

Modification 87 à l'Accord-cadre

Introduction

La RAMQ vous informe que les parties négociantes ont convenu de la Modification 87 à l'Accord-cadre.

Les plus importants changements touchent l'ophtalmologie, la neurologie et la chirurgie vasculaire. Des modifications sont apportées à certaines règles du préambule général et aux *addenda* de la chirurgie, de l'anesthésiologie, de la médecine d'urgence, de la radiologie diagnostique et de l'hématologie. L'*Addendum 10 – électroencéphalographie* est abrogé. Les actes d'électroencéphalographie se trouvent désormais dans la section des procédés diagnostiques et thérapeutiques. Des règles d'application et des plafonnements d'activités sont modifiés.

Pour faire suite à l'[infolettre 293](#) du 15 décembre 2017, les modalités de facturation concernant le programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse sont prévues dans la présente infolettre.

Certaines annexes à l'Accord-cadre sont modifiées. Notamment, des changements sont apportés à l'Annexe 38 (rémunération mixte) concernant la chirurgie générale, la chirurgie plastique, la chirurgie vasculaire, la médecine interne, la neurologie, l'obstétrique-gynécologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la physiatrie, la radiologie et la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Des lettres d'entente sont modifiées, adoptées ou abolies et certains protocoles d'accord sont également modifiés.

À moins d'avis contraire dans l'infolettre, les dispositions de la Modification 87 prennent effet le 10 décembre 2018. Certaines dispositions ont une date de prise d'effet à portée déclaratoire ce qui signifie que la prise d'effet est rétroactive à la date de début d'existence de la mesure ou du service.

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

Sommaire

1	Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)	2
2	Règles de tarification de la médecine de laboratoire (Annexe 5).....	5
3	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)	7
4	Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)	8
5	Règles d'application, plafonnements de gains de pratique et d'activités (Annexe 8)	9
6	Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées.....	10
7	Entente auxiliaire relative aux honoraires forfaitaires (Annexe 15)...	14
8	Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)	14
9	Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 32)	14
10	Rémunération mixte (Annexe 38)	15
11	Chirurgie plastique dans les unités de grands brûlés en centre hospitalier (Annexe 39)	19
12	Anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique (Annexe 41)	19
13	Développement professionnel et maintien des compétences (Annexe 44)	20
14	Plan de remplacement provincial en anesthésiologie (Annexe 45)	20
15	Protocoles d'accord modifiés.....	20

Instructions de facturation

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation à compter du **10 décembre 2018** pour l'ensemble des nouvelles modalités, à l'exception d'une mesure (voir le deuxième encadré ci-dessous).

Lorsque des dispositions dont vous pouvez bénéficier prennent effet de façon rétroactive, vous disposez de 90 jours à compter du 10 décembre 2018 pour facturer ces nouvelles modalités. Lorsque celles-ci concernent des services déjà facturés, vous n'avez aucune action à prendre. La RAMQ effectue les correctifs et ceux-ci occasionneront des ajustements positifs ou négatifs, en fonction de la nature de la nouvelle modalité.

Cependant, les changements à l'*Addendum 4* en radiologie diagnostique, à l'Annexe 38 en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail ainsi que la section des tarifs anesthésiologiques de l'Annexe 39 nécessitent une intervention de votre part, le cas échéant. Les instructions de facturation figurent à même les modalités pour ces trois changements (voir les sections 2.1, 10.12 et 11 de l'infolettre).

Les particularités de facturation figurent sous chaque mesure, le cas échéant. De plus, l'ensemble des changements apportés par la Modification 87 ainsi que les instructions de facturation afférentes seront intégrés aux différents manuels et brochures accessibles sous l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels à compter du **10 décembre 2018**.

Pour les 4 nouveaux codes **neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19** de la section *Électroencéphalographie* de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* qui prennent effet le 10 décembre 2018 :

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation pour ces codes à compter du **1^{er} avril 2019**. Vous devez retenir votre facturation jusqu'à cette date.

La date et l'heure de début ainsi que la date et l'heure de fin seront exigées pour ces services. Veuillez conserver ces renseignements aux fins de la facturation.

Les codes de facturation définitifs vous seront fournis ultérieurement.

Voir les deux dernières pages de l'infolettre pour prendre connaissance des libellés de ces nouveaux codes de facturation.

1 Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)

◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLETS *A, B, D* ET *E*

1.1 Préambule général

1.1.1 Règle 25 – Visites, procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie

Le tarif minimum alloué pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques et les chirurgies faits seuls par un médecin classé en oto-rhino-laryngologie passe de 66 \$ à **66,50 \$**.

Date d'application par la RAMQ : **1^{er} juillet 2018**.

1.1.2 Règle 27 – Procédés et chirurgies en urologie

La **règle 27** est remplacée par la suivante :

RÈGLE 27.

PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls dont le tarif est de moins de 317 \$, sont majorés à 317 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est **sous les soins d'un médecin anesthésiologiste**.

Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

Il n'est plus nécessaire que le patient soit sous anesthésie régionale ou générale pour que le médecin urologue ait droit à la majoration. Le patient doit être sous les soins d'un médecin anesthésiologiste.

L'avis existant sous cette règle est modifié afin d'y ajouter l'élément de contexte **Patient sous les soins d'un médecin anesthésiologiste**.

1.1.3 Règle 41 – Supplément d'honoraires de plateau technique

À l'annexe 1, les changements suivants sont apportés :

- Plateau mineur (5 \$)
Ajout des codes de facturation **20147** et **20255**.
- Plateau moyen (18 \$)
Retrait du code de facturation **20147** et ajout du code de facturation **20254**.

1.2 Addendum 4 – Chirurgie

1.2.1 Règles 2.2 et 2.3 – Visites

Le tarif prévu à ces règles passe de 66 \$ à **66,50 \$**.

