

À l'intention des médecins spécialistes

Modification 77 à l'Accord-cadre

Procréation assistée, aide médicale à mourir et autres changements

Introduction

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 77 à l'Accord-cadre.

La Modification 77 introduit les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le cadre de l'aide médicale à mourir et apporte les ajustements à l'Accord-cadre à la suite des changements aux diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Divers changements aux annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord sont également apportés. Les dates d'entrée en vigueur des articles de la Modification 77 sont précisées à chaque section de l'infolettre.

La Régie sera prête à recevoir votre facturation à compter du 25 juillet 2016. Lorsque des dispositions dont vous pouvez bénéficier prennent effet de façon rétroactive, la Régie vous alloue trois mois à compter de la date de cette infolettre pour facturer.

Pour les professionnels ayant migré vers la nouvelle facturation à l'acte

Si vous devez facturer des services effectués avant le 1^{er} avril 2016, utilisez votre ancien mode de transmission s'il est encore disponible ou la *Demande de paiement – Médecin* (1200) en version papier.

Documents de référence

- [Partie I](#) Textes officiels – Modification 77
- [Partie II](#) Changements aux modificateurs, avis administratifs et messages explicatifs
- [Partie III](#) Changements aux avis administratifs – nouvelle facturation à l'acte (J'ai migré)

Changements tarifaires (disponible uniquement sur le site Web)

[Manuel de facturation](#)

c. c. Agences commerciales de facturation
Développeurs de logiciels – Médecine

Sommaire

- 1 Rémunération des services rendus dans le cadre de l'aide médicale à mourir 2
- 2 Procréation assistée – instructions de facturation..... 4
- 3 Changements aux dispositions normatives de l'Accord-cadre (annexe 1, titre II)..... 11
- 4 Changements aux règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (annexe 4) 11
- 5 Changements aux règles de tarification de la médecine de laboratoire (annexe 5) 12
- 6 Changements aux tarifs des actes (annexe 6)..... 12
- 7 Lettres d'entente modifiées 13
- 8 Lettres d'entente ajoutées 14
- 9 Protocoles d'accord modifiés 15
- 10 Changements au mode de rémunération mixte (annexe 38)..... 15
- 11 Changements au mode de rémunération mixte en médecine d'urgence (annexe 40)..... 17

1 Rémunération des services rendus dans le cadre de l'aide médicale à mourir

- ◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS A ET B
 - ◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 11 – LETTRES D'ENTENTE
-

La [Loi concernant les soins de fin de vie](#) est entrée en vigueur le **10 décembre 2015** et vise l'encadrement des soins palliatifs et de l'aide médicale à mourir. La Modification 77 introduit la rémunération du médecin qui accepte d'accompagner un patient ayant formulé une demande d'aide médicale à mourir de même que la rémunération du médecin qui fournit un second avis sur le respect des conditions prévues à la Loi.

Les nouvelles règles 36 à 40 sont ajoutées au préambule général du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte* et sept codes sont créés à la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue* de l'onglet *B – Tarification des visites*.

Vous pouvez consulter le texte officiel à la page 1 de la [partie I](#) de l'infolettre.

1.1 Règle 36. Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

L'article 36.1 du préambule général prévoit la rémunération pour l'intervention clinique réalisée par le médecin accompagnateur (code **17000**) à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir. Les honoraires sont facturés pour une première séance d'au moins 15 minutes consécutives (50 \$ par quart d'heure) et par la suite, pour une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complétées. Pour connaître les inclusions à ce service, consultez le texte officiel à la [partie I](#) de l'infolettre. Il faut noter que les honoraires s'appliquent en lieu et place de tout autres honoraires de visites qui pourraient autrement être applicables pour une intervention effectuée dans le cadre d'une aide médicale à mourir.

Le médecin qui fournit un second avis à la demande du médecin accompagnateur peut se prévaloir de l'intervention clinique pour l'examen de la personne et du dossier.

Le temps requis pour la gestion des médicaments (règle 37), la rédaction des formulaires prévus dans le cadre de l'aide médicale à mourir (règles 38 et 39) et la rédaction de la déclaration de décès (code **09200**) sont payables en sus de l'intervention clinique.

1.2 Supplément de temps de déplacement (article 36.2)

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. L'article 36.2 prévoit un supplément de **temps de déplacement** pour le médecin qui doit se déplacer à 10 kilomètres ou plus du lieu principal de pratique où il exerce jusqu'au lieu de l'intervention clinique. Le **temps de déplacement** est facturable avec le code **17001** par période de 15 minutes (50 \$ par quart d'heure) jusqu'à un maximum de 45 minutes dans chaque direction, soit un total de six quarts d'heure pour l'aller-retour. Lorsqu'il est difficile de recruter un médecin plus près du lieu d'intervention, le dépassement de temps fait l'objet d'une considération spéciale.

Les instructions de facturation pour le temps de déplacement et l'autorisation du dépassement vous sont fournies dans l'avis administratif sous le code **17001** de l'onglet *B – Tarification des visites*.

Lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres, les **frais de déplacements** sont remboursables selon l'article 2.1 a) de l'annexe 23. Sont ainsi visés les frais réels de déplacement – avion, train, taxi pour courtes distances ou location de voiture – et 0,86\$ par kilomètre de distance unidirectionnelle pour l'utilisation de son automobile. Veuillez dans ce cas utiliser le code **09991** selon les instructions habituelles.

1.3 Majoration d'honoraires pour l'intervention clinique (article 36.3)

L'article 36.3 prévoit qu'une majoration d'honoraires de 70 % s'applique pour l'intervention clinique effectuée entre 19 h et 7 h du lundi au vendredi ou en tout temps le samedi, le dimanche ou un jour férié. Le nouveau modificateur **165** doit être utilisé pour demander cette majoration (le modificateur n'est pas utilisé pour le professionnel ayant migré vers la nouvelle facturation à l'acte).

1.4 Règle 37. Gestion des médicaments

Le temps consacré à la gestion des médicaments à être administrés à un patient est facturable (montant de 50 \$) avec le code **17002**. Le montant des honoraires inclut le temps de discussion avec le pharmacien, la récupération des médicaments, leur retour à la pharmacie, leur décompte et l'inscription de l'information requise au registre des médicaments.

1.5 Règles 38, 39 et 40 – Rédaction des formulaires de déclaration et de l'avis du second médecin

Les règles 38 et 39 prévoient la rémunération du médecin accompagnateur pour la rédaction du formulaire de déclaration de l'administration et la rémunération du second médecin pour la rédaction de l'avis écrit. La règle 40 concerne la rémunération du médecin pour la rédaction du formulaire de déclaration de la sédation palliative continue. Les codes suivants ont été créés.

Règle	Service médical	Code	Tarif
38	Formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir		
	<ul style="list-style-type: none"> • partie 1 du formulaire seulement et sa transmission • parties 1, 2 et 3 du formulaire et sa transmission 	17003	150 \$
		17004	250 \$
39	Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir	17005	50 \$
40	Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue	17006	100 \$

1.6 Adoption de la Lettre d'entente n° 211

La *Lettre d'entente n° 211 concernant le financement des services médicaux et médico-administratifs découlant de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie (L.R.Q. chapitre S-32.001)* est adoptée. Elle prévoit le financement des coûts récurrents et non récurrents découlant des modalités de rémunération des services convenus dans le cadre de l'aide médicale à mourir.

Vous pouvez consulter le texte de la *Lettre d'entente n° 211* à la [partie I](#) de l'infolettre.

