| 2740 | 2661 | 2665 |
| 2667 | 2881 | 2149 |
| 9538 | 2147 | 2146 |
| 2148 | 2150 | 2151 |
| 2814 | 2815 | 2821 |
| 2258 | 2825 | 2141 |
| 2268 | 2250 | 2010 |
| 2738 | 2850 | 2826 |
| 2831 | 2843 | 2844 |
| 2845 | 2846 | 2440 |
| 2162 | 2163 | 2449 |
| 2472 | 2100 | 2101 |
| 2435 | 3106 | 3107 |
| 3214 | 3216 | 4519 |
| 5200 | 5046 | 5047 |
| 5048 | 6046 | 6047 |
| 7273 | 7274 | 7275 |
| 7276 | 7277 | 7278 |
| 7280 | | |

TABLEAUX – AMENDEMENT N° 85 CHANGEMENTS TARIFAIRES AU 1^{ER} AVRIL 2004

Anesthésie - Réanimation - Onglet D

La valeur de l'unité d'anesthésie est de 11,45 \$ à compter du 1^{er} avril 2004.

Tableau touchant divers onglets

Note : Les pages en référence sont données à titre indicatif. Elles sont basées sur la dernière version disponible dans le site Internet de la RAMQ. Il peut y avoir décalage avec votre version papier.

| CODES | RÉFÉRENCE (Page) | TARIF | CODES | RÉFÉRENCE (Page) | TARIF |
|-------|---------------------|------------------------------------|-------|---------------------|-------------------|
| 0323 | C-11 | 105,00 \$ | 0927 | D-8 | 10,91 \$ 43,64 |
| 1228 | F-13 | 420,00 \$ | 1230 | F-13 | 280,00 \$ |
| 1231 | F-13 | 480,00 \$ | 1232 | F-13 | 576,00 \$ |
| 1401 | F-13 | 280,00 \$ | 1465 | F-13 | 325,00 \$ |
| 1409 | F-14 | 140,00 \$ | 1419 | F-14 | 250,00 \$ |
| 2450 | G-9 | 528,00 \$ 99,00 \$ 627,00 \$ | 2458 | G-10 | 530,00 \$ |
| 2459 | G-10 | 636,00 \$ | 2460 | G-10 | 132,00 \$ |
| 2461 | G-10 | 1059,00 \$ | 2462 | G-10 | 1192,00 \$ |
| 2463 | G-10 | 115,50 \$ | 2293 | G-10 | 1080,00 \$ |
| 2399 | G-9 | 265,00 \$ | 2856 | G-10 | 132,00 \$ |
| 9555 | G-10 | 110,00 \$ | 2716 | G-29 | 463,00 \$ |
| 2714 | G-29 | 635,00 \$ | 2739 | G-29 | 530,00 \$ |
| 2742 | G-29 | 636,00 \$ | 2673 | G-29 | 636,00 \$ |
| 9589 | G-29 | 742,00 \$ | 9590 | G-29 | 115,50 \$ |
| 2013 | G-30 | 600,00 \$ | 2056 | G-31 | 265,00 \$ |
| 9539 | G-31 | 463,00 \$ | 9540 | G-31 | 265,00 \$ |
| 3105 | H-4 | 188,00 \$ | 3215 | H-4 | 344,00 \$ |
| 3108 | H-4 | 258,00 \$ | 3235 | H-4 | 387,00 \$ |
| 3236 | H-4 | 441,00 \$ | 3237 | H-4 | 441,00 \$ |
| 3238 | H-4 | 548,00 \$ | 3246 | H-4 | 269,00 \$ |
| 3247 | H-4 | 339,00 \$ | 3249 | H-4 | 339,00 \$ |
| 3250 | H-4 | 339,00 \$ | 5001 | L-2 | 96,80 \$ |
| 5002 | L-2 | 140,00 \$ | 5173 | L-2 | 43,00 \$ |
| 5161 | L-2 | 108,00 \$ | 6016 | M-4 | 460,00 \$ |
| 6044 | M-4 | 526,00 \$ | 7279 | T-5 | 310,00 \$ |
| 7283 | T-5 | 280,00 \$ | 7377 | T-5 | 325,00 \$ |

| ACTE | R-2 | PAGE | ACTE | R-2 | PAGE | ACTE | R-2 | PAGE |
|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|
| 0485 | 3 | C-24 | 5081 | 6 | L-16 | 6008 | 7 | M-2 |
| 0323 | 4 | C-11 | 5083 | 7 | L-16 | 6113 | 5 | M-5 |
| 0954 | 4 | D-9 | 5090 | 7 | L-9 | 6114 | 7 | M-3 |
| 0977 | 7 | D-9 | 5093 | 6 | L-9 | 6214 | 9 | M-4 |
| 0978 | 7 | D-9 | 5094 | 8 | L-9 | 6330 | 4 | M-4 |
| 0979 | 6 | D-9 | 5118 | 6 | L-16 | 6331 | 6 | M-4 |
| 1011 | 4 | F-13 | 5125 | 5 | L-8 | 6332 | 6 | M-4 |
| 1401 | 5 | F-13 | 5136 | 9 | L-9 | 6335 | 6 | M-4 |
| 1465 | 5 | F-13 | 5138 | 6 | L-9 | 6340 | 7 | M-5 |
| 1419 | 3 | F-14 | 5139 | 6 | L-9 | 6357 | 5 | M-6 |
| 2399 | 5 | G-9 | 5140 | 9 | L-9 | 6418 | 5 | N-4 |
| 2487 | 3 | G-30 | 5141 | 9 | L-9 | 6444 | 5 | N-5 |
| 2391 | 3 | G-30 | 5142 | 9 | L-9 | 6148 | 3 | P-5 |
| 2392 | 3 | G-30 | 5154 | 9 | L-9 | 7379 | 3 | T-5 |
| 2393 | 3 | G-30 | 5164 | 9 | L-9 | | | |
| 9539 | 4 | G-31 | 5165 | 9 | L-9 | | | |
| 9540 | 3 | G-31 | 5183 | 7 | L-11 | | | |
| 2408 | 7 | G-36 | 5240 | 11 | L-11 | | | |
| 2730 | 4 | G-39 | 5241 | 9 | L-11 | | | |
| 2887 | 4 | G-36 | 5242 | 13 | L-11 | | | |
| 2897 | 4 | G-23 | 5243 | 13 | L-11 | | | |
| 2949 | 4 | G-37 | 5320 | 7 | L-2 | | | |
| 2950 | 4 | G-28 | 5321 | 7 | L-2 | | | |
| 2952 | 5 | G-28 | 5323 | 7 | L-2 | | | |
| 9535 | 3 | G-42 | 5329 | 11 | L-4 | | | |
| 3019 | 6 | H-6 | 5335 | 3 | L-4 | | | |
| 3027 | 11 | H-7 | 5355 | 11 | L-8 | | | |
| 3115 | 9 | H-5 | 5363 | 6 | L-8 | | | |
| 3120 | 11 | H-7 | 5365 | 5 | L-8 | | | |
| 3122 | 11 | H-8 | 5367 | 5 | L-8 | | | |
| 3220 | 12 | H-5 | 5374 | 9 | L-10 | | | |
| 3225 | 4 | H-3 | 5376 | 9 | L-8 | | | |
| 3301 | 4 | H-2 | 5383 | 6 | L-10 | | | |
| 3321 | 4 | H-2 | 5384 | 6 | L-10 | | | |
| 3340 | 11 | H-3 | 5385 | 6 | L-10 | | | |
| 3341 | 11 | H-3 | 5386 | 9 | L-10 | | | |
| 4695 | 14 | J-10 | 5390 | 7 | L-10 | | | |
| 4245 | 5 | K-3 | 5391 | 6 | L-10 | | | |
| 5027 | 5 | L-8 | 5400 | 9 | L-11 | | | |
| 5029 | 5 | L-8 | 5405 | 6 | L-12 | | | |
| 5030 | 5 | L-8 | 5435 | 9 | L-14 | | | |
| 5036 | 5 | L-10 | 5442 | 11 | L-15 | | | |
| 5042 | 6 | L-11 | 5445 | 9 | L-15 | | | |
| 5043 | 9 | L-6 | 5447 | 9 | L-15 | | | |
| 5077 | 6 | L-16 | 5480 | 11 | L-17 | | | |
| 5080 | 7 | L-16 | 5816 | 4 | L-13 | | | |