Date d'application par la RAMQ : **1^{er} juillet 2018**.

1.2.2 Règle 2.3 – Visites

Des changements concernant l'**ophtalmologie** sont apportés à cette règle.

Les visites post-opératoires étaient incluses pour les trois jours suivant la chirurgie. Avec les changements apportés, les visites post-opératoires sont incluses seulement pour le jour suivant la chirurgie, sauf la visite de suivi aux soins intensifs qui demeure payable lorsqu'effectuée à la suite d'une chirurgie.

1.2.3 Règle 8.3 – Chirurgies multiples

La référence à la section « Appareil vasculaire non thoracique » est modifiée pour « Appareil vasculaire non thoracique chirurgie ouverte, toute technique ».

Le code de facturation **04053** de la section *Chirurgie endovasculaire pour traitement d'anévrisme ou de dissection aortique, toute technique* est ajouté à cette règle.

1.2.4 Règle 8.4 – Chirurgies multiples

La règle est remplacée par la suivante :

8.4 Toutefois, en ophtalmologie et en chirurgie plastique, sont payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale payée à 100 %.

Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 75 % pour les autres chirurgies.

Le changement au premier paragraphe n'est qu'une précision apportée afin de faciliter la compréhension du texte. La RAMQ appliquait déjà cette règle de cette façon.

Au deuxième paragraphe, le changement est que dorénavant, lors d'une chirurgie bilatérale (même code de facturation des deux côtés), seule la chirurgie effectuée sur le deuxième œil dont le tarif est le plus élevé est payée à 90 %. Les autres, le cas échéant, seront payées à 75 % du tarif.

1.2.5 Règle 13 – Forfait pour chirurgie complexe en neurochirurgie

Le deuxième paragraphe est remplacé par le suivant :

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant et du médecin intensiviste agissant dans le cadre de l'Annexe 29.

Dorénavant, le médecin neurochirurgien intensiviste qui agit dans le cadre de l'Annexe 29 pourra être payé. Tout ce qui est permis selon l'Annexe 29 est payable et non seulement le forfait de prise en charge du patient.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire.**

1.2.6 Règle 16.1 – Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie générale

Le deuxième paragraphe est remplacé par le suivant :

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant et du médecin intensiviste agissant dans le cadre de l'Annexe 29.

Dorénavant, le chirurgien général intensiviste qui agit dans le cadre de l'Annexe 29 pourra être payé. Tout ce qui est permis selon l'Annexe 29 est payable et non seulement le forfait de prise en charge du patient.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire.**

1.3 Addendum 8 – Anesthésiologie

La règle 7.1 – Interventions multiples est remplacée par la suivante :

7.1 Lorsque plusieurs interventions sont pratiquées pendant la même séance, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

La référence à « même séance opératoire » est remplacée par « même séance ». Cette règle s'applique autant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques qu'aux chirurgies.

La RAMQ appliquait déjà cette règle de cette façon.

Date de prise d'effet : **10 novembre 2011**.

1.4 Addendum 11 – Médecine d'urgence

L'alinéa ii) de la règle 8.1 – Majoration d'honoraires est remplacé par le suivant :

ii) Pour les services dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration ne s'applique toutefois pas au médecin urgentologue qui reçoit le forfait de prise en charge des patients aux soins intensifs.

Cette modification est faite afin que le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoive seulement la majoration prévue à l'article 7 de l'Annexe 29 et non celle de l'Addendum 11 et celle de l'Annexe 29.

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2016**.

2 Règles de tarification de la médecine de laboratoire (Annexe 5)

◆ MANUEL DES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT → ONGLETS *C, E ET H*

2.1 Addendum 4 – Radiologie diagnostique

La règle 2 – Examens est remplacée par la suivante :

RÈGLE 2.

EXAMENS

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic. Toutefois, à la suite d'une mammographie anormale, le médecin radiologiste peut confirmer son impression diagnostique à l'aide de tout examen d'imagerie médicale complémentaire.

Avec ce changement, dans le cas d'une mammographie anormale, le médecin radiologiste n'a plus besoin d'une référence ou de l'accord du médecin traitant pour demander tout examen d'imagerie médicale complémentaire.

Dans cette situation, utiliser l'élément de contexte **Examen d'imagerie médicale complémentaire à la suite d'une mammographie anormale**.

Si vous avez retenu votre facturation liée à l'imagerie médicale complémentaire, vous disposez de 90 jours à compter du 10 décembre 2018 pour facturer. Pour les services déjà facturés, vous devez modifier votre facture.

Date de prise d'effet : **13 juillet 2017**.

2.2 Addendum 6 – Hématologie

L'article 3 – Règles de tarification pour les activités de laboratoire de biologie moléculaire est modifié en retirant la référence à l'Hôpital Notre-Dame et en conservant « CHUM ». Ce changement fait suite au déménagement du CHUM.

Date de prise d'effet : **26 novembre 2017**.

2.3 Addendum 10 – Électroencéphalographie

L'*Addendum 10* est abrogé. Les actes d'électroencéphalographie se trouvent désormais sous l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

Il n'est plus nécessaire de transmettre à la RAMQ le formulaire *Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement* (3051) pour les privilèges en électroencéphalographie. Le médecin doit avoir effectué une formation spécifique en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois ou avoir été désigné par les parties négociantes.

Le médecin, autre qu'un spécialiste en neurologie depuis le 24 juillet 2017, qui complète la formation spécifique en électroencéphalographie après le 9 décembre 2018 doit en aviser la RAMQ en transmettant son attestation à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec, (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110

Le médecin qui complète la formation spécifique en électromyographie doit également aviser la RAMQ.