Date d'entrée en vigueur : le **10 décembre 2015**

2 Procréation assistée – instructions de facturation

- ◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS B, C, N ET Q
 - ◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 11 – LETTRES D'ENTENTE
-

L'[infolettre 265](#) du 4 février 2016 vous informait des nouvelles dispositions en matière de procréation assistée qui sont entrées en vigueur le 10 novembre 2015. Dans la Modification 77, les parties négociantes ont convenu des changements requis aux modalités de rémunération en matière de procréation assistée dont le remplacement de la règle 10 par les nouvelles règles 10, 11 et 12 de l'*Addendum 6 – Obstétrique – gynécologie*.

Vous pouvez consulter le texte officiel des règles 10, 11 et 12 à la [partie I](#) de l'infolettre.

Tel que mentionné à l'infolettre 265, la nomenclature des actes pour les services de procréation assistée a été révisée. Veuillez noter que les services médicaux présentés au *Tableau 1.1 – Services médicaux maintenus assurés le 10 novembre 2015* de cette infolettre ont été revus et abolis depuis le 9 mai 2016, sauf pour la stimulation ovarienne hors FIV et l'insémination artificielle (codes **06971**, **06972** et **06973**) qui sont maintenus sous certaines conditions.

Deux nouvelles lettres d'entente sont adoptées concernant d'une part le suivi financier des services de procréation assistée et d'autre part les visites en lien avec le service médical de stimulation ovarienne hors FIV.

Par conséquent, la Régie vous informe qu'elle révisera certains services de stimulation ovarienne facturés avec les codes **06971** et **06972** entre le 10 novembre 2015 et le 8 mai 2016. Des instructions de facturation particulières vous sont fournies au point 2.7 de la présente infolettre.

2.1 Règle 10 – services assurés en vertu des mesures transitoires (onglets C, N et Q)

La règle 10 de l'addendum 6 est remplacée et vise désormais les services maintenus sous certaines conditions depuis le 10 novembre 2015, en vertu des mesures transitoires (article 10.1). Rappelons que ces conditions concernent la patiente qui poursuit un cycle de FIV déjà débuté avant le 11 novembre 2015 ou qui entreprend un cycle planifié avant le 11 novembre 2015, selon le cas. Vous pouvez consulter les conditions d'admissibilité aux mesures transitoires et finales au point 2 *Services assurés maintenus sous certaines conditions* de l'infolettre 265.

Les services **maintenus sous certaines conditions**, depuis le 10 novembre, visés par la règle 10 et les services connexes sont les suivants :

Article Onglet	Services médicaux maintenus sous certaines conditions – mesures transitoires	Code
10.2 Q	Stimulation ovarienne cycle stimulé Stimulation ovarienne cycle naturel modifié Stimulation ovarienne cycle naturel <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre d'un cycle de fécondation <i>in vitro</i> • payable une fois par patiente 	06962 06963 06964
10.3 Q	Prélèvement d'ovule cycle stimulé Prélèvement d'ovule cycle naturel modifié Prélèvement d'ovule cycle naturel <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre d'un cycle de fécondation <i>in vitro</i> • payable une fois par patiente 	06965 06966 06967
10.4 Q	Transfert d'embryon frais Transfert d'embryon congelé <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre d'un cycle de fécondation <i>in vitro</i> • dans le cas d'embryon frais, payable une fois par patiente • dans le cas d'embryons congelés, payable jusqu'à épuisement des embryons ou jusqu'à ce qu'il y ait une grossesse, selon la première éventualité 	06968 06969
10.5 Q	Stimulation ovarienne hors FIV par agents oraux Stimulation ovarienne hors FIV par gonadotropines <ul style="list-style-type: none"> • payable une fois par patiente, par cycle 	06971 06972
10.6 Q	Insémination artificielle <ul style="list-style-type: none"> • payable une fois par patiente 	06973

Article Onglet	Services médicaux maintenus sous certaines conditions – mesures transitoires	Code
10.7 Q	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise	06954
	Fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise, supplément	06956
	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes	06955
	Fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes, supplément <ul style="list-style-type: none"> payable une seule fois dans un cas d'insémination artificielle ou dans un cas de fécondation <i>in vitro</i> 	06957
Q	Diagnostic préimplantatoire	06970
Q	Congélation de sperme, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année	06958
	Frais annuels d'entreposage de sperme ou d'embryons, à compter de la deuxième année (jusqu'au 10 novembre 2018 au plus tard)	06959
C	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes dans le but de la fertilisation <i>in vitro</i> (PESA-TESE)	00496
	Prélèvement épидидymaire ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but de la fertilisation <i>in vitro</i> (MESA-micro TESE) <ul style="list-style-type: none"> pour urologue seulement 	00499
N	Prélèvement épидидymaire ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément	06082
		06083

2.2 Règle 11 – services assurés depuis le 10 novembre 2015 (onglets C et Q)

La nouvelle règle 11 de l'addendum 6 traite des services de procréation assistée assurés depuis le 10 novembre 2015, à savoir les services d'insémination artificielle, comprenant la stimulation ovarienne, de même que les services requis à des fins de préservation de la fertilité (article 11.1).

Les services sont payables lorsque dispensés en établissement ou en cabinet privé. Les nouveaux codes pour la facturation des services assurés visés par la règle 11 et les services connexes sont les suivants :

Article Onglet	Services médicaux assurés à compter du 10 novembre 2015	Code	Tarif (rôle 1) étab. / cabinet	Rôle 2
Préservation de la fertilité				
11.2 Q	Stimulation ovarienne <ul style="list-style-type: none"> payable une seule fois par patiente, par cycle 	06975	400 \$ / 1 120 \$	
11.3 Q	Prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens <ul style="list-style-type: none"> payable une seule fois par patiente, par cycle * Le tarif en cabinet est de 2 090 \$ du 2015-11-10 au 2016-02-04 et passe à 1 740 \$ à partir du 2016-02-05.	06976	350 \$ / 2 090 \$ *	8
C	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes dans le cadre de la préservation de la fertilité (PESA-TESE)	20080	900 \$ / 1 900 \$	5
	Prélèvement épидидymaire ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le cadre de la préservation de la fertilité (MESA-micro TESE) <ul style="list-style-type: none"> pour urologue seulement 	20175	1 600 \$ / 2 900 \$	8
Q	Congélation de sperme ou de tissus testiculaires, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année	06977	125 \$ en cabinet	
	Frais annuel d'entreposage de sperme, d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens ou testiculaires à compter de la deuxième année et pour un maximum de 5 ans	06978	50 \$ en cabinet	
Insémination artificielle				
11.4 Q	Stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle <ul style="list-style-type: none"> par agents oraux par gonadotropines <ul style="list-style-type: none"> payable une fois par patiente, par cycle 	06993 06994	160 \$ / 220 \$ 225 \$ / 310 \$	
11.5 Q	Insémination artificielle <ul style="list-style-type: none"> payable une fois par patiente, par cycle maximum de 9 inséminations artificielles peut être demandé par patiente jusqu'à l'obtention d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif 	06995	150 \$ / 325 \$	

2.3 Règle 12 – Évaluation de fertilité assurée jusqu’au 8 mai 2016 (onglets B et Q)

La nouvelle règle 12 de l’addendum 6 permet la tarification des services d’évaluation de la fertilité jusqu’au 8 mai 2016. Ces services consistent en un bilan d’infertilité effectué chez un couple suite à une période sans conception d’au moins 12 mois, sauf dans des cas d’exception justifiés par des raisons médicales, et ce, dans le but de statuer sur la fertilité et d’orienter, s’il y a lieu, le couple vers des services de procréation assistée. Pour connaître les services médicaux inclus à l’évaluation de la fertilité, consultez le texte officiel de la règle 12 à la [partie I](#) de l’infolettre.