AUTRES RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1) CODES DE TRANSFERT AMBULANCIER

Dans les cas d'utilisation des codes de transfert ambulancier **9087** et **9246**, veuillez prendre note de toujours facturer l'aller et le retour.

2) RAPPEL CONCERNANT LES FRAIS DE DÉPLACEMENT

Depuis le 1^{er} octobre 2003, l'indemnité pour frais de kilométrage a été augmentée à **0,72 \$**; cette mesure s'applique aussi au **médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital** pour un accouchement ou une césarienne selon les dispositions du Préambule général (P.G. 2.4.2).

Afin de prévenir les erreurs de facturation des frais de déplacement, nous vous présentons les instructions de facturation les plus fréquemment oubliées suivant notre analyse des demandes reçues depuis le 31 octobre dernier.

Pour vous éviter coupure et désagréments, nous vous invitons donc à porter une attention toute particulière aux éléments suivants :

- **Si le seul moyen de transport utilisé est votre véhicule personnel :**
 1. **Toujours** inscrire le code postal ou le nom de votre localité de départ.
 2. Si vous facturez vos frais de déplacement sur la Demande de paiement n° **1200** :
 - 2.1 **Toujours** inscrire le NAM de la personne à qui vous avez rendu un service assuré.
 - 2.2 Inscrire votre kilométrage dans la case DISTANCE et le montant réclamé dans la case adjacente. Ne pas utiliser le code d'acte 9991 dans ces cas.
 - 2.3 Réclamer le temps de déplacement, code d'acte **9992**, sur la même demande de paiement que celle où vous réclamez votre kilométrage.
 3. Si vous facturez sur une demande de paiement n° **1606** :
 - 3.1 Utiliser le code d'acte **99900** et ne pas utiliser le formulaire n° 1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement » lorsque vous facturez uniquement du kilométrage pour vos frais de transport.
 - 3.2 Utiliser le code d'acte **99910** uniquement pour reporter sur votre formulaire n° 1606 le total des frais de transport détaillés sur le formulaire n° 1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement ».

- **Autres moyens de transport que le véhicule personnel :**

1. Fournir les **originaux** des pièces justificatives.
2. Fournir un billet électronique comportant la **signature originale** du professionnel visé. Si vous désirez obtenir une révision suite à un refus de paiement dû au non-respect de cette exigence, veuillez nous faire parvenir votre demande de révision en joignant, si disponible, une copie du billet électronique comportant votre signature originale. À défaut de pouvoir le faire, vous devrez attester avoir effectué le transport décrit sur la demande de révision.
3. Fournir toutes les informations permettant de reconstituer la totalité du temps de déplacement réclamé lors d'un report de vol, retard de départ, etc.
4. L'allocation de temps ajoutée pour compenser le temps d'attente habituel relié à l'utilisation du transport aérien est limité à 1 heure au total.

- **Frais ou temps de déplacement de 1 000 \$ ou plus**

Si vous facturez à l'acte sur un formulaire n° 1200 (papier ou par télécommunication) et que le montant à réclamer pour vos frais de transport (**9991**) ou votre temps de déplacement (**9992**), atteint 1 000 \$ ou plus, veuillez

1. indiquer ce montant seul sur une demande de paiement avec le code approprié (9991 ou 9992 selon le cas) et les données habituelles d'identification.
2. inscrire la lettre A dans la case CS et mettre en référence dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autre demande de paiement sur laquelle vous avez réclamé le reste de vos frais de déplacement et/ou les services rendus lors de ce déplacement.

Note : Ce communiqué ainsi que le texte paraphé de l'Amendement n° 85 sont disponibles dans le site Internet de la RAMQ, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Surveillez notre site Internet, la mise à jour 48 du Manuel de facturation intégrera dès le 1^{er} avril 2004, tous les changements apportés par l'Amendement n° 85.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 85](#)

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

**TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 85 À L'ENTENTE GÉNÉRALE DU 1^{er} SEPTEMBRE 1976
ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES
MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est de nouveau amendée de la façon suivante :

a) Ajouter au paragraphe 26.02 le nom suivant :

« Maître Yvan Brodeur »

b) Remplacer le paragraphe 30.05 a) par le suivant :

« **30.05 Les frais de déplacement** (transport et temps de déplacement) sont remboursés au médecin par la Régie selon les modalités suivantes :

a) La Régie lui paie, sur présentation des pièces justificatives, les frais réels de transport (avion, train, taxi* ou location de voiture)

OU

Au taux de 0,72 ¢ par kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'usage de son automobile. On compte la distance du point de départ située au Québec de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement. Cette distance est établie suivant la publication **Distances routières** du ministère du Transport du gouvernement du Québec.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

L'utilisation de l'automobile personnelle peut aussi être autorisée par l'établissement pour permettre au médecin de se rendre de l'établissement à son lieu de séjour. Dans ce cas, le médecin est remboursé par l'établissement.