2.4 Protocole concernant les laboratoires d'imagerie médicale générale

L'article 1.1 est remplacé par le suivant :

1.1 Les parties négociantes désignent les laboratoires d'imagerie médicale générale établis au 1^{er} janvier 2017 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels le ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

S'y ajoutent également les laboratoires que les parties négociantes reconnaissent aux fins de l'application de l'honoraire de laboratoire en ultrasonographie. Toutefois, seul peut ainsi être désigné le laboratoire qui rencontre les critères d'exploitation et de propriété autrement applicables à un laboratoire d'imagerie médicale générale en vertu de la loi.

Un laboratoire dont le permis d'exploitation est cédé, demeure désigné si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2019**.

3 Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)

◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE

La Modification 87 amène une refonte importante des codes de facturation en **neurologie**, notamment pour la prise en charge et le traitement des accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'électroencéphalographie et l'électromyographie.

Des changements sont apportés aux codes de facturation de la **chirurgie cardio-vasculaire et thoracique**. Notamment, une nouvelle section d'actes est créée concernant le traitement chirurgical de l'anévrisme.

En **ophtalmologie**, entre autres changements, un supplément est créé pour l'utilisation d'un endoscope intraoculaire en établissement et des tarifs sont majorés pour certains actes effectués en cabinet privé.

En **obstétrique**, de nouveaux codes sont créés en lien avec le *Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de la grossesse médicamenteuse (pilule abortive)*. Ils se trouvent à la section *Obstétrique gynécologie* de l'onglet B du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

En **médecine interne**, des changements sont apportés notamment pour abolir les codes de suppléments pour les visites de patients en isolement et pour créer de nouveaux codes de visites pour le suivi des patients admis en médecine interne.

Obstétrique

L'[infolettre 293](#) vous demandait de retenir votre facturation à compter du 15 décembre 2017. Les nouvelles modalités entrent en vigueur au 22 janvier 2018. Entre la période du 15 décembre 2017 et le 21 janvier 2018, ce sont les anciennes modalités de l'entente qui s'appliquaient. Si des services ont été rendus et doivent être facturés pour cette période, veuillez vous référer au processus de dérogation de la RAMQ pour la facturation hors délai disponible à la rubrique *Facturation hors délai*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

De façon générale, la date de prise d'effet des changements apportés par la Modification 87 est le **10 décembre 2018 à l'exception de ce qui suit :**

- Les modifications aux libellés des services médicaux codifiés **15035**, **15036**, **15050** et **15051** visant la néphrologie sont à portée déclaratoire;
- La modification à la première note ajoutée sous le service médical codifié **04030** est à portée déclaratoire;
- La modification à la note sous le titre de la section « Urologie » de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* est à portée déclaratoire;
- La modification à la note sous le service médical codifié **07456** est à portée déclaratoire;
- Les modifications à la note sous le service médical codifié **00877** prennent effet le 1^{er} avril 2016;
- Le changement de la note sous le service médical codifié **08591** prend effet le 1^{er} avril 2016;
- Les modifications à la note sous le service médical codifié **20082** prennent effet le 1^{er} avril 2016;
- Le libellé du service médical codifié **07127** prend effet le 24 mai 2017;
- La modification à la note sous le service médical codifié **05936** prend effet le 7 juillet 2017;
- La modification apportée à la note sous le titre de la section « Médecine hyperbare » de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* prend effet le 5 février 2018;

- La modification à l'article 1 sous la rubrique ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE prend effet le 24 juillet 2017;
- Au deuxième tiret de la note sous le service médical codifié **09208**, la référence à « CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu) » est remplacée par « CHUM, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame, Centre de recherche du CHUM » et prend effet le 8 octobre 2017 et l'Hôpital Notre-Dame est retiré le 26 novembre 2017;
- Au deuxième tiret de la note sous le service médical codifié **15706**, la référence à « CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu) » est remplacée par « CHUM, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame, Centre de recherche du CHUM » et prend effet le 8 octobre 2017 et l'Hôpital Notre-Dame est retiré le 26 novembre 2017;
- Au deuxième tiret de la note sous le service médical codifié **15130**, la référence à « CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu) » est remplacée par « CHUM, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame, Centre de recherche du CHUM » et prend effet le 8 octobre 2017 et l'Hôpital Notre-Dame est retiré le 26 novembre 2017;
- Au huitième tiret de la liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique sous le service médical codifié **09293**, la référence à « Hôpital Saint-Luc du CHUM » est remplacée par « CHUM » et prend effet le 8 octobre 2017;
- Au sixième tiret de la liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique sous le service médical codifié **09293**, la référence à « Hôpital Notre-Dame du CHUM » est retirée et prend effet le 26 novembre 2017;
- Au neuvième tiret de la liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique sous le service médical codifié **09293**, la référence à « Hôtel-Dieu du CHUM » est retirée et prend effet le 5 novembre 2017;
- Au deuxième tiret de la liste agréée des établissements en cardiologie sous le service médical codifié **15246**, la référence à « CHUM – Hôpital Notre-Dame » est remplacée par « CHUM » et prend effet le 26 novembre 2017;
- À la note sous le service médical codifié **15666**, la référence à « à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM » est remplacée par « au CHUM » et prend effet le 26 novembre 2017;
- Au deuxième tiret de la note sous le service médical codifié **08434**, la référence à « Hôpital Notre-Dame (CHUM) » est remplacée par « CHUM » et prend effet le 26 novembre 2017;
- La modification au titre « CARDIAQUE » sous le service médical codifié **08448** prend effet le 1^{er} janvier 2018;
- Les services médicaux codifiés **15850, 15851, 15852, 15853, 15854, 15855, 15856** et **15857** prennent effet au 22 janvier 2018;
- Les modifications apportées au libellé du service médical codifié **00085** sont à portée déclaratoire.
- La modification à la note sous le service médical codifié **07339** prend effet le 29 décembre 2016.