Tel que mentionné au tableau 1.1 de l’infolettre 265, les services d’évaluation de la fertilité (codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199** de l’onglet *B – Tarification des visites*) demeuraient assurés et tarifés au 10 novembre 2015. Toutefois, la règle 12 est en **vigueur uniquement pour la période du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016**, car cette règle est abrogée au 9 mai 2016. Ces codes sont abolis à cette date. Les instructions relatives à ces codes sont disponibles dans l’avis administratif sous la règle 12.

La Régie refusera les honoraires facturés avec les codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199** pour les services rendus après le 8 mai 2016. Les coupures paraîtront sur un prochain état de compte.

2.4 Codes abolis au 9 mai 2016 (onglets B et Q)

D’autres services médicaux et deux suppléments mentionnés au tableau 1.1 de l’infolettre 265 demeuraient assurés et tarifés au 10 novembre 2015. Toutefois, ces services ont été abolis **au 9 mai 2016**.

Onglet	Service médical	Code
B	Évaluation et prise en charge d’une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée premier jour (hospitalisation)	15294
B	Évaluation et prise en charge d’une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée par jour subséquent (hospitalisation)	15295
B	Évaluation et prise en charge d’une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée (cabinet privé)	15296
B	Évaluation et prise en charge d’une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée (hospitalisation)	15297
B	Évaluation et prise en charge d’une patiente présentant une complication reliée à la procréation médicalement assistée (externe)	15298
Q	Accouchement suite à une fécondation <i>in vitro</i> ou une stimulation par gonadotropines, supplément	06085
Q	Césarienne suite à une fécondation <i>in vitro</i> ou une stimulation par gonadotropines, supplément	06086

La Régie refusera les honoraires facturés avec les codes **06085, 06086, 15294, 15295, 15297** et **15298** pour les services rendus après le 8 mai 2016. Les coupures paraîtront sur un prochain état de compte.

2.5 Adoption de la Lettre d'entente n° 212 (annexe 11)

La nouvelle *Lettre d'entente n° 212 concernant le suivi financier en regard des modifications apportées au panier des services assurés en procréation assistée* est introduite par la Modification 77. Elle établit les enveloppes estimées pour les années budgétaires 2015-16, 2016-17 et les années subséquentes et prévoit leur ajustement en tenant compte de la révision des modalités prévues par la Loi, mais également de l'évolution de la pratique.

Vous pouvez consulter le texte officiel de la *Lettre d'entente n° 212* à la [partie I](#) de l'infolettre.

Date d'entrée en vigueur : le **10 novembre 2015**

2.6 Adoption de la Lettre d'entente n° 213 (annexe 11)

La nouvelle *Lettre d'entente n° 213 concernant les visites en lien avec le service médical de stimulation ovarienne hors FIV* introduit les nouveaux codes **15799** et **15800**.

Vous pouvez consulter le texte officiel de la *Lettre d'entente n° 213* à la [partie I](#) de l'infolettre.

Cette lettre d'entente entre en vigueur le **15 mai 2016**.

Service médical	Code	Tarif établi. / cabinet
Le médecin spécialiste qui , entre le 10 novembre 2015 et le 9 mai 2016, a demandé le paiement du service médical de stimulation ovarienne hors FIV , par agents oraux (code 06971), lequel ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux règles 10.5 ou 11.4 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie , a droit au paiement d'une visite, qui faisait autrement partie du montant global d'honoraires (<i>Lettre d'entente n° 213</i>).	15799	160 \$ / 220 \$
Le médecin spécialiste qui , entre le 10 novembre 2015 et le 9 mai 2016, a demandé le paiement du service médical de stimulation ovarienne hors FIV , par gonadotropines (code 06972), lequel ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux règles 10.5 ou 11.4 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie , a droit au paiement d'une visite, qui faisait autrement partie du montant global d'honoraires (<i>Lettre d'entente n° 213</i>).	15800	225 \$ / 310 \$

Important

Ces visites peuvent être facturées uniquement dans les cas visés par la révision des codes **06971** et **06972** prévue au point 2.7 suivant.

2.7 Révision des services de stimulation ovarienne (codes 06971 et 06972)

Afin de s'assurer de la conformité de la facturation des services de stimulation ovarienne hors FIV, la Régie révisera les services facturés avec les codes **06971** et **06972** lorsqu'elle ne peut déterminer qu'ils ont été rendus dans le cadre d'une insémination artificielle, entre le 10 novembre 2015 et le 8 mai 2016. Les honoraires versés seront récupérés sur un prochain état de compte.

Lorsque les codes **06971** et **06972** seront refusés à l'état de compte avec le message explicatif **964**, les médecins pourront facturer, s'il y a lieu, les services avec les nouveaux codes selon les règles applicables, ou soumettre une demande de révision.

2.7.1 Situations qui requièrent une facturation

- Règle 11.4 – service de stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle

Pour les services de stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle qui demeurent assurés depuis le 10 novembre 2015, le médecin doit facturer ce service avec le nouveau code **06993** ou **06994** (par exemple, lorsque la patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu lors de circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales comme une hyperstimulation ovarienne). **Ne pas inscrire la lettre B dans la case C.S.**

- Règle 11.2 – service de stimulation ovarienne effectuée dans le but de préservation de la fertilité

Dans le cas où le médecin a facturé le service de stimulation ovarienne requis aux fins de préservation de la fertilité avec le code **06971** ou **06972**, alors que l'infolettre 265 précisait de retenir la facturation, le médecin doit facturer ce service avec le nouveau code **06975**. **Ne pas inscrire la lettre B dans la case C.S.**

- *Lettre d'entente n° 213* – visites en lien avec la stimulation ovarienne hors FIV

Pour le service de stimulation ovarienne hors FIV qui ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux règles 10.5 et 11.4 de l'*Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie*, le médecin peut facturer une visite en vertu de la *Lettre d'entente n° 213* avec le nouveau code **15799** ou **15800**. **Ne pas inscrire la lettre B dans la case C.S.**

2.7.2 Situations qui requièrent une demande de révision

- Règle 10.5 – service de stimulation ovarienne effectuée dans le cadre des mesures transitoires et finales (codes **06971** et **06972**)

Pour les services de stimulation ovarienne dispensés à une personne assurée qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, le médecin doit soumettre une demande de révision et fournir les documents et renseignements (notes cliniques) démontrant que la personne assurée est admissible aux mesures transitoires et finales.

3 Changements aux dispositions normatives de l'Accord-cadre (annexe 1, titre II)

◆ BROCHURE N° 1

3.1 Article 8. Fermeture, fusion ou changement d'oeuvre

- L'article 8.1 est remplacé par le suivant afin de retirer les références aux agences :

8.1 Un comité composé de représentants du Ministre et de la Fédération est institué afin de porter assistance au médecin qui, suite aux changements d'oeuvre, à la fusion ou à la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service où il exerce, satisfait aux critères prévus à l'annexe 37.