Exceptionnellement, le comité paritaire peut autoriser les frais réels de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère, personnel ou nolisé. À défaut d'une telle autorisation, le médecin sera remboursé par la Régie, selon la modalité suivante applicable :

- s'il existe une liaison commerciale, la Régie remboursera, pour la partie relative au vol aérien, un montant équivalent à celui de la liaison commerciale pour des envolées équivalentes en ajoutant, s'il y a lieu, le montant des taxis requis pour se rendre à l'établissement;

OU

- selon les dispositions apparaissant ci-dessus pour l'utilisation d'une automobile personnelle

* L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination. »

c) Remplacer l'alinéa a) du paragraphe 30.06 par le suivant :

« **a)** Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure au total pour l'aller et le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'établissement et en revenir est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b) ci-dessous.»

d) Remplacer le paragraphe 30.08 par le suivant :

« 30.08 L'établissement paie les frais de séjour du médecin. Les frais de séjour (repas, logement et autres frais) sont remboursés au médecin selon les modalités prévues dans la directive 5-74 refondue par le C.T 194 603 mis à jour le 1^{er} juillet 2003. »

2. L'annexe V de l'Entente, intitulée « **Tarifs des actes médicaux** » est modifié de la façon suivante :

A) En modifiant le Préambule de la façon suivante :

a) Ajouter au deuxième alinéa du sous-paragraphe 2.2.9B la phrase suivante :

« Ce supplément est divisible en heures. »

AVIS : *Inscrire le nombre d'heures dans la case UNITÉS.*

b) Ajouter à l'annexe I les mots « installation de l'équipement de l'inhalothérapie » après les mots « insertion de tiges laminaires ».

B) En modifiant la section « **ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES** » de la façon suivante :

a) En remplaçant les libellés et tarifs des actes 9360 et 9361 de la façon suivante :

| | | | |
|--------|---|--------|---|
| « 9360 | Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (P.G. 2.9) | 475,00 | 7 |
| 9361 | dilatation additionnelle, supplément | 105,00 | » |

b) En modifiant le nombre d'unité des actes de la façon suivante :

| | |
|--------|-----|
| « 0251 | 4 |
| 0469 | 3 |
| 0485 | 3 » |

c) En remplaçant la sous rubrique « Électrophysiologie » par la suivante :

« Électrophysiologie

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

AVIS : *Le maximum de 800,00 \$ vise la combinaison d'actes 0170, 0248, 0176, 0291, 9422, 0323, 9471, 0564, 9345 effectuée le même jour.*

| | | | |
|------|---|----------|---|
| 0170 | Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (P.G.2.9) | 135,00 | 3 |
| 0248 | ablation du nœud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément | 100,00 | 4 |
| 0176 | Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (P.G.2.9) | 400,00 | 5 |
| 0291 | ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément | 200,00 | 4 |
| 9422 | avec mapping gauche, supplément | 100,00 | 4 |
| 0323 | avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément | 105,00 | 4 |
| 9471 | cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément | 200,00 | 4 |
| | NOTE : Le service médical codé 9471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 9422 et 0323 | | |
| | NOTE : Les services médicaux codés 0170 et 0176 ne peuvent être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du cœur. | | |
| 0564 | Test de la table basculante pour syncope vasomotrice, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante, sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire | 120,00 | |
| | NOTE : La durée habituelle de ce test est d'une heure et demie et la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé. Ce procédé ne peut être fait que dans un établissement. | | |
| 9345 | Cartographie cardiaque peropératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire | 375,00 » | |

d) Modifier la sous rubrique « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques » de la façon suivante :

- i)** Abolir les actes suivants : 0243, 0871, 0872 ;
- ii)** Ajouter, sous le code 0557 les libellé et note suivants :

« Cathétérismes veineux

NOTE : Lorsque le médecin installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf pour le médecin anesthésiste au cours d'une chirurgie.

Dans ce cas, il doit utiliser le code d'acte correspondant en rôle 2). Lorsqu'un médecin installe un cathéter et que le patient nécessite une anesthésie par un médecin anesthésiste, celui-ci est rémunéré selon la valeur de base et de durée en rôle 2 du même code d'acte. »

iii) Ajouter, sous le code 0695 les codes, libellé et tarifs suivants :

| | | | |
|----------------|---|-----------------|---------|
| « 9304 0987 | Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz supplément (P.A.R. 3.02) | 105,00 | 9 |
| | Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire | | |
| 9305 0993 | patient de moins de 16 ans supplément (P.A.R. 3.02) | 57,00 | 3* 5 |
| 9306 0994 | patient de 16 ans ou plus supplément (P.A.R. 3.02) | 31,10 | 3* 3 |
| 9307 0995 | Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste supplément (P.A.R. 3.02) | 50,00 | 3* 5 |
| 9308 9309 | Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant si reprise de la technique en deçà de trente jours, supplément | 160,00 25,00 | |
| 9327 | Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant | 92,00 | |
| 9328 0996 | Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique supplément (P.A.R. 3.02) | 75,00 | 7 |
| 9333 | Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie | 35,00 » | |

e) En ajoutant, sous le code 9365 dans la sous-rubrique « Bronchoscopie incluant laryngoscopie, trachéoscopie et la biopsie » de la rubrique « **Pneumologie** » le code suivant :

| | | | |
|--------|--|--------|-----|
| « 0724 | Avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément | 150,00 | 1 » |
|--------|--|--------|-----|

f) En remplaçant les codes 9430 et 9432 de la rubrique « **Radiologie** » par les suivants :

| | | | |
|------|---|--------|-----|
| | « Angioplastie transluminale percutanée d'une ou plusieurs sténoses et/ou obstruction(s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance | | |
| 9494 | par ballonnet | 300,00 | 9 |
| 9495 | par athérectomie | 300,00 | 9 |
| 9496 | par ballonnet et athérectomie | 400,00 | 9 » |

g) En ajoutant à la suite de l'acte 9433, à la fin du texte, la phrase suivante :

« Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents. »

h) En ajoutant sous le code 8520 sous la rubrique « **Radio-oncologie** » le code suivant :

| | | | |
|--------|---|-------|-----|
| « 8566 | Implantation d'un ou de plusieurs marqueurs permanents en vue de repérage d'un organe ou d'une tumeur | 35,00 | 3 » |
|--------|---|-------|-----|

C) En modifiant la section « **ANESTHÉSIE-RÉANIMATION** » de la façon suivante :

a) Remplacer à la « NOTE » la valeur de l'unité par la suivante :

« VALEUR DE L'UNITÉ : 11,45 \$ »

b) Ajouter après la rubrique « **Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale** » le code d'acte suivant :

« 0925 Curetage sous-gingival 4* »

c) Modifier la rubrique « **Anesthésie obstétricale** » en abolissant le code d'acte 0923.

d) Modifier la rubrique « **Anesthésie diagnostic et thérapeutique** » en remplaçant après le code 0935, les codes 0934 – 0931 – 0947 – 0948 – 0942 – 0943 – 0945 par les suivants :

| | | | |
|--------|---|--------|--|
| « 0952 | Épidurale différentielle incluant les examens et consultations, les injections et la surveillance | 152,65 | |
| | NOTE : comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. | | |
| | Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 0933 et 0935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. | | |

Les services médicaux 0952 et 1901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.