4 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

◆ MANUEL DES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT

De façon générale, la date de prise d'effet des changements apportés par la Modification 87 est le **10 décembre 2018 à l'exception de ce qui suit :**

- Le changement de la note sous le code **8591** prend effet le 1^{er} avril 2016;
- Au deuxième tiret de la note sous le service médical codifié **8434**, la référence à « Hôpital Notre-Dame (CHUM) » est remplacée par « CHUM » et prend effet le 26 novembre 2017;

- La modification au titre « CARDIAQUE » sous le service médical codifié **8448** prend effet le 1^{er} janvier 2018.

5 Règles d'application, plafonnements de gains de pratique et d'activités (Annexe 8)

- ◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET *RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS*
- ◆ MANUEL DES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT → ONGLET *RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS*

5.1 Règle d'application n° 3 – Ophtalmologie

Les services médicaux codifiés **07097**, **07098** et **07106** sont ajoutés.

Ces services médicaux sont inclus dans le tarif de la chirurgie principale lorsqu'ils sont rendus à la même séance et qu'ils touchent le même œil.

5.2 Règle d'application n° 6

La règle d'application n° 6 fournit la liste des services médicaux ne donnant pas ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence.

- **Le 17^e tiret est remplacé par le suivant :**
 - Thérapie immuno-suppressive et soins médicaux afférents pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque, pulmonaire ou cardiopulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire (services médicaux codifiés 09489, 09490, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 09491, 00763, 20213, 09350 et 00767).
- **Le tiret suivant est ajouté à la fin de la liste :**
 - Enregistrement continu d'électro-encéphalogramme et d'électro-encéphalogramme avec électrodes en profondeur (**neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19**).

Lorsque la RAMQ sera prête à recevoir votre facturation le 1^{er} avril 2019, cet ajout s'appliquera rétroactivement au 10 décembre 2018. Les codes de facturation attribués par la RAMQ en remplacement des codes temporaires **neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19** vous seront communiqués dans une prochaine infolettre.

5.3 Plafonnements d'activités (PA)

5.3.1 PA 17 – Ophtalmologie

Le premier paragraphe de l'article 3 est remplacé par le suivant :

3. Les services médicaux « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction » (code 07331) et « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement » (code 07106) sont sujets à un plafonnement d'activités cumulé de 1 000 par semestre.

Le service médical codifié **07106** est sujet à ce plafonnement d'activités.

5.3.2 PA 29 – Neurologie

L'article 1 est remplacé par le suivant :

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 séances par semestre comprenant un ou plusieurs des actes suivants :

Code 20248 Étude myoneurale, 5 unités et moins

Code 20250 Étude myoneurale longue, plus de 5 unités

Code 20251 Étude myoneurale pour les cas complexes

Code 20249 Étude myoneurale pour diagnostic confirmé et principal de tunnel carpien uni ou bilatéral

6 Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ANNEXE 11*

Les lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées sont présentées à l'[Annexe 11. A, B et C](#) de la *Brochure n° 1*.

6.1 Lettres d'entente modifiées

6.1.1 Lettre d'entente n° 3

Le service médical suivant est ajouté à la liste des actes compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

- Exérèse de cils libres ou en trichiasis

6.1.2 Lettre d'entente n° 35

Cette lettre d'entente a fait l'objet de changements majeurs. Les seules activités qui demeurent visées par cette lettre d'entente sont :

- Évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comprenant un rapport médical au dossier du patient dans les installations suivantes :
 - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
 - Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont
 - CHUS – Hôpital Fleurimont
- Évaluation en externe, au vu du dossier médical, de patients affectés d'insuffisance cardiaque, dans le cadre du programme structuré de clinique d'insuffisance cardiaque, comprenant un rapport médical au dossier du patient dans l'installation suivante :
 - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)

Le code d'activité à utiliser pour la facturation demeure le **021059**.

6.1.3 Lettre d'entente n° 87

L'article 1 c) de cette lettre d'entente est abrogé.

Cet article prévoyait que les sommes monétaires nécessaires aux remboursements faits dans le cadre de l'*Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle* étaient prises à même l'enveloppe budgétaire globale de la rémunération des médecins spécialistes.

Dans le cadre du protocole d'accord concernant le renouvellement de l'Accord-cadre pour les années 2015 à 2023, les sommes prévues pour l'assurance responsabilité ont été exclues de l'enveloppe budgétaire globale à compter du 1^{er} avril 2015 et, conséquemment, l'article 1 c) de la *Lettre d'entente n° 87* a été abrogé.

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2015**.

6.1.4 Lettre d'entente n° 161 A

L'alinéa 4 ii) est remplacé par le suivant :

ii) Un nombre maximum de 4 demi-journées est payable du lundi au vendredi, par CPSC, par médecin spécialiste en pédiatrie, sous réserve des exceptions agréées par les parties négociantes et jusqu'à concurrence du maximum qu'elles fixent.

Date de prise d'effet : **1^{er} septembre 2016**.

6.1.5 Lettre d'entente n° 172

L'article 6 est remplacé par le suivant :

6. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'Annexe 38 et 1.2 de l'Annexe 40 comprennent également les activités visées à la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi-per diem ou d'un per diem. Toutefois, ces activités sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 60 %.

Tout comme pour le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, un supplément d'honoraires de 60 % s'applique sur les activités prévues à cette lettre d'entente pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 40.

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2016**. Toutefois, la RAMQ applique ce changement uniquement dans le nouveau système de rémunération à l'acte.

6.1.6 Lettre d'entente n° 182

Cette lettre d'entente concernant les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires pour les médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat est prolongée pour l'année 2018.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2018**.