Ce comité œuvre de concert, le cas échéant, avec les instances locales ayant pour mandat d'élaborer les plans de redéploiement des effectifs médicaux ainsi que les plans de réallocation des ressources.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} janvier 2016

- Le deuxième paragraphe de l'article 8.2 est remplacé par le suivant afin de retirer la référence à l'agence :

Conformément à l'article 240 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Ministre approuve cette demande de nomination du médecin spécialiste, en vue d'un transfert.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} avril 2015

4 Changements aux règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (annexe 4)

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Règle 34. Réunion clinique multidisciplinaire

L'article 34.5 est remplacé par le suivant :

34.5 La présente règle ne s'applique pas au médecin classé en psychiatrie ni au médecin qui participe à une clinique des tumeurs. Elle ne s'applique également pas pour un médecin qui participe à une réunion multidisciplinaire spécifique pour laquelle une tarification est prévue dans sa spécialité, soit une réunion neuromusculaire multidisciplinaire en neurologie, une discussion d'un cas complexe en gériatrie, une réunion multidisciplinaire faite dans le cadre d'un plan d'intervention individualisée (P.I.I.) en psychiatrie ou une clinique surspécialisée en neurochirurgie.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} janvier 2014

5 Changements aux règles de tarification de la médecine de laboratoire (annexe 5)

◆ MANUEL DES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT

Protocole concernant la radiologie diagnostique (onglet H)

L'article 2.1 est remplacé par le suivant :

2.1 Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins nommés par la Fédération, dont au moins deux médecins radiologistes.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires de radiologie.

Ces demandes sont déferées par le ministre.

Date d'entrée en vigueur : à la date de signature de la Modification 77.

6 Changements aux tarifs des actes (annexe 6)

◆ MANUEL DE FACTURATION

La Modification 77 apporte des changements à l'annexe 6 – *Tarif de la médecine et de la chirurgie*. Voici une liste non exhaustive de ces changements.

Annexe 6 – Tarif de la médecine et de la chirurgie

- Environ 15 codes sont abolis, plus particulièrement en matière de procréation assistée;
- Environ 15 nouveaux codes sont créés;
- Certains libellés et notes sont ajoutés, modifiés ou abolis;
- Un nouveau modificateur est créé.

Les changements entrent en vigueur à des dates différentes :

- le changement de libellé du service médical **20116** et l'ajout du service médical **00103** (onglet C) qui prennent effet le **13 mai 2013**;
- le changement à la note sous le service médical **15406** (onglet B) qui prend effet le **1^{er} janvier 2014**;
- le déplacement de la note sous le service médical **00911** (onglet D), la modification à la note et l'ajout d'un astérisque aux unités du service médical **41038** (onglet D) et l'abolition du titre sous le service médical **03232** (onglet H) qui prennent effet le **1^{er} décembre 2015**;
- l'ajout des notes sous les services médicaux **06904** et **06905** (onglet Q) qui prend effet au **1^{er} mai 2009**;
- les modifications à la section *Divers* de l'onglet D qui prennent effet à la date de signature de la Modification 77;
- l'ajout de la note sous le service médical **07000** (onglet S) qui prend effet le **1^{er} juin 2016**;
- le changement de tarif du service médical **07331** (onglet T) qui prend effet le **1^{er} juillet 2016**.

Les changements relatifs l'aide médicale à mourir et à la procréation assistée sont présentés aux points 1 et 2 de l'infolettre.

Où trouver les nouveaux tarifs?

Les changements à la nomenclature des actes ne sont pas inclus dans la présente infolettre. En attendant la mise à jour des différents manuels touchés, l'information est disponible sur le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les changements seront facilement identifiables par un code de couleur. Par exemple, un tarif modifié apparaîtra en jaune, un nouveau code en vert, etc. Veuillez noter que la pagination pourra différer de celle des versions actuelles des manuels.

Certaines modifications entrent en vigueur de façon rétroactive. La Régie révisera les honoraires facturés pour les services suivants et effectuera, s'il y a lieu, les versements et les récupérations requis :

- Les unités de durée sont permises pour le code **41038** (onglet D) au 1^{er} décembre 2015.
- Sous les codes **06904** et **06905** l'ajout et la modification des notes prennent effet au 1^{er} mai 2009.
- Sous le code **07000** l'ajout de la note prend effet au 1^{er} juin 2016.
- Le changement tarifaire du code **07331** prend effet au 1^{er} juillet 2016.

7 Lettres d'entente modifiées

◆ BROCHURE N^o 1 → ANNEXE 11 – LETTRES D'ENTENTE

7.1 Lettre d'entente n^o 156

Les références « Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence » paraissant dans le titre et au premier *Considérant* sont remplacées par « Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence et du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPO) et du système d'évacuation aéromédicale du Québec (É.V.A.Q.) ».

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} janvier 2016**

7.2 Lettre d'entente n^o 182

La *Lettre d'entente n^o 182* relative aux coûts du régime d'assurances complémentaires obligatoires est remplacée afin d'actualiser l'année de référence 2015 par 2016.

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} janvier 2016**

7.3 Lettre d'entente n° 203

L'article 5.2 a) de la *Lettre d'entente n° 203* est modifié pour tenir compte des changements à la section *Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire* introduits par la Modification 73 :

- remplaçant les références à « 41001, 41002, 41003, 41004, 41005, 41026 et 41027 » par respectivement « 41049, 41051, 41044, 41039, 41040, 41052 et 41041 »;
- en ajoutant les services médicaux « 41042, 41043, 41053 et 41054 »;
- en remplaçant la référence « codes d'actes » par « codes ».

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} décembre 2015**

8 Lettres d'entente ajoutées

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 11 – LETTRES D'ENTENTE

8.1 Nouvelle Lettre d'entente n° 210 – Direction générale de santé publique du MSSS

La *Lettre d'entente n° 210* est introduite pour encadrer la rémunération selon le mode mixte des médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui détiennent un poste en médecine spécialisée mis en place à la Direction générale de santé publique du MSSS (DGSP) par le Plan d'effectifs médicaux 2016-2020 (PEM). La DGSP est considérée comme l'établissement principal du médecin désigné qui doit détenir une nomination et des privilèges au sein du département de santé publique d'un établissement.

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} juin 2016**

Vous pouvez consulter le texte officiel de la *Lettre d'entente n° 210* à la [partie I](#) de la présente infolettre.

8.2 Nouvelles Lettres d'entente n°s 214 et A-88 concernant les services des radiologistes au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Considérant que les traitements de chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale sont effectués uniquement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), les parties ont adopté la *Lettre d'entente n° 214* permettant aux radiologistes du CHUS de facturer exceptionnellement la combinaison des actes **08401**, **08403** (angiographie par cathétérisation) et **09444** (cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs).

Date d'entrée en vigueur de la *Lettre d'entente n° 214* : le **19 novembre 2014**

La Régie alloue trois mois à partir de la présente infolettre aux radiologistes concernés pour la facturation des services rendus depuis le 19 novembre 2014.

Les parties négociantes ont également convenu à la *Lettre d'entente A-88* de verser aux radiologistes concernés du CHUS d'un montant additionnel pour la période du 9 février 2012 au 18 novembre 2014.

Date d'entrée en vigueur de la *Lettre d'entente A-88* : le **5 mai 2016**

Vous pouvez consulter le texte officiel des *Lettres d'entente n°s 214 et A-88* à la [partie I](#) de la présente infolettre.

9 Protocoles d'accord modifiés

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *PROTOCOLES D'ACCORD*

9.1 Protocole d'accord concernant le projet pilote de dépistage de la rétinopathie diabétique

Le protocole d'accord concernant le projet pilote de dépistage de la rétinopathie diabétique est prolongé jusqu'au 31 mars 2017. L'article 5 est modifié en remplaçant la référence à « 31 mars 2016 » par « 31 mars 2017 ».