Douleur aiguë ou douleur chronique :

| | | |
|------|--|-------|
| | Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les examens et consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections | |
| 0997 | période de 24 heures ou moins | 4 |
| 0998 | période de plus de 24 heures | 8 |
| 0999 | période de plus de 96 heures, par jour, supplément | 3 |
| | Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections | |
| 0988 | période de 24 heures ou moins | 4 |
| 0989 | période de plus de 24 heures | 8 |
| 1900 | période de plus de 96 heures, par jour, supplément | 3 |
| 1901 | Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique | 50,00 |
| | NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 0933 et 0935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. | |
| | NOTE : Les services médicaux 0952 et 1901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient. » | |

e) Remplacer la rubrique « **Inhalothérapie** » par la suivante :

| | | |
|--------|---|-------|
| « 0917 | Examen de contrôle | 6,10 |
| | Maximum par jour | 24,40 |
| | NOTE : ne peut être facturé par un médecin qui a réclamé le rôle 2 auprès du même patient, le même jour. | |
| 0984 | Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de cinq (5) ou moins | 4 » |

f) Abolir la rubrique « **Soins spéciaux** ».

g) En remplaçant la rubrique « Soins de ventilation » par la suivante :

« Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin anesthésiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

| | | |
|------|--|----|
| 0928 | Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) | 1* |
|------|--|----|

NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical

| | | |
|------|--|----------------|
| 0927 | Contrôle subséquent, par examen maximum par jour | 10,91 43,64 |
|------|--|----------------|

NOTE : Cet examen ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen.

AVIS : *utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS*

Niveau II

Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin anesthésiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle

| | | |
|------|---|----|
| 0990 | Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) | 4* |
|------|---|----|

NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical

| | | |
|------|--|----------------|
| 0991 | Contrôle subséquent, par examen Maximum par jour | 10,91 65,46 |
|------|--|----------------|

AVIS : *utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*

| | | |
|------|--|-----|
| 0912 | Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. (P.A.R. 3.02) | 9 |
| 0940 | Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible (P.A.R. 3.02) | 7 |
| 0926 | Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement et des examens | 3 » |

h) En augmentant le nombre d'unité de la rubrique « **Cœur-poumon artificiel** » de 16 à 17.

i) En remplaçant la rubrique « **Divers** » par la suivante :

| | | |
|------|---|----|
| | « DIVERS | |
| 0981 | Anesthésie pour angioradiologie (P.G. 2.9) | 5* |
| 0982 | Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne | 5* |
| 0954 | Anesthésie pour électroconvulsothérapie NOTE : l'examen préanesthésique s'applique au début de la série de traitements seulement | 4* |
| 0986 | Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur | 3* |
| 0958 | Anesthésie générale pour épiglottite (P.G. 2.9) | 9* |
| 0971 | Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale | 3* |
| 0972 | Anesthésie pour ablation de points de suture | 3* |
| 0974 | Tamponnement nasal antérieur | 3* |
| 0975 | Anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie | 6* |
| 0973 | Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie | 9* |
| | Anesthésie pour examen ophtalmologique : | |
| 0955 | sans intubation | 4* |
| 0956 | avec intubation | 4* |
| 0976 | Anesthésie pour examen sous anesthésie générale | 3* |
| 0977 | Anesthésie pour circulation assistée | 7* |
| 0978 | Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire | 7* |
| 0979 | Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire | 6* |
| 0983 | Anesthésie pour télécobalthérapie | 3* |

0985 Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément 1 »

D) En modifiant la section « PEAU-PHANÈRES » de la façon suivante :

a) En remplaçant la rubrique « Seins » par la suivante :

| | | | |
|------|--|--------|---|
| | « <i>Incision</i> | | |
| 1011 | Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (P.G. 2.4.7.7.B) | 53,00 | 4 |
| | <i>Excision</i> | | |
| 1201 | Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein | 130,15 | 4 |
| 1202 | Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique | 170,00 | 4 |
| 1205 | Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne | 156,00 | 4 |
| 1228 | avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne | 420,00 | 4 |
| 1230 | Mastectomie simple ou totale | 280,00 | 4 |
| | Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie | | |
| 1233 | unilatérale | 230,00 | 4 |
| 1234 | bilatérale | 345,00 | 4 |
| | NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans. | | |
| | <u>AVIS</u> : <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code 1233 ou 1234 est facturé.</i> | | |
| 1231 | Mastectomie radicale ou radicale modifiée | 480,00 | 5 |
| 1232 | Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne | 576,00 | 7 |
| 1176 | Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse | 120,00 | 3 |
| | NOTE : Joindre les comptes rendus opératoires et anatomo-pathologique | | |
| 1235 | Excision du mamelon | 52,00 | 3 |

Réparation

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 1401, 1402, 1407, 1410, 1419 et 1465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 1434 et 1435 dans les cas d'asymétrie mammaire. Lorsque le code 1435 est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

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

| | | | |
|--|---|---------|-----|
| 1401 | Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale | 280,00 | 5 |
| 1402 | Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant) Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal | 1045,00 | 9 |
| 1407 | sans implant | 650,00 | 9 |
| 1410 | avec implant | 750,00 | 9 |
| NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site. | | | |
| 1403 | avec greffe de mamelon, supplément Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole) | 192,50 | |
| 1434 | unilatérale | 341,00 | 5 |
| 1435 | bilatérale | 505,00 | 5 |
| AVIS : La réduction de moins de 250 grammes par sein n'est pas un service assuré. | | | |
| 1436 | si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein | 55,00 | |
| 1465 | Mastopexie | 325,00 | 5 |
| 1408 | Exérèse de prothèse mammaire | 35,00 | 3 |
| 1409 | Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie | 140,00 | 3 |
| 1419 | Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) | 250,00 | 3 » |

E) En modifiant la section « **APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE** » de la façon suivante :

a) En remplaçant la sous-rubrique « Scoliose » de la rubrique « **Colonne vertébrale** » par la suivante :

« *Scoliose*

correction par approche postérieure du rachis

| | | | |
|------|--------------------------------|--------|----|
| | sans instrumentation (in situ) | | |
| 2450 | premier niveau | 528,00 | 11 |
| | niveau additionnel | 99,00 | |
| | maximum | 627,00 | |