6.1.7 Lettre d'entente n° 203

L'article 8.1 est modifié afin de prolonger l'application de cette lettre d'entente jusqu'au 31 décembre 2018.

Date de prise d'effet : **1^{er} octobre 2018**.

6.1.8 Lettre d'entente n° 208

L'article 4 est remplacé par le suivant :

4. Afin d'être admissible au paiement de la rémunération prévue à la présente lettre d'entente, le médecin spécialiste doit être reconnu par les parties négociantes à l'Annexe 29 des soins intensifs **ou être autrement désigné par elles.**

Les parties négociantes peuvent désormais désigner un médecin spécialiste non reconnu à l'Annexe 29 pour bénéficier des dispositions de cette lettre d'entente.

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2018**.

6.1.9 Lettre d'entente n° 221

À l'article 4, l'alinéa f) suivant est ajouté :

f) Pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération payable en vertu de la présente lettre d'entente est considéré être payé en établissement.

Date de prise d'effet : **20 mars 2017**.

6.1.10 Lettre d'entente A-73

Au 3^e alinéa de l'article 1, le maximum de 75 000 \$ pouvant être payé au médecin, en dehors du forfait prévu à cette lettre d'entente, pour des activités cliniques de soins directs aux patients passe à 77 000 \$.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2018**.

Ce montant sera majoré à 79 000 \$ au **1^{er} janvier 2019**.

6.2 Lettres d'entente adoptées

6.2.1 Lettre d'entente n° 230

Les parties négociantes prévoient les modalités de financement du Programme d'aide aux médecins du Québec jusqu'au 31 mars 2023.

Date de prise d'effet : **1^{er} octobre 2017**.

6.2.2 Lettre d'entente A-91

Un montant forfaitaire est versé à la Docteure Geneviève Gaudreau pour certains services de chirurgie plastique pour la période du 2 février 2015 au 19 septembre 2016.

Date de prise d'effet : **10 décembre 2018.**

6.3 Lettres d'entente abrogées

6.3.1 Lettre d'entente n° 223

Cette lettre d'entente établissait les sommes nécessaires aux remboursements faits dans le cadre de l'Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité, qui étaient prises à même l'enveloppe budgétaire globale de la rémunération des médecins spécialistes.

Dans le cadre du protocole d'accord concernant le renouvellement de l'Accord-cadre pour les années 2015 à 2023, les sommes prévues pour l'assurance responsabilité ont été exclues de l'enveloppe budgétaire globale à compter du 1^{er} avril 2015 et, conséquemment, la *Lettre d'entente n° 223* est abrogée.

Date de prise d'effet : **31 décembre 2017.**

6.3.2 Lettre d'entente A-70

Cette lettre d'entente autorisait le mode de rémunération mixte pour trois médecins malgré le fait que les autres médecins du même département étaient rémunérés à l'acte. Dorénavant, ces trois médecins seront rémunérés à l'acte à moins que tous les médecins du département adhèrent au mode de rémunération mixte.

6.3.3 Lettre d'entente concernant la garde sur place en psychiatrie au Douglas Hospital

Cette lettre d'entente n'était plus en application depuis 1989.

Date de prise d'effet : **21 septembre 2018.**

6.3.4 Lettre d'entente concernant la garde sur place en psychiatrie. Annexe 13

Cette lettre d'entente n'était plus en application depuis 1989.

Date de prise d'effet : **21 septembre 2018.**

7 Entente auxiliaire relative aux honoraires forfaitaires (Annexe 15)

◆ BROCHURE N° 1

À l'article 10.1, le deuxième paragraphe est modifié par le suivant :

Il est payé pour un temps de service continu de 60 minutes, du lundi au vendredi, **sauf entre 19 et 7 heures et les jours fériés.**

Précision à cet article qui était déjà appliqué de cette façon par la RAMQ. Le temps ne peut être payé entre 19 heures et 7 heures et les jours fériés.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire.**

8 Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)

◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE

8.1 Indemnité pour le kilométrage

Aux articles 1.1 et 2.1, le tarif de l'indemnité accordée pour le kilométrage passe de 0,86 \$ à **0,88 \$.**

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2018.**

8.2 Liste des établissements (médecins psychiatres)

La liste des établissements à l'annexe 1.1 donnant droit à l'indemnité pour le temps de déplacement prévue à l'article 1.3 a) a été mise à jour.

9 Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 32)

◆ BROCHURE N° 1

Les articles 2.1 et 2.2 sont remplacés par les suivants :

2.1 **Les chirurgiens généraux** qui, dans un contexte de remplacement, ou comme membre d'un pool de service plein temps, desservent les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, reçoivent une prime de soixante-trois dollars (63 \$) par jour si les honoraires reçus dans la journée sont d'au moins trois cent soixante-neuf dollars (369 \$).

2.2 Pour avoir droit à la prime de remplacement, **le chirurgien général** doit faire partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la FMSQ et en suivre les règles.

Les références aux anesthésiologistes ont été enlevées puisque ceux-ci n'ont plus droit à la prime de remplacement. Ce changement fait suite à la mise en place de l'*Annexe 45 concernant le plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation.*

Date de prise d'effet : **1^{er} mars 2018.**

10 Rémunération mixte (Annexe 38)

◆ BROCHURE N° 5

Nous vous référons au [Manuel des médecins spécialistes – Brochure n° 5](#) pour prendre connaissance des textes officiels en lien avec les changements qui suivent.

10.1 Supplément de garde en disponibilité

La première phrase du premier paragraphe de l'article 6.1 est remplacée par la suivante :

6.1 Le médecin spécialiste reçoit également le paiement du supplément de garde autrement payable en vertu de l'Annexe 25 ou de l'Annexe 45 de l'Accord-cadre, selon les conditions qui y sont prévues.