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} avril 2016**

9.2 Protocole d'accord concernant l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (OPTILAB)

À l'annexe du protocole, dans la liste des installations de la grappe 2, la référence à « Centre de santé et de services sociaux de Port Centre de santé et de services sociaux Cartier » par « Centre de santé et de services sociaux de Port-Cartier ».

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} janvier 2016**

10 Changements au mode de rémunération mixte (annexe 38)

◆ BROCHURE N^o 5

10.1 Article 3. Supplément d'honoraires

L'article 3.5 est ajouté pour introduire un supplément d'honoraires à 50 % pour les services médicaux relatifs à l'aide médicale à mourir et la sédation palliative.

3.5 Toutefois, malgré l'absence de dispositions spécifiques à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur les honoraires payables en vertu des Règles 36 à 40 du Préambule général de l'Annexe 4 de l'Accord-cadre.

AVIS : Voir les codes **17000**, **17001**, **17002**, **17003**, **17004**, **17005** et **17006**.

Date d'entrée en vigueur : le **10 décembre 2015**

10.2 Modèle de l'endocrinologie

Au supplément d'honoraires à 50 %, le service médical **15195** est retiré.

Date d'entrée en vigueur : le **9 mai 2016**

10.3 Modèle de l'obstétrique-gynécologie

10.3.1 Supplément d'honoraires à 60 %

- Les services médicaux **06086, 15198, 15199, 15294, 15295, 15297, 15298** et **15527** sont retirés.
- Les services médicaux **06975, 06976, 06993, 06994** et **06995** sont ajoutés.

Date d'entrée en vigueur : le **10 novembre 2015**, à l'exception des services médicaux **06086, 15199, 15294, 15295, 15297** et **15298**, lesquels sont retirés au **9 mai 2016**.

10.3.2 Supplément d'honoraires à 75 %

- Le service médical **06085** est retiré.

Date d'entrée en vigueur : le **9 mai 2016**

10.4 Modèle de la rhumatologie

Au supplément d'honoraires à 52 % :

- Le deuxième paragraphe est retiré;
- Les services médicaux **15471** et **15473** sont ajoutés.

Date d'entrée en vigueur : le **13 mai 2013**

10.5 Modèle de l'urologie

Au supplément d'honoraires à 60 %, les services médicaux **20080** et **20175** sont ajoutés.

Date d'entrée en vigueur : le **10 novembre 2015**

10.6 Modèle de la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

- Aux Modalités particulières de la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, l'article 4 relatif au supplément de garde en disponibilité est modifié.

4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Un tel supplément est également payable au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail désigné par les parties négociantes et qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale ou en maladies infectieuses.

Le supplément de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses est de 120 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 240 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable par jour, par direction régionale de santé publique. Également, un seul supplément est payable par jour pour la garde provinciale en santé environnementale en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique des médecins omnipraticiens.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable par jour, par direction régionale de santé publique. Également, un seul supplément est payable par jour pour la garde provinciale en maladies infectieuses en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique des médecins omnipraticiens.

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

Date d'entrée en vigueur : le **1^{er} juin 2016**

- Sous l'article 4 des Modalités particulières, le tableau des codes et des tarifs est remplacé par le suivant. Les codes **19961**, **19962**, **19963** et **19964** sont créés pour la garde provinciale.

<i>Spécialités</i>	<i>Week-end et jours fériés</i>		<i>Autres jours</i>	
	<i>Codes</i>	<i>Tarif (\$)</i>	<i>Codes</i>	<i>Tarif (\$)</i>
Garde régionale en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail				
- Santé environnementale	19039	240,00	19038	120,00
- Maladie infectieuse	19051	240,00	19050	120,00
Garde provinciale en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail				
- Santé environnementale	19962	240,00	19961	120,00
- Maladie infectieuse	19964	240,00	19963	120,00

11 Changements au mode de rémunération mixte en médecine d'urgence (annexe 40)

◆ BROCHURE N^o 5

Article 3. Supplément d'honoraires

L'article 3.4 est remplacé pour introduire un supplément d'honoraires à 50 % pour les services médicaux relatifs à l'aide médicale à mourir et la sédation palliative.

3.4 Nonobstant toutes dispositions au contraire dans le modèle de rémunération mixte produit en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur les honoraires payables en vertu des Règles 36 à 40 ainsi que sur le supplément payable en vertu de la Règle 28 du préambule général de l'annexe 4.

AVIS : Voir les codes **17000**, **17001**, **17002**, **17003**, **17004**, **17005** et **17006**.

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **00746**, **00777**, **01011**, **01015**, **01215**, **01216**, **05144**, **06062** et **07068**, utiliser le code **70006**. Pour les autres codes concernés, utiliser le code **70000**.

Date d'entrée en vigueur : le **10 décembre 2015**

Textes officiels – Modification 77

Règles 36 à 40 du préambule général et Lettre d'entente n° 211 en lien avec l'aide médicale à mourir

Préambule général

RÈGLE 36

INTERVENTION CLINIQUE À LA SUITE D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

36.1 L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir d'un patient est réalisée par le médecin qui accepte d'accompagner un patient (ci-après le « médecin accompagnateur ») dans le cadre du processus faisant suite à sa demande d'aide médicale à mourir. À ce titre, le médecin accompagnateur vérifie que le patient satisfait aux conditions prévues à la Loi. Lorsqu'il conclut que l'aide médicale à mourir peut être administrée et que le patient maintient sa demande, il la lui administre, l'accompagne et demeure avec lui jusqu'à son décès, le tout selon les modalités requises.

L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir s'applique également à l'égard de l'intervention du médecin qui, à la demande du médecin accompagnateur, fournit un second avis sur le respect des conditions prévues à la Loi.

L'intervention clinique inclut la vérification de la demande du patient, la gestion de son transfert, l'évaluation de la recevabilité de la demande, la révision du dossier, les communications avec le patient ou avec ses proches, l'information à lui transmettre quant au processus lui-même, le soutien à lui apporter et le respect des modalités requises. Elle inclut également les échanges avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient ou avec les autres professionnels ou personnes concernés. Toutefois, elle n'inclut pas le temps requis pour la gestion des médicaments ou le complètement des formulaires suivants, lesquels services sont rémunérés selon la tarification qui leur est applicable :

- Gestion des médicaments (Règle 37)
- Formulaire de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir (Règle 38)
- Formulaire d'avis d'un second médecin (Règle 39)
- Rédaction de la déclaration de décès (code **09200**).

Les honoraires payables pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir sont prévus à la nomenclature. Ils s'appliquent en lieu et place de tous autres honoraires de visites qui pourraient autrement être applicables pour une intervention effectuée dans le cadre d'une aide médicale à mourir. Une séance ne doit pas durer moins de quinze (15) minutes consécutives. Par la suite, une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes consécutives complétées peuvent être réclamées.

Le médecin doit compléter des notes au dossier du patient.

AVIS : Voir le code **17000** sous l'onglet B – Tarification des visites.

36.2 Les dispositions relatives à l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile.

Lorsque le médecin doit se déplacer à dix (10) kilomètres ou plus du lieu principal de pratique où il exerce jusqu'au lieu de l'intervention, un supplément de temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Ce maximum peut être dépassé dans le cas de difficulté de recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention. Ce dépassement fait l'objet d'une considération spéciale.

AVIS : Voir le code **17001** sous l'onglet B – Tarification des visites.

Lorsque le médecin doit effectuer un déplacement de plus de quarante (40) kilomètres, il a droit au paiement de ses frais de déplacement, et ce, conformément à l'article 2.1 a) de l'Annexe 23.