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

| | | | |
|------|--|---------|----|
| 2343 | avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant | 1188,00 | 17 |
|------|--|---------|----|

| | | | |
|------|--|----------|----|
| 2166 | extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément | 330,00 | |
| | <u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS. | | |
| | correction par approche antérieure du rachis sans instrumentation | | |
| 2458 | thoracique ou abdominale | 530,00 | 14 |
| 2459 | thoraco-abdominale | 636,00 | 17 |
| 2460 | avec greffe tibiale ou péronière, supplément avec instrumentation | 132,00 | |
| 2461 | thoracique ou abdominale | 1059,00 | 14 |
| 2462 | thoraco-abdominale | 1192,00 | 17 |
| 2463 | avec greffe tibiale ou péronière, supplément | 115,50 | |
| | correction par thoracoscopie | | |
| 2228 | premier niveau | 410,00 | 11 |
| 2229 | par niveau relâché et greffé, supplément | 55,00 | |
| | <u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS. | | |
| | excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre | | |
| 2283 | temps antérieur | 800,00 | 17 |
| 2284 | temps postérieur | 600,00 | 17 |
| 2293 | temps combinés | 1 080,00 | 17 |
| 2340 | avec instrumentation et greffe, supplément | 385,00 | |
| 2341 | exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose | 420,00 | 7 |
| 2399 | relâchement musculotendineux de la concavité | 265,00 | 5 |
| | NOTE : L'acte codé 2399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site. | | |
| | révision pour pseudarthrose sans instrumentation | | |
| 2362 | un niveau | 528,00 | 6 |
| | niveau additionnel | 134,00 | |
| | NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire. | | |
| | <u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS. | | |
| 2369 | thoracoplastie | 397,00 | 5 |
| 2532 | correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéломéningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moëlle, greffe, etc. | 925,00 | 17 |
| 2856 | installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive | 132,00 | |

| | | | |
|------|--|----------|---|
| 2686 | installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance | 265,00 | 6 |
| 9555 | exérèse de l'appareillage | 110,00 | 3 |
| 2860 | contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis | 100,00 » | |

b) En remplaçant la sous-rubrique « fracture » de la rubrique « **Fémur** » par la suivante :

« *Fracture* »

| | | | |
|------|---|--------|-----|
| 2695 | col ou intertrochantérienne réduction fermée (*) | 73,50 | 2 |
| | réduction ouverte | | |
| 2687 | vis percutanée | 397,00 | 7 |
| 2716 | clou et plaque | 463,00 | 9 |
| 2714 | greffe pédiculée de Judet, etc. (non soumis à l'article 2.01, 3 ^e alinéa) | 635,00 | 9 |
| | col ou pertrochantérienne | | |
| 2739 | réduction ouverte et ostéotomie | 530,00 | 9 |
| 2688 | Remplacement de la tête par prothèse non cimentée | 463,00 | 7 |
| 2689 | par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément | 66,00 | |
| | sous trochantérienne | | |
| 2742 | réduction ouverte | 636,00 | 9 |
| | diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne | | |
| 2690 | réduction fermée avec ou sans anesthésie | 264,00 | 4 |
| 2673 | réduction ouverte fixation interne ou externe | 636,00 | 9 |
| 9589 | ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal | 742,00 | 9 |
| 9590 | verrouillage distal, supplément | 115,50 | 2 » |

c) En remplaçant la sous-rubrique « arthroscopie » de la rubrique « **Genou** » par la suivante :

« **GENOU** »

Amputation

| | | | |
|------|---|--------|---|
| 2294 | désarticulation du genou – Gritti Stokes ou Callander | 200,00 | 4 |
|------|---|--------|---|

Arthrodèse

| | | | |
|------|--|--------|----|
| 2937 | simple du genou | 300,00 | 7 |
| 2966 | du genou postarthroplastie (incluant exérèse du matériel dans un même temps) | 500,00 | 11 |

Arthrolyse

| | | | |
|------|--|--------|----|
| 2016 | directe, toute voie d'approche | 341,00 | 4 |
| 2013 | correction progressive de l'ankylose avec fixateur externe | 600,00 | 11 |

Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)

| | | | |
|------|---|--------|----|
| 2492 | prothèse totale unicompartmentale | 480,00 | 7 |
| 2403 | prothèse totale bicompartmentale | 672,00 | 11 |
| 2497 | prothèse totale et exérèse de prothèse | 768,00 | 11 |
| 2487 | avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du fémur, supplément | 200,00 | 3 |
| 2391 | avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du tibia, supplément | 200,00 | 3 |
| 2392 | avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément | 350,00 | 3 |
| 2393 | avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément | 350,00 | 3 |
| | NOTE : Les 4 suppléments codés 2487, 2391, 2392 et 2393 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées | | |
| 2498 | prothèse rotule seulement | 360,00 | 5 |
| 2499 | par allogreffe au fémur distal | 768,00 | 9 |
| 2442 | par allogreffe au tibia proximal | 768,00 | 9 |
| 2465 | par allogreffe bipolaire (fémur et tibia) | 990,00 | 14 |
| 2473 | manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale | 100,00 | 3 |
| | <i>Arthroscopie</i> | | |
| 2577 | simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage | 170,50 | 3 |
| 2724 | simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : ménissectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger | 225,50 | 3 |
| | NOTE : Les services médicaux codés 2577 et 2724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou. | | |
| | <i>Arthrotomie ou capsulotomie</i> | | |
| 2056 | incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménissectomie ou la section de l'aileron externe | 265,00 | 4 |
| | <i>Exérèse de prothèse</i> | | |
| 2305 | matériel d'ostéosynthèse rotule | 75,00 | 4 |

| | | | |
|--|--|--------|----|
| 9539 | prothèse totale du genou, incluant le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation temporaire | 463,00 | 4 |
| 9540 | prothèse totale de rotule, incluant le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire | 265,00 | 3 |
| <i>Excision</i> | | | |
| 2165 | patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite | 205,00 | 4 |
| 2164 | kyste de Baker | 125,00 | 4 |
| <i>Fracture rotule</i> | | | |
| 9549 | réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation des tissus mous (*) | 146,25 | 3 |
| 2680 | fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche | 342,00 | 4 |
| <i>Grefe ostéochondrale</i> | | | |
| 2122 | mosaicplastie (greffes et autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 2577 et 2724 | 350,00 | 4 |
| <i>Luxation</i> | | | |
| genou | | | |
| 2737 | réduction fermée incluant la surveillance (*) | 112,50 | 4 |
| rotule | | | |
| 2749 | réduction fermée (*) | 73,50 | 4 |
| 2565 | réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous (*) | 240,00 | 4 |
| 2566 | réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant (*) | 288,00 | 6 |
| <i>Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)</i> | | | |
| 2107 | ligament interne ou externe ou les deux | 250,00 | 5 |
| 2102 | croisé antérieur (technique intra-articulaire) | 400,00 | 7 |
| 2110 | avec tendon rotulien, supplément | 80,00 | 2 |
| 2476 | croisé antérieur (technique extra-articulaire) | 300,00 | 7 |
| 2103 | croisé antérieur (techniques intra et extra-articulaires) | 450,00 | 7 |
| 2121 | révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément | 80,00 | |
| 2105 | croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux | 396,00 | 9 |
| 2104 | croisé postérieur | 460,80 | 9 |
| 2172 | croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement | 676,00 | 11 |
| 2106 | croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux | 488,00 | 11 |
| 2108 | croisé antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux | 528,00 | 14 |