Dorénavant, le supplément de garde prévu à l'Annexe 45 est payable tout comme celui prévu à l'Annexe 25. Ce changement fait suite à la mise en place de l'*Annexe 45 concernant le plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation*.

Date de prise d'effet : **1^{er} mars 2018**.

10.2 Tableau de la chirurgie générale

Supplément d'honoraires de 55 %

Retrait des services médicaux codifiés **00356** et **00357**.

10.3 Tableau de la chirurgie plastique

Supplément d'honoraires de 85 %

Ajout du service médical codifié **01029**.

10.4 Tableau de la chirurgie vasculaire

10.4.1 Supplément d'honoraires de 50 %

Retrait des services médicaux codifiés **00356** et **00357**.

10.4.2 Supplément d'honoraires de 70 %

Ajout sous le 1^{er} alinéa des deux alinéas suivants :

Les services médicaux codifiés **04045, 04046, 04047, 04048, 04049, 04050, 04051, 04052, 04053, 04054, 04055, 04056, 04057** et **04058**.

Les services médicaux codifiés **09436** et **09437** lorsqu'effectués au cours de la même séance que les services médicaux codifiés **04053, 04054, 04055, 04056, 04057, 04058, 08401, 08402, 08403, 08405** ou **08407**.

Au dernier alinéa, retrait du service médical codifié 09436.

10.5 Tableau de la médecine interne

10.5.1 Ajout d'un supplément d'honoraires

Un supplément d'honoraires à 72 % est ajouté :

| 72 Les services médicaux codifiés **15669**, **15670** et **15672**.

10.5.2 Supplément d'honoraires de 100 %

Retrait des services médicaux codifiés **16047**, **16048**, **16049** et **16051**.

10.6 Tableau de la neurologie

Les changements étant très nombreux, nous vous référons à la [Brochure n° 5](#) pour en prendre connaissance.

Également, en plus des changements indiqués à la Brochure n° 5, les ajouts suivants seront faits à compter du 1^{er} avril 2019, **rétroactivement au 10 décembre 2018** :

- Ajout des services médicaux codifiés **neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19** au supplément d'honoraires de 50 %.
- Ajout des services médicaux codifiés **neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19** au supplément d'honoraires de 85 %.
- Ajout des modalités particulières suivantes :

Modalités particulières

Nonobstant l'article 4 de l'annexe 38, les services médicaux codifiés **neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19** demeurent payables le samedi, le dimanche, un jour férié et entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, selon le pourcentage du supplément d'honoraires prévu ci-dessus, sans possibilité de majorations d'urgence.

Cet ajout s'appliquera à compter du 1^{er} avril 2019, rétroactivement au 10 décembre 2018. Les codes de facturation attribués par la RAMQ en remplacement des codes temporaires **neu11**, **neu12**, **neu13** et **neu19** vous seront communiqués dans une prochaine infolettre.

10.7 Tableau de l'obstétrique-gynécologie

Supplément d'honoraires de 60 %

Ajout des services médicaux codifiés **15851**, **15853**, **15855** et **15857**.

Date de prise d'effet : **22 janvier 2018**.

10.8 Tableau de l'ophtalmologie

10.8.1 Supplément d'honoraires de 40 %

Ajout du service médical codifié **20257**.

10.8.2 Supplément d'honoraires de 68 %

Ajout des services médicaux codifiés **07096, 07100, 07107** et **07108**.

10.8.3 Supplément d'honoraires de 100 %

Ajout au deuxième paragraphe des services médicaux codifiés **07099, 07105** et **07106**.

10.9 Tableau de l'oto-rhino-laryngologie

Supplément d'honoraires de 67 %

Ajout du service médical codifié **07127**.

Date de prise d'effet : **24 mai 2017**.

10.10 Tableau de la psychiatrie

Les changements étant très nombreux, nous vous référons à la [Brochure n° 5](#) pour en prendre connaissance.

10.11 Tableau de la radiologie

De nombreux changements sont apportés aux noms des établissements visés par le supplément d'honoraires de 55 %. Nous vous référons à la [Brochure n° 5](#) pour en prendre connaissance.

10.12 Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

L'article 1.1 est remplacé par le suivant :

1.1 L'ensemble des activités suivantes effectuées **en établissement ou au site d'une mission** par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail rattaché à un département clinique en santé publique et ayant des mandats confiés ou approuvés par le directeur (régional) de santé publique ou le président directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec ou le directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la réalisation du programme de santé publique ou des responsabilités légales spécifiques des directeurs de santé publique :

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire**.

L'article 1.2 est remplacé par le suivant :

1.2 L'activité clinique du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail exerçant à l'intérieur d'un département clinique d'un établissement **ou au site d'une mission**, après avoir été autorisé par les parties négociantes.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire**.

L'article 5 suivant est ajouté :

5. Aux fins de l'application des articles 1 à 3, le site d'une mission désigne l'endroit où le médecin se rend pour exécuter ses activités, l'endroit à partir duquel il les exécute à distance ou tout autre endroit désigné par les parties négociantes. Lorsqu'il exécute ses activités à distance, la rémunération à laquelle il a droit est toutefois celle applicable à l'endroit où le médecin est situé.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire.**

Instructions de facturation particulières – Santé publique, médecine préventive ou médecine du travail

Les parties négociantes autorisent les professionnels de la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail rémunérés selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 à facturer rétroactivement des activités au site d'une mission, soit en dehors de l'établissement où ils détiennent un contrat. Les codes d'activité visés sont les **066XXX**, **067XXX** et **079XXX**.