AVIS : Pour les instructions de facturation, voir l'onglet Frais de déplacement et de séjour du Manuel des médecins spécialistes.

36.3 Le médecin a droit au paiement d'honoraires majorés de 70 % pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir qu'il effectue entre 19 h et 7 h du lundi au vendredi ou entre 7 h et 7 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le code **17000**, utiliser le modificateur **165**. *

* Le modificateur n'est pas utilisé par le professionnel ayant migré vers la nouvelle facturation à l'acte.

RÈGLE 37

GESTION DES MÉDICAMENTS (MÉDECIN ACCOMPAGNATEUR)

Le médecin accompagnateur est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à la gestion des médicaments à être administrés à un patient dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir. La tarification applicable inclut le temps consacré aux discussions avec le pharmacien, à la récupération des médicaments, à leur retour à la pharmacie, à leur décompte ainsi qu'à l'inscription de l'information requise au registre des médicaments.

AVIS : Voir le code **17002** sous l'onglet B – Tarification des visites.

RÈGLE 38

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Le médecin accompagnateur est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à compléter le formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir et à le transmettre, lorsque requis, au CMDP, au Collège des médecins et à la Commission sur les soins de fin de vie.

AVIS : Voir les codes **17003** et **17004** sous l'onglet B – Tarification des visites.

RÈGLE 39

AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Le médecin spécialiste qui est appelé à fournir un second avis sur le respect des conditions prévues à la Loi est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à compléter le formulaire d'avis du médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir et à le verser au dossier du patient.

AVIS : Voir le code **17005** sous l'onglet B – Tarification des visites.

RÈGLE 40

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Le médecin est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à compléter le formulaire de déclaration de la sédation palliative continue et à le transmettre, lorsque requis, au CMDP ou au Collège des médecins.

AVIS : Voir le code **17006** sous l'onglet B – Tarification des visites.

Date de prise d'effet : 10 décembre 2015

LETTRE D'ENTENTE N° 211

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES SERVICES MÉDICAUX ET MÉDICO-ADMINISTRATIFS DÉCOULANT DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE (L.R.Q. chapitre S-32.001)

CONSIDÉRANT l'adoption par le législateur de la Loi concernant les soins de fin de vie (ci-après nommée « la Loi ») laquelle a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des modalités de rémunération applicables à un médecin qui accompagne un patient lors d'une demande relative à l'aide médicale à mourir et de convenir du financement des coûts non récurrents et récurrents qui en découle;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des modalités de rémunération pour le médecin qui complète les formulaires exigés par la Loi et de convenir du financement des coûts non récurrents et récurrents qui en découle.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans le cadre du renouvellement de l'Accord-cadre 2010-2015 qui a pris fin le 31 mars 2015, les parties conviennent d'assurer le financement des coûts récurrents découlant des modalités de rémunération convenues et relatives à l'aide médicale à mourir.
2. Le coût non récurrent, sur une base annuelle, est estimé à 341 000 \$. Cet estimé est ajusté à la hausse ou à la baisse afin de refléter le coût réel des services dispensés.
3. À compter de l'année 2015-2016 et ce, jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre, les coûts non récurrents de ces services sont financés à même les sommes accumulées au titre des non-atteintes de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, et ce, à moins qu'il n'en soit convenu autrement dans le cadre du renouvellement.
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 10 décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie

RÈGLE 10.

SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (Mesures transitoires)

La présente règle concerne les services rendus dans le cadre des mesures transitoires et finales prévues à la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée et vise ainsi uniquement les services rendus à compter du 11 novembre 2015 aux personnes assurées admissibles à ces mesures pendant la période transitoire.

10.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à une personne assurée :

1^o qui a commencé à recevoir des services de fécondation in vitro avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation in vitro ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première possibilité;

2^o qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à ce que l'insémination artificielle ait eu lieu;

3^o qui participe avec la personne visée aux paragraphes 1^o et 2^o à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ces paragraphes.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

10.2 L'honoraire de stimulation ovarienne est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir les codes 06962, 06963 et 06964 sous l'onglet Q – Obstétrique.

10.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la micro-injection de spermatozoïdes ainsi que la congélation et l'entreposage d'un ou plusieurs embryons pendant une période d'un an.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir les codes 06965, 06966 et 06967 sous l'onglet Q – Obstétrique

10.4 L'honoraire de transfert d'embryon est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou plusieurs embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin et l'assistance à l'éclosion.

AVIS : Voir les codes 06968 et 06969 sous l'onglet Q – Obstétrique.

10.5 L'honoraire pour la stimulation ovarienne hors FIV est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne hors FIV peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes **06971** et **06972** sous l'onglet Q – Obstétrique.

10.6 L'honoraire pour l'insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir le code **06973** sous l'onglet Q – Obstétrique.

10.7 L'honoraire pour la fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme (québécoise ou canadienne) ne peut être réclamé plus d'une fois dans un cas d'insémination artificielle ou dans un cas de fécondation *in vitro*.

AVIS : Voir les codes **06954**, **06955**, **06956** et **06957** sous l'onglet Q – Obstétrique.

RÈGLE 11.

SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (depuis le 10 novembre 2015)

La présente règle s'applique à l'égard des services de procréation assistée prévus à la Loi sur l'assurance maladie et au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et qui sont assurés à compter du 10 novembre 2015.

11.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense et qui s'inscrivent à titre de services d'insémination artificielle, y compris la stimulation ovarienne, ou de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

Préservation de la fertilité

11.2 L'honoraire de stimulation ovarienne est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code **06975** sous l'onglet Q – Obstétrique

11.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis à des fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la congélation d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens, selon toutes techniques, ainsi que leur entreposage pendant une période d'un an. Sont cependant exclues la micro-injection de spermatozoïdes et toutes techniques de fécondation in vitro, lesquelles sont des services non assurés.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code **06976** sous l'onglet Q – Obstétrique.

Insémination artificielle

11.4 L'honoraire pour la stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins d'un traitement d'insémination artificielle et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment l'hyperstimulation ovarienne, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation et l'échec de prélèvement du sperme ou d'éjaculation. Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes **06993** et **06994** sous l'onglet Q – Obstétrique.

11.5 L'honoraire pour l'insémination artificielle est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente, par cycle.

De plus, un maximum de neuf (9) inséminations artificielles peut être réclamé par patiente jusqu'à l'obtention d'une grossesse évolutive avec un cœur foetal positif.

AVIS : Voir le code **06995** sous l'onglet Q – Obstétrique.

AVIS : S'il y a lieu, inscrire la date de confirmation du diagnostic d'une grossesse évolutive avec un cœur foetal positif dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 12. ÉVALUATION DE FERTILITÉ

L'évaluation de fertilité est un bilan d'infertilité effectué chez un couple suite à une période sans conception d'au moins douze (12) mois, sauf dans des cas d'exception justifiés par des raisons médicales. Il est fait dans le but de statuer sur la fertilité et d'orienter, s'il y a lieu, le couple vers des services de procréation assistée.