| | | | |
|------|---|--------|-----|
| | <i>Réparation (toute voie d'approche)</i> | | |
| 2477 | ligament latéral interne ou externe ou les deux | 225,00 | 5 |
| 2418 | croisé antérieur seul | 250,00 | 4 |
| 2847 | croisé antérieur avec augmentation | 350,00 | 7 |
| 2425 | croisé postérieur seul | 450,00 | 7 |
| 2855 | croisé postérieur avec augmentation | 550,00 | 9 |
| 2421 | croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux | 451,00 | 9 |
| 2437 | croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux | 544,50 | 9 |
| 2438 | croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligaments collatéral(aux) ou les deux | 632,50 | 11 |
| 2439 | chaque ménissectomie associée à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément | 55,00 | |
| 2475 | chaque ménisque suturé associé à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément | 170,50 | |
| | <i>Suture</i> | | |
| 2822 | un ménisque, toute voie d'approche | 250,00 | 5 |
| 2059 | tendon du quadriceps | 250,00 | 4 |
| 2061 | tendon rotulien | 200,00 | 5 |
| | <i>Synovectomie</i> | | |
| 2253 | complète du genou, toute voie d'approche | 250,00 | 5 » |

d) En modifiant le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 2408 | 7 |
| 2730 | 4 |
| 2887 | 4 |
| 2897 | 4 |
| 2949 | 4 |
| 2950 | 4 |
| 2952 | 5 |
| 9535 | 3 |

F) En modifiant la section « **SYSTÈME RESPIRATOIRE** » de la façon suivante :

a) En remplaçant la sous-rubrique « Excision » de la rubrique « **Sinus** » par la suivante :

| | | | |
|------|---|--------|---|
| | « Excision | | |
| | Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) : | | |
| 3105 | unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant | 188,00 | 4 |
| 3104 | Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) | 172,00 | 3 |

| | | | |
|------|--|--------|-----|
| 3215 | Sinusectomie frontale externe radicale | 344,00 | 5 |
| | Sinusectomie ethmoïdale intranasale : | | |
| 3110 | antérieure unilatérale | 140,00 | 4 |
| 3111 | antérieure et postérieure unilatérale | 161,00 | 4 |
| 3112 | avec sphénoïdotomie | 194,00 | 4 |
| 3113 | avec sphénoïdectomie | 237,00 | 4 |
| 3108 | Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale | 258,00 | 4 |
| | Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant : | | |
| 3210 | par voie intranasale | 140,00 | 4 |
| 3211 | par voie transpalatine | 323,00 | 4 |
| | NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 3113 au cours d'une même séance. | | |
| | Sinusectomie transmaxillo-nasale : | | |
| | Sans exentération de l'orbite : | | |
| 3235 | Sans exérèse du plateau palato-dentaire | 387,00 | 5 |
| 3236 | Avec exérèse du plateau palato-dentaire | 441,00 | 9 |
| | Avec exentération de l'orbite : | | |
| 3237 | Sans exérèse du plateau palato-dentaire | 441,00 | 9 |
| 3238 | Avec exérèse du plateau palato-dentaire | 548,00 | 11 |
| 3246 | Sinusectomie sphénoïdale par voie transseptale | 269,00 | 5 |
| | Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale | | |
| 3247 | Ligature de l'artère maxillaire interne | 339,00 | 5 |
| 3248 | Ganglionectomie sphéno-palatine | 320,00 | 6 |
| 3249 | Section de V2 | 339,00 | 5 |
| 3250 | Biopsie | 339,00 | 5 |
| 3109 | Neurectomie vidienne par voie transantrale | 320,00 | 5 » |

b) En modifiant le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 3019 | 6 |
| 3027 | 11 |
| 3115 | 9 |
| 3120 | 11 |
| 3122 | 11 |
| 3220 | 12 |
| 3225 | 4 |
| 3301 | 4 |
| 3321 | 4 |
| 3340 | 11 |
| 3341 | 11 |

G) En modifiant la section « **SYSTÈME CARDIAQUE** » de la façon suivante :

a) En remplaçant sous la sous-rubrique « Hypothermie » le code 4519 par les deux codes, libellés et tarifs suivants :

| « Hypothermie | | |
|---------------|---|----------|
| 4560 | Emploi d'hypothermie profonde (<25° C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (P.G. 2.9) | 242,00 |
| 4518 | Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément | 121,00 » |

b) Modifier le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 4695 | 14 |

H) En modifiant sous la section « **SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE** » le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 4245 | 5 |

I) En modifiant la section « **SYSTÈME DIGESTIF** » de la façon suivante :

a) En remplaçant les sous-rubriques « Incision » et « Excision » de la rubrique « **Bouche** » par la suivante :

« **BOUCHE**

Incision

| | | | |
|------|---|--------|---|
| 5001 | Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet | 96,80 | 3 |
| 5002 | Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet | 140,00 | 3 |

Excision

| | | | |
|------|--|--------|---|
| 5173 | Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste | 43,00 | 3 |
| 5161 | Excision de grenouillette | 108,00 | 3 |
| | Excision de lésion maligne : | | |
| 5034 | 2 cm ou moins | 86,00 | 3 |
| 5035 | plus de 2 cm | 129,00 | 3 |

Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes du préambule particulier de chirurgie

| | | | |
|------|---|---------|----|
| 5158 | Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule | 591,00 | 11 |
| 5159 | désarticulation du condyle, supplément | 50,00 » | |

b) En modifiant le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 5027 | 5 |
| 5029 | 5 |
| 5030 | 5 |
| 5036 | 5 |
| 5042 | 6 |
| 5043 | 9 |
| 5077 | 6 |
| 5080 | 7 |
| 5081 | 6 |
| 5083 | 7 |
| 5090 | 7 |
| 5093 | 6 |
| 5094 | 8 |
| 5118 | 6 |
| 5125 | 5 |
| 5136 | 9 |
| 5138 | 6 |
| 5139 | 6 |
| 5140 | 9 |
| 5141 | 9 |
| 5142 | 9 |
| 5154 | 9 |
| 5164 | 9 |
| 5165 | 9 |
| 5183 | 7 |
| 5240 | 11 |
| 5241 | 9 |
| 5242 | 13 |
| 5243 | 13 |
| 5320 | 7 |
| 5321 | 7 |
| 5323 | 7 |
| 5329 | 11 |
| 5335 | 3 |
| 5355 | 11 |
| 5363 | 6 |
| 5365 | 5 |
| 5367 | 5 |
| 5374 | 9 |
| 5376 | 9 |
| 5383 | 6 |
| 5384 | 6 |
| 5385 | 6 |
| 5386 | 9 |

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 5390 | 7 |
| 5391 | 6 |
| 5400 | 9 |
| 5405 | 6 |
| 5435 | 9 |
| 5442 | 11 |
| 5445 | 9 |
| 5447 | 9 |
| 5480 | 11 |
| 5816 | 4 |

J) En modifiant la section « **APPAREIL URINAIRE** » de la façon suivante :

a) En remplaçant la sous-rubrique « Incision ou extraction » de la rubrique « **Uretère** » de la façon suivante :