La RAMQ acceptera votre facturation et vos demandes de révision pendant 90 jours à partir du 10 décembre 2018 :

- Pour facturer des services rétroactivement :
 - Pour la facturation d'activités réalisées avant le 10 décembre 2013, vous devez remplir les **formulaires** numéros 3743 et 1944 **en version papier**, dûment signés par le représentant autorisé de l'établissement en mentionnant que c'est dans le cadre de la **Modification 87 – Activités réalisées au site d'une mission** dans la section *Renseignements complémentaires*. Celles-ci vous seront payées par montants forfaitaires.
 - Pour la facturation d'activités réalisées entre le 10 décembre 2013 et le 9 décembre 2018, soumettre votre facturation via votre mode de transmission habituel.
- Pour apporter des correctifs à des services déjà facturés :

Veillez soumettre une *Demande de révision ou d'annulation* (1549) en mentionnant que c'est dans le cadre de la **Modification 87 – Activités réalisées au site d'une mission**.

 - Pour la révision d'activités antérieures au 10 décembre 2013, l'ajustement sera fait par montants forfaitaires.

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation le **10 décembre 2018**.

Les documents en version papier doivent être transmis à l'adresse suivante :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

- Toute facturation ultérieure au 9 décembre 2018 à l'établissement **99996** sera refusée.
- Pour facturer des activités réalisées à **compter du 10 décembre 2018**.

Remplir une *Demande de paiement – Rémunération mixte* (3743)

Pour les activités exercées au site d'une mission autre que l'établissement où vous détenez un contrat, inscrire :

- *la lettre A dans la case C.S.;*

- le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - Si nécessaire, utiliser le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale (1944).
- le nom et le numéro de l'établissement auprès duquel vous détenez une nomination au mode de rémunération mixte dans la section Établissement.

11 Chirurgie plastique dans les unités de grands brûlés en centre hospitalier (Annexe 39)

◆ BROCHURE N° 1

L'article 2.4 Tarifs anesthésiologiques est modifié comme suit :

Le médecin anesthésiologiste qui effectue une intervention auprès d'un patient d'une unité de grands brûlés demeure rémunéré selon les dispositions applicables de l'Entente, à l'exception des unités de base, lesquelles sont établies selon la durée de l'intervention, tel que déterminé au tableau en annexe.

Auparavant, il était écrit « de son intervention ». Conséquemment, le code de facturation à utiliser pour les unités de base en anesthésiologie est celui correspondant à la durée totale de l'intervention et non celui de son intervention.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire.**

Pour modifier un des codes de facturation **18007 à 18010** afin de considérer la durée totale de l'intervention, vous devez transmettre une demande de révision selon la procédure habituelle en mentionnant que c'est dans le cadre de la Modification 87.

Si une facture vous a été refusée parce que le temps de votre intervention était supérieur à celui de l'intervention, vous devez facturer le service à nouveau.

12 Anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique (Annexe 41)

◆ BROCHURE N° 1

Les deux premiers paragraphes de l'article 3 sont modifiés comme suit :

La rémunération prévue en vertu de la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins spécialistes en anesthésiologie qui exercent dans un centre de douleur chronique reconnu.

Le médecin spécialiste en anesthésiologie qui réclame le paiement des forfaits prévus à la présente annexe au cours d'une journée ne peut toucher aucune autre rémunération de la Régie entre 7 h et 17 h au cours de cette journée, à l'exception :

i) des actes médico-administratifs suivants visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (codes 09900, 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09970 et 09971);

ii) des actes suivants qui, lorsque dispensés dans un centre de douleur chronique reconnu, sont alors rémunérés selon le nombre d'unités indiquées :

Les codes médico-administratifs de la CNESST sont ajoutés aux exceptions pouvant être facturées en sus du forfait de l'Annexe 41.

Date de prise d'effet : **À portée déclaratoire.**

13 Développement professionnel et maintien des compétences (Annexe 44)

◆ BROCHURE N° 1

L'alinéa 4.2 i) est modifié afin de reconnaître comme organisme accréditeur, pour les médecins psychiatres, l'Ordre des psychologues du Québec pour les activités de développement professionnel autres que celles portant sur la psychanalyse.

L'avis suivant est inséré sous l'article 4.2 :

AVIS : Avant de présenter une demande de paiement pour une activité d'apprentissage collectif agréée, vous devez vous assurer que l'organisme accréditeur, ou l'un de ses prestataires agréés, qui a donné la formation est inscrit sur la [Liste des organismes accréditeurs ou de l'un de ses prestataires agréés reconnus par les parties négociantes](#).

Si l'organisme ou le prestataire ne figure pas sur la liste, veuillez communiquer avec le comité conjoint FMSQ-MSSS ou votre fédération.

Date de prise d'effet : **1^{er} juillet 2018.**

14 Plan de remplacement provincial en anesthésiologie (Annexe 45)

◆ BROCHURE N° 1

L'annexe 1 de l'Annexe 45 est remplacée. On y trouve dorénavant la liste des installations désignées plutôt que les noms des villes.

Date de prise d'effet : **1^{er} mars 2018.**

15 Protocoles d'accord modifiés

◆ BROCHURE N° 1

15.1 Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader) dans un centre de traumatologie désigné

Le premier paragraphe de l'article 4.1 est remplacé par le suivant :

4.1 Le médecin qui réclame le paiement d'un montant forfaitaire prévu au présent protocole ne peut réclamer, au cours de la même période, le paiement de forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

Le mot « journée » est remplacé par « période ». Ainsi, les forfaits, les suppléments et les honoraires prévus à l'article 4.1 peuvent désormais être facturés le même jour mais pas pendant la période d'application du forfait.

15.2 Protocole d'accord relatif à la mise en place d'une rémunération concernant le projet pilote de dépistage de la rétinopathie diabétique

L'article 5 est modifié de façon à ce que la période d'application du projet pilote soit prolongée jusqu'au 31 décembre 2018 ou à toute autre date ultérieure déterminée conjointement par les parties négociantes qui en avisent la RAMQ.