L'honoraire de l'évaluation de fertilité est un honoraire global qui comprend l'anamnèse, l'examen clinique de la patiente et de son conjoint, la coordination du bilan paraclinique suivant et la détermination du diagnostic à la lumière des résultats de ce bilan, incluant la visite visant la transmission des résultats :

- Documentation de l'ovulation (par courbe de température basale, ou par échographie ou par mesure de la progestérone, le cas échéant);
- Mesure de la TSH;
- Dépistage du diabète ou de l'intolérance au glucose chez les patientes dont l'indice de masse corporelle est $>$ ou $=$ 30, ou chez qui un syndrome des ovaires polykystiques est soupçonné;
- Dosage de la prolactinémie, si doute clinique;
- Spermogramme avec spermocytogramme;
- Dépistage des infections transmises sexuellement;
- Évaluation de la réserve ovarienne (statut échographique et/ou hormonal);
- Évaluation de la perméabilité tubaire, par laparoscopie avec épreuve de perméabilité tubaire, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie lorsque l'ovulation est documentée et qu'un facteur d'obstruction tubaire est soupçonné;
- Évaluation de l'intégrité de la cavité utérine par échographie (entre jours 2 et 5), par hystérocopie diagnostique, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie.

Une seule évaluation de fertilité peut être réclamée par couple, par vingt-quatre (24) mois.

AVIS : La règle 12 est en vigueur du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016 inclusivement.

Voir les codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199** ci-dessous, auparavant situés sous les sections Endocrinologie et Obstétrique-gynécologie de l'onglet B – Tarification des visites.

Endocrinologie

15194 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé).....250 \$

15195 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD / Externe).....200 \$

Obstétrique-gynécologie

15197 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé).....250 \$

15199 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD / Externe).....200 \$

AVIS : Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité (codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199**), inscrire les renseignements relatifs à la femme requérant le service dans la section sur l'identité de la personne assurée. *

* Pour le professionnel ayant migré vers la nouvelle facturation à l'acte, voir l'avis à la partie III de l'infolettre.

Lettre d'entente n° 212

CONCERNANT LE SUIVI FINANCIER EN REGARD DES MODIFICATIONS APPORTÉES AU PANIER DE SERVICES ASSURÉS EN PROCRÉATION ASSISTÉE

CONSIDÉRANT l'entente MSSS-FMSQ et les dispositions qui y sont prévues concernant la rémunération des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT les modifications législatives apportées à la couverture des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT les enveloppes budgétaires globales prédéterminées allouées à la rémunération des médecins spécialistes au cours des années, lesquelles englobent notamment les services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT le protocole d'accord intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes, lequel prévoit notamment que les hypothèses émises pour l'évolution de la pratique sont réévaluées annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle observée et que l'annexe financière est ajustée en conséquence;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services dispensés par les médecins spécialistes dans le cadre de la procréation médicalement assistée a totalisé un montant d'environ 45,6 M\$ pour l'année budgétaire 2014-15;

CONSIDÉRANT la nécessité de réévaluer le montant des enveloppes budgétaires globales prédéterminées allouées à la rémunération des médecins spécialistes au cours des années afin de tenir compte des divers impacts des modifications apportées à la couverture des services de procréation médicalement assistée, dont la diminution des services assurés visés, les transferts au niveau des autres services dispensés à la clientèle visée ou les modifications aux champs de pratique de certains médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'estimer comme suit le montant de la dépense de rémunération qui serait affectée aux services de procréation assistée dispensés au cours de ces années, et ce, en tenant compte exclusivement de la révision du panier de services assurés en procréation assistée et non des transferts vers d'autres services ou des modifications aux champs de pratique des médecins, lesquels seront considérés en vertu de l'article 3 :
 - a. Pour l'année budgétaire 2015-16 : 38,7 M\$;
 - b. Pour l'année budgétaire 2016-17 et les années subséquentes : 11,6 M\$.
2. D'ajuster l'enveloppe budgétaire globale à compter de l'année 2015 en fonction des estimations mentionnées à l'article 1, le tout sous réserve de l'article 3.
3. De réviser l'ajustement apporté à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de ces années afin de refléter à la fois la dépense réelle et observée des services de procréation assistée au cours de ces années, mais également de l'évolution de pratique, laquelle tiendra compte notamment des transferts vers d'autres services ou des modifications aux champs de pratique des médecins.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 10 novembre 2015.

*EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.*

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Lettre d'entente n° 213

CONCERNANT LES VISITES EN LIEN AVEC LE SERVICE MÉDICAL DE STIMULATION OVARIENNE HORS FIV

CONSIDÉRANT les changements apportés aux modalités de rémunération pour la stimulation ovarienne hors FIV;

CONSIDÉRANT l'introduction des modalités de rémunération pour la stimulation ovarienne effectuée dans le cadre d'une insémination artificielle;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste qui, entre le 10 novembre 2015 et le 9 mai 2016, a réclamé le paiement du service médical de stimulation ovarienne hors FIV, par agents oraux (code **06971**), lequel ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux Règles 10.5 ou 11.4 de l'ADDENDUM 6. OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE, a droit au paiement d'une visite, qui faisait autrement partie de l'honoraire global au tarif de 160 \$ en établissement ou 220 \$ en cabinet privé.

AVIS : Utiliser le code **15799**.

2. Le médecin spécialiste qui, entre le 10 novembre 2015 et le 9 mai 2016, a réclamé le paiement du service médical de stimulation ovarienne hors FIV, par gonadotropines (code **06972**), lequel ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux Règles 10.5 ou 11.4 de l'ADDENDUM 6. OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE, a droit au paiement d'une visite, qui faisait autrement partie de l'honoraire global, au tarif de 225 \$ en établissement ou 310 \$ en cabinet privé.

AVIS : Utiliser le code **15800**.

3. Les coûts non récurrents de ces services sont financés à même les sommes accumulées au titre de la non atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.
4. La présente lettre d'entente prend effet le 15 mai 2016.
5. Le cas échéant, la Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et permettant l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 210

CONCERNANT LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL QUI DÉTIENNENT UN POSTE AU PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX AU SEIN DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONSIDÉRANT les modalités de rémunération prévues à l'Entente pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de ces modalités de rémunération, le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte en santé publique s'applique à l'égard des activités effectuées par un médecin rattaché à un département clinique en santé publique d'un établissement;

CONSIDÉRANT que le PEM 2016-2020 prévoit la mise en place de 6 postes en médecine spécialisée en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail à la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (DGSP);

CONSIDÉRANT que les médecins ayant à occuper ces postes sont rattachés au département de santé publique d'un établissement;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de convenir de modalités de rémunération pour ces médecins spécialistes, étant toutefois entendu que ces modalités ne peuvent s'appliquer qu'au médecin spécialiste détenant un plan d'effectif pour cette direction.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes peuvent autoriser l'application des modalités de rémunération prévues à l'Annexe 38 – RÉMUNÉRATION MIXTE au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui détient un poste au plan d'effectifs reconnu à la DGSP.

La DGSP est alors considérée comme l'établissement principal du médecin désigné. Toutefois, le médecin doit détenir une nomination et des privilèges au sein du département de santé publique d'un établissement.

2. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comprenant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.
3. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} juin 2016

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Lettre d'entente n° 214

CONCERNANT LES SERVICES RÉALISÉS PAR LES RADIOLOGISTES DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE DANS LE CADRE DE TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE INTRA-ARTÉRIELLE POUR LÉSION TUMORALE CÉRÉBRALE

CONSIDÉRANT le caractère particulier de ces traitements;

CONSIDÉRANT que la chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale est un service effectué uniquement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

CONSIDÉRANT l'avis scientifique demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux concernant la valeur thérapeutique de ce type de traitement;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Permettre aux radiologistes du CHUS de facturer la combinaison des actes suivants lorsqu'ils effectuent un traitement de chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale, et ce, de façon exceptionnelle et même s'il n'y a qu'un seul cathétérisme vasculaire mis en place :

Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

8401 insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste

08403 cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément

Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs

09444 Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 19 novembre 2014.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Lettre d'entente A-88

CONCERNANT CERTAINS SERVICES DISPENSÉS PAR DES RADIOLOGISTES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Les parties conviennent de ce qui suit :

La Régie verse un montant additionnel aux radiologistes suivants à titre de modalités de rémunération particulière pour les services réalisés dans le cadre de traitements de chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale pour la période du 9 février 2012 au 18 novembre 2014 :

- François Belzile	(00-341)	50 042,40 \$
- Andrew James Benko	(97-280)	44 721,80 \$
- Gérald Gahide	(10-487)	37 819,40 \$

*EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.*

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Lettre d'entente n° 182

CONCERNANT LES COÛTS DES RÉGIMES D'ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES POUR L'ANNÉE 2016

CONSIDÉRANT l'impact lié au nombre d'effectifs et de la moyenne d'âge du groupe de médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat défini selon l'Annexe 16 sur les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires pour l'année 2016.

CONSIDÉRANT les modalités d'application prévues à l'Annexe 21 sur la contribution de la Régie pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

De verser par mesure d'exception, trimestriellement pour l'année 2016, aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat défini selon l'Annexe 16, un montant forfaitaire calculé sur la base des indications fournies par les parties négociantes.

La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____ JOUR DE _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Changements aux modificateurs, aux avis administratifs et aux messages explicatifs

1 Modificateur

Nouveau modificateur simple

MODIFICATEUR	DESCRIPTION	CONSTANTE
165	Majoration des honoraires pour intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir (règle 36.3 du préambule général)	1,7000

2 Avis administratifs

2.1 Avis administratifs ajoutés ou retirés – Manuel de facturation

2.1.1 Section Aide médicale à mourir (onglet B – Tarification des visites)

- À la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue*, l'avis suivant est ajouté sous le nouveau code **17000** :

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

- À la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue*, l'avis suivant est ajouté sous le nouveau code **17001** :

AVIS : Incrire :

- le nombre de quarts d'heure (aller-retour) dans la case UNITÉS;
- la lettre A dans la case C.S.;
- le lieu d'arrivée (code de l'établissement, du cabinet ou de la localité) qui correspond au lieu où le service est rendu dans la section Établissement;
- le code postal du lieu de départ qui correspond au lieu principal de pratique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code postal du lieu d'arrivée qui correspond au lieu où le service est rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.

Lorsque plus de six unités sont demandées (pour l'aller-retour), fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale (1944).

Voir la règle 36.2 du préambule général.

- À la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue*, l'avis suivant est ajouté sous le nouveau code **17005** :

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin accompagnateur dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

2.1.2 Section Endocrinologie (onglet B – Tarification des visites)

- À la section *Endocrinologie*, les codes **15194** et **15195** de même que les avis sous ces codes sont abolis.

2.1.3 Section Obstétrique-gynécologie (onglet B – Tarification des visites)

- À la section *Obstétrique-gynécologie*, les codes **15196**, **15197**, **15198**, **15199**, **15517** et **15527** de même que les avis sous ces codes sont abolis.

2.1.4 Section Procréation assistée (onglet Q – Obstétrique-gynécologie)

- À la section *Procréation assistée*, sous le premier paragraphe relatif aux mesures transitoires, l'avis administratif suivant est ajouté.

AVIS : *Lorsque des documents complémentaires doivent être fournis dans le but de démontrer que le plan de traitement a débuté avant le 11 novembre 2015, ils doivent être accompagnés de la demande de paiement papier et envoyés par la poste à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (QC) G1K 7B4*

Les services facturés avec le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne qui participe avec la femme qui requiert le transfert d'embryon ou l'insémination artificielle feront l'objet d'une évaluation approfondie. Ces services devront être accompagnés du NAM de la femme qui requiert le service ainsi que tout renseignement prouvant que le service est assuré pendant la période des mesures transitoires et finales.

- À la section *Procréation assistée*, sous le code **06976**, l'avis suivant est ajouté.

AVIS : *Le code relatif au prélèvement d'ovules peut être réclamé uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.*

3 Nouveaux messages explicatifs – Manuel de facturation

- 688** Selon la règle 36.2 du préambule général, le code 17001 est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 10 kilomètres (unidirectionnel).
- 964** La Régie ne peut déterminer que ce service de stimulation ovarienne hors FIV a été rendu en vue d'une insémination artificielle. Voir le point 2.7 de l'infolettre 127 pour connaître les instructions relatives à la facturation selon les règles applicables, ou à la révision si la personne assurée est admissible aux mesures transitoires et finales.

Changements aux avis administratifs – nouvelle facturation à l'acte (J'ai migré)

1 Avis administratifs ajoutés ou retirés – Manuel de facturation

1.1 Section Aide médicale à mourir (onglet B – Tarification des visites)

- À la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue*, l'avis suivant est ajouté sous le nouveau code **17000** :

AVIS : *Inscrire :*

- la durée de l'intervention;
- l'heure du début de l'intervention.

- À la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue*, l'avis suivant est ajouté sous le nouveau code **17001** :

AVIS : *Pour un déplacement de 10 kilomètres et plus, inscrire :*

- la durée du déplacement;
- l'heure du début du déplacement.

AVIS : *En cas de dépassement du maximum de 6 périodes de 15 minutes pour l'aller-retour, inscrire l'élément de contexte **Difficulté à recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention dans le cadre de l'aide médicale à mourir.***

- À la nouvelle section *Aide médicale à mourir et sédation palliative continue*, l'avis suivant est ajouté sous le nouveau code **17005** :

AVIS : *Inscrire le numéro du médecin accompagnateur ou son prénom, nom et sa profession.*

1.2 Section Endocrinologie (onglet B – Tarification des visites)

- À la section *Endocrinologie*, les codes **15194** et **15195** de même que les avis sous ces codes sont abolis.

1.3 Section Obstétrique-gynécologie (onglet B – Tarification des visites)

- À la section *Obstétrique-gynécologie*, les codes **15196**, **15197**, **15198**, **15199**, **15517** et **15527** de même que les avis sous ces codes sont abolis.

1.4 Section Procréation assistée (onglet Q – Obstétrique-gynécologie)

- Sous la règle 12, l'avis administratif suivant est ajouté :

AVIS : La règle 12 est en vigueur du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016 inclusivement.

Voir les codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199** ci-dessous, auparavant situés sous les sections Endocrinologie et Obstétrique-gynécologie de l'onglet B – Tarification des visites.

Endocrinologie

15194 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé)..... **250 \$**

15195 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD / Externe) **200 \$**

Obstétrique-gynécologie

15197 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé)..... **250 \$**

15199 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD / Externe) **200 \$**

AVIS : Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité (codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199**), utiliser le numéro d'assurance maladie de la femme requérant le service.

- À la section *Procréation assistée*, sous le premier paragraphe relatif aux mesures transitoires, l'avis administratif suivant est ajouté.

AVIS : Conserver les pièces justificatives permettant de démontrer que le plan de traitement a été débuté avant le 11 novembre 2015 ainsi que le numéro d'assurance maladie de la personne qui participe avec celle qui requiert le transfert d'embryon, et ce, aux fins de vérifications ultérieures.

- À la section *Procréation assistée*, sous le code **06976**, l'avis suivant est ajouté.

AVIS : Le code relatif au prélèvement d'ovules peut être réclamé uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.

2 Messages explicatifs – Manuel de facturation

La [liste des messages explicatifs](#) est disponible sur l'interface *J'ai migré vers la nouvelle facturation à l'acte* du site Web de la Régie.