« **URETÈRE**

Incision ou extraction

| | | | |
|------|---|--------|---|
| 6019 | Section ou résection endoscopique d'urétérocèle | 181,00 | 3 |
| | NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale. | | |
| 6015 | Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage | 250,00 | 4 |
| 6016 | Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage | 460,00 | 5 |
| 6044 | Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée), incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance | 526,00 | 5 |
| | NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 6008, 6005, 6006 et 6029 dans une même séance. | | |

- 6024 Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations uréthro-vésicales et urétéro-rénales 394,00 5
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 6111 dans une même séance. »

b) En modifiant le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 6008 | 7 |
| 6113 | 5 |
| 6114 | 7 |
| 6214 | 9 |
| 6330 | 4 |
| 6331 | 6 |
| 6332 | 6 |
| 6335 | 6 |
| 6340 | 7 |
| 6357 | 5 |

K) En modifiant sous la section « **APPAREIL GÉNITAL MÂLE** » le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 6418 | 5 |
| 6444 | 5 |

L) En modifiant sous la section « **GYNÉCOLOGIE** » le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 6148 | 3 |

M) En modifiant la section « **APPAREIL VISUEL** » de la façon suivante :

a) En remplaçant la rubrique « **Muscles oculaires** » de la façon suivante :

MUSCLES OCULAIRES

« Strabisme : incluant les ductions forcées

Premier muscle, un œil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

| | | | |
|------|--|--------|---|
| 7210 | chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical | 275,00 | 4 |
| 7211 | chirurgie sur un muscle petit oblique | 295,00 | 4 |
| 7212 | chirurgie sur un muscle grand oblique | 315,00 | 4 |
| 7213 | chirurgie sur un muscle opéré antérieurement | 325,00 | 5 |

| | | |
|------|--|-------|
| 7230 | Supplément pour muscle additionnel muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles)* | 30,00 |
| 7231 | muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)* | 35,00 |
| 7232 | muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)* | 40,00 |
| 7233 | tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles)* | 50,00 |

NOTE : Les actes codés 7213 et 7233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.

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

| | | | |
|------|--|--------|---|
| 7279 | transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles | 310,00 | 5 |
| 7283 | Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique | 280,00 | 5 |
| 7377 | Réparation à la suite de traumatisme | 325,00 | 5 |
| 7378 | Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément | 100,00 | » |

b) En modifiant le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

| Acte | R-2 |
|------|-----|
| 7379 | 3 |

3. L'annexe VI de l'Entente, intitulée « **Avantages sociaux** » est amendée de la façon suivante :

- a) Remplacer au deuxième alinéa du paragraphe 5.04 les termes 1 mois par les termes 3 mois » ;
- b) Remplacer le quatrième paragraphe du sous-alinéa ii) de l'alinéa a) du paragraphe 8.02 par le paragraphe suivant :

« À la fin de la période de réadaptation, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est pas invalide. Si son invalidité persiste, le médecin continue de recevoir sa prestation tant qu'il est admissible. En outre, malgré les dispositions qui précèdent, le médecin peut, après une période minimale de quatre (4) mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation qui lui est alors proposé. Il continue d'être assujéti au régime d'assurance invalidité. Durant cette période de réadaptation, il a droit, d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré aux activités professionnelles de réadaptation prévues à son plan et, d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps consacré à ces activités professionnelles conformément au 2^e paragraphe du présent sous-alinéa. »

4. L'annexe XII de l'Entente intitulée « **Annexe XII concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé** » est modifiée de la façon suivante :

- a) Remplacer le paragraphe 2.2 de la Section I par le suivant :

« **2.2** Le médecin qui compte dix-neuf (19) années de pratique et plus à compter de la date d'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec est admissible aux majorations de rétention applicables à la vingtième année de pratique à la condition que ce médecin soit également admissible aux majorations s'appliquant à la septième année de pratique selon la définition apparaissant à l'article 3 de la présente section. »

- b) Modifier au paragraphe 2.4 de la Section II le renvoi ** en remplaçant les termes « dans la localité à desservir » par les termes « au lieu de destination »
- c) Remplacer le premier alinéa du paragraphe 5.1 a) de la section II par le suivant :
- « **5.1 a)** Le médecin qui a une pratique active dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre conformément au 5^{ième} alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie selon les dispositions du paragraphe 5.8 du présent article bénéficie d'un séjour d'un maximum de vingt (20) jours de ressourcement après chaque période de douze (12) mois pendant lesquels il a exercé sa profession dans ces territoires. »
- d) Remplacer le premier alinéa du paragraphe 5.1 b) de la Section II par le suivant :
- « **5.1 b)** Le médecin qui a une pratique active selon les dispositions du paragraphe 5.8 du présent article dans les territoires visés par l'Entente particulière relative au Grand-Nord ou par l'entente particulière relative aux régions 17 et 18 peut, toutefois, par période de douze (12) mois de pratique dans les territoires visés, bénéficier du séjour de ressourcement visé au premier alinéa du paragraphe 5.1a). Il peut s'en prévaloir en tout temps. Advenant un départ avant la fin de la période de douze (12) mois, il aura eu droit au nombre de jours de ressourcement correspondant au prorata des mois ouverts. »
- e) Remplacer au deuxième paragraphe de l'alinéa d) du paragraphe 5.3 de la Section II les termes 1 mois par les termes 3 mois » ;
- f) Remplacer le paragraphe 5.4 de la Section II par le suivant :
- « **5.4** Pendant le temps qu'il exerce sa profession dans les territoires déterminés, les dispositions prévues aux paragraphes 5.01 et 5.02 de l'annexe VI ne s'appliquent pas ; »
- g) Abroger au paragraphe 5.6 de la Section II les mots « a sa résidence principale ou » ainsi que les mots « sur une base régulière ».
- h) Ajouter à la Section II le paragraphe suivant :
- « **5.8** Le médecin a une pratique active dans les territoires visés s'il reçoit, en excluant la rémunération versée dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale, une rémunération mensuelle minimale de 4 000 \$ ou de 2 000 \$ qui, dans ce cas, doit être répartie sur un minimum de dix (10) jours de facturation. Cette évaluation doit tenir compte des vacances et des jours de ressourcement pour une durée d'au plus deux (2) mois par année. »

5. L'annexe XVIII de l'Entente intitulée « Modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale » est modifiée de la façon suivante :

- a) Remplacer les premier et deuxième alinéas du paragraphe 2.01 par le suivant :
- « **2.01** Le médecin dépêché dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est rémunéré :
- selon les modalités de l'entente particulière relative aux unités de courte durée des centres hospitaliers si l'établissement auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente;

- si l'établissement auprès duquel il est dépêché n'est pas adhérent à cette entente, le médecin est rémunéré, à son choix pour la période de dépannage en cause, selon le mode de l'acte ou selon un forfait quotidien de 500 \$ auquel s'ajoute 41,5 % du tarif des services médicaux qu'il dispense. Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

Lorsque le médecin opte pour le forfait, la période minimale de services dispensés sur place dans une unité de soins est de huit (8) heures et couvre, le cas échéant, les services dispensés en clinique externe auprès de patients qui relèvent, selon les règlements départementaux, de ce médecin. Elle couvre également, selon le cas, la participation à la garde en disponibilité. »

b) Remplacer le paragraphe 3.01 par le suivant :

« **3.01 a)** Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, est rémunéré, à son choix, selon les dispositions suivantes :

- un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire. Cette rémunération couvre l'ensemble des services requis ainsi que la garde en disponibilité ;

AVIS : Utiliser le code d'activité 009006 pour le forfait en obstétrique.