Date de prise d'effet : **1^{er} octobre 2018.**

15.3 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux

L'article 5.3 est remplacé par le suivant :

5.3 L'organisme national reconnu transmet aux parties négociantes un relevé faisant état des heures d'activités professionnelles qui ont été réparties à chacun des médecins visés par le présent protocole. Ces relevés sont acheminés aux parties négociantes aux mois de juin et décembre.

Les modalités de transmission de l'information entre les organismes nationaux et les parties négociantes ont été revues.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2019.**

L'article 7 est abrogé.

Les parties négociantes n'avisent plus la RAMQ de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues au protocole d'accord.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2019.**

L'article 8 est remplacé par le suivant :

7. BANQUE D'HEURES ET LIMITATIONS

7.1 Les parties négociantes déterminent **annuellement** la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée, **par année civile**, à la rémunération des médecins accomplissant des activités professionnelles au sein d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties ou pour un mandat confié par un organisme national reconnu.

7.2 Un médecin spécialiste ne peut réclamer plus de 100 heures d'activités professionnelles visées par le présent protocole par année civile et ce, pour tous organismes confondus.

7.3 Advenant que l'expertise d'un médecin spécialiste soit sollicitée pour plus de 100 heures auprès d'un ou de différents organismes, il doit s'assurer, avec recommandation de ou des organismes visés, d'obtenir l'autorisation des parties négociantes. Les parties négociantes informent la Régie de l'identité des médecins ainsi autorisés ainsi que du nombre d'heures maximal applicable.

7.4 La Régie transmet trimestriellement aux organismes nationaux désignés un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces organismes en vertu du présent protocole.

Les médecins ne peuvent facturer plus de 100 heures par année civile sans être autorisés par les parties négociantes. Les parties négociantes informent la RAMQ de l'identité des médecins autorisés à dépasser ce maximum ainsi que du nombre d'heures alloué au médecin.

Le médecin qui désire dépasser le maximum de 100 heures doit faire parvenir aux membres du comité conjoint ainsi qu'à chaque organisme national concerné sa demande de dépassement du plafond de 100 heures. Cette demande devra contenir une explication détaillée du nombre d'heures total qu'il va réaliser (incluant les 100 heures initiales) et une ventilation des heures qu'il réalise en fonction des différents comités. L'information doit être transmise au comité conjoint à l'adresse courriel : comiteconjoint.FMSQ-MSSS@msss.gouv.qc.ca.

De nouvelles instructions pour les demandes de dépassement du maximum de 100 heures vous seront fournies dans une prochaine infolettre.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2019**.

15.4 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus

L'article 7.1 est modifié afin de prolonger l'application de ce protocole d'accord jusqu'au 31 décembre 2018.

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2018**.

15.5 Protocole d'accord intervenu entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ayant trait au renouvellement de l'Accord-Cadre pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2023

À l'article 5.1, la référence à « l'article 2 » est remplacée par « l'article 1 ».

Date de prise d'effet : **14 mars 2018**.

Électroencéphalographie

Voir les sections 5.2 et 10.6 de l'infolettre.

Code de facturation	Libellé	Établissement R=1	Cabinet R=1
neu11	Enregistrement continu d'électroencéphalogramme pour un diagnostic ou visant le décompte des crises, avec ou sans enregistrement vidéographique Maximum 3 par patient, par an incluant neu19		
	pour les 6 premières heures	75,00	75,00
	après les 6 premières heures, par heure du huitième au quatorzième jour, par heure	6,25 3,25	6,25 3,25
	NOTE : S'applique seulement à un enregistrement qui dure minimum 6 heures et il doit y avoir un intervalle de 72 heures entre deux séries d'enregistrement.		
neu12	Enregistrement continu d'électroencéphalogramme chez un patient aux soins intensifs pour qui un monitoring d'électroencéphalogramme est requis notamment pour un statut épileptique Maximum 2 par hospitalisation dans une unité de soins intensifs		
	pour les 6 premières heures	150,00	
	après 6 heures, par heure	16,50	
	après 7 jours, par heure	8,25	
	après 14 jours, par heure du 22 ^e au 28 ^e jour, par heure	4,15 2,10	
	NOTE : S'applique seulement à un enregistrement qui dure minimum 6 heures et il doit y avoir un intervalle de 72 heures entre deux séries d'enregistrement.		
neu19	Enregistrement continu d'électroencéphalogramme chez un patient avec une épilepsie réfractaire et chez qui l'on considère une chirurgie de l'épilepsie Maximum 3 par patient, par an, incluant neu11		
	pour les 6 premières heures	150,00	
	après 6 heures, par heure	16,50	
	après 7 jours, par heure	8,25	
	après 14 jours, par heure du 22 ^e au 28 ^e jour, par heure	4,15 2,10	
	NOTE : S'applique seulement à un enregistrement qui dure minimum 6 heures et il doit y avoir un intervalle de 72 heures entre deux séries d'enregistrement. NOTE : N'est payable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.		

Code de facturation	Libellé	Établissement R=1	Cabinet R=1
neu13	Électroencéphalogramme avec électrode en profondeur et enregistrement vidéographique Maximum 2 par patient, par an		
	pour les 6 premières heures	200,00	
	après 6 heures, par heure	19,50	
	après 7 jours, par heure	8,25	
	après 14 jours, par heure	4,30	
	du 22 ^e au 28 ^e jour, par heure	2,15	
	NOTE : S'applique seulement à un enregistrement qui dure minimum 6 heures et il doit y avoir un intervalle de 72 heures entre deux séries d'enregistrement.		