- ou selon un forfait quotidien de 500 \$ auquel s'ajoute 41,5 % du tarif de tous services médicaux qu'il dispense.

AVIS : À compter du 1^{er} avril 2004 :

Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement – Médecin » n°1200 :

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte **19044** dans la case CODE de la section « ACTES »;
- le code d'établissement approprié sauf le 0XXX1, 0XXX7 et 0XXX4;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS.

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

Pour la facturation des services rendus à 41.5 % des honoraires, inscrire dans la section « ACTES » du formulaire « Demande de paiement – Médecin » n°1200 :

- le modificateur **171** ou un de ses multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à **41,5 %** du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple s'il y a lieu).

Les multiples du modificateur 171 sont :

| Combinaison de modificateurs | Modificateur multiple | Constante |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------|
| # 050 – 171 | 222 | 0,2075 |
| # 093 - 171 | 223 | 0,4150 |
| # 094 – 171 | 215 | 0,4150 |
| # 045 - 171 | 216 | 0,4565 |
| # 045 - 094 – 171 | 308 | 0,4565 |

Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

3.01 b) Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en anesthésie est rémunéré

- selon les modalités de l'entente particulière relative à l'anesthésie si l'établissement auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente ;
- si l'établissement auprès duquel il est dépêché n'est pas adhérent à cette entente, le médecin est rémunéré, à son choix pour la période de dépannage en cause, selon le mode de l'acte ou selon un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire. Cette rémunération couvre l'ensemble des services requis ainsi que la garde en disponibilité. Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

AVIS : Utiliser le code d'activité **009018** pour le forfait quotidien en anesthésie.

d) Abroger l'article 6.00.

6. **L'annexe XIX** de l'Entente intitulée « **Programme de formation continue** » est remplacée par celle apparaissant en annexe I des présentes. Elle remplace l'annexe XIX du 1^{er} janvier 2001.
7. **Les lettres d'entente N^{os} 33, 36, 37 et 70** sont abrogées.
8. **La lettre d'entente N^o 116** qui se termine le 31 août 2003 est prolongée jusqu'au 31 août 2004.
9. **La lettre d'entente N^o 131** se terminant le 31 mars 2004 est prolongée jusqu'au 31 mars 2005.
10. **La lettre d'entente N^o 145** du 1^{er} mai 2003 est modifiée en remplaçant son article 5.00 par le suivant :

« 5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage

5.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés au service d'urgence de l'établissement majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de l'établissement, pourcentage découlant de l'application de l'article 4.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 15 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence de l'établissement.

5.02 Le médecin qui, pendant la période d'application de la présente lettre d'entente, exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 % s'il respecte les conditions suivantes :

- Il s'engage, par écrit, pour une période de trois (3) mois, à assumer un nombre déterminé de gardes;
- Il respecte cet engagement pour l'ensemble de la période de trois (3) mois. »

11. **L'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord** est modifiée en abrogeant le paragraphe 9.03.

12. **Ajouter à l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord** le paragraphe 1.02 suivant :

« 1.02

Aux fins de l'application de l'annexe XII de l'Entente, le CLSC Naskapi #1104-3866 est réputé être un CLSC du réseau de garde intégré. »

13. **L'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre hospitalier de l'Archipel, situé à Cap-aux-Meules, Iles-de-la-Madeleine** est modifiée en ajoutant le paragraphe 5.02 suivant :

« **5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues**

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.
- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'isolement ;
 - une (1) sortie dont les frais sont remboursés à 50 % ;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière ;»

14. **L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés** du 16 décembre 1997 est remplacée par celle apparaissant en annexe II des présentes.

15. **L'entente particulière relative aux activités médicales particulières** entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2003 est modifiée de la façon suivante :

En remplaçant son paragraphe 4.8 par le suivant :

« **4.8** L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 6. et 7. des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique à la régie régionale concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes. »

16. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires** est modifiée en ajoutant le paragraphe 4.03 et l'annexe suivants :

« 4.03 Un programme spécifique sous la responsabilité d'un CLSC peut être couvert par les modalités de rémunération prévues à la présente entente. Toutefois, le CLSC, le programme spécifique, ainsi que la banque d'heures annuelle allouée à ce programme doivent être convenus par accord des parties et inscrits à l'annexe de la présente entente. »

AVIS : Pour le programme Centre anti-poison (n° 94519), veuillez utiliser ces codes d'activités :

005015 : Examens relatifs à l'hépatite C
 005025 : Dépistage cancer du sein
 005029 : Garde en disponibilité
 005032 : Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
 005037 : Planification, élaboration et implantation des programmes
 005043 : Tâches médicaux-administratives et hospitalières
 005047 : Evaluation de l'impact des programmes
 005067 : Expertise conseil, information et coordination
 005088 : Programme de vaccination contre le méningocoque
 005098 : Services de santé durant le délai de carence
 006030 : Services cliniques : Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie

« Annexe I Programme spécifique (par. 4.03)

| CLSC | Programme | Banque d'heures |
|--------------------------|--------------------|-----------------|
| CLSC-CHSLD | | |
| Haute-Ville-des-Rivières | Centre anti-poison | 3240 |

17. **L'entente particulière relative à la santé publique** est modifiée à son annexe II en retirant sous la rubrique Institut National de la santé publique (sauf les laboratoires) le programme « Centre anti-poison » et la banque d'heures correspondante soit « 3240 ».

18. **L'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec** est modifiée en abrogeant les paragraphes 3.01 et 3.02.

19. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004 sauf pour les articles suivants :

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 2, 5, 9, 14, 16 et 17 | 1 ^{er} avril 2004 |
| 3 b) | 1 ^{er} juillet 1999 |
| 4 a) | 1 ^{er} octobre 2003 |
| 7, 8 et 15 | 1 ^{er} septembre 2003 |
| 10 | 19 décembre 2003 |
| 12 | 1 ^{er} février 2002 |
| 18 | 1 ^{er} avril 2003. |

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

PHILIPPE COUILLARD
 Ministre
 Ministère de la Santé et
 des Services sociaux

RENALD DUTIL, m.d.
 Président
 Fédération des médecins
 omnipraticiens du Québec