

Interruption volontaire de grossesse (IVG) par médicament

Amendement n° 168

La Régie vous présente une partie de l'*Amendement n° 168* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Une infolettre suivra prochainement pour les autres dispositions introduites par l'*Amendement n° 168*.

Pour faire suite à l'[infolettre 293](#) du 15 décembre 2017, cette infolettre présente les modalités de rémunération relatives aux services rendus dans le cadre du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) confié à la Régie par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces modalités entrent en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**.

L'annexe V et l'annexe I à l'annexe XXIII sont modifiées pour introduire les modalités relatives à la rémunération des services en lien avec l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par médicament.

La *Lettre d'entente n° 326* est introduite et entre en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**. Elle détermine les modalités temporaires relatives à la rémunération des services en lien avec l'IVG par médicament rendus dans les cabinets qui ont une entente de service avec les CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

La Régie est prête à recevoir votre facturation. Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les services rendus **depuis le 22 janvier 2018**.

1 Annexe V et annexe I de l'annexe XXIII

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

L'onglet [B – Consultation, examen et visite](#) du préambule général est modifié pour ajouter les actes liés aux services rendus dans le cadre de l'IVG par médicament. Bien que le Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) soit entré en vigueur le 15 décembre 2017, les changements entrent en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**.

Les nouveaux codes de facturation sont ajoutés à l'[annexe I de l'annexe XXIII](#).

1.1 Modalités de rémunération

1.1.1 Nouveaux codes de facturation à l'acte

Le tableau suivant présente les nouveaux codes de facturation selon que les services sont rendus en cabinet ou en établissement ainsi que leur tarif. Lors de la facturation, le médecin doit indiquer la date des dernières menstruations.

Courriel, site Web et fils RSS	Téléphone	Heures d'ouverture
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca	Québec 418 643-8210	Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels	Montréal 514 873-3480	(mercredi de 10 h 30 à 16 h 30)
Abonnez-vous à nos fils RSS	Ailleurs 1 800 463-4776	

Acte	Lieu de dispensation	Code de facturation	Tarif (\$)
Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant la visite, la thérapie médicale et le counseling	cabinet	15313	133,35
	établissement	15314	100,00
Examen d'ultrasonographie requis pour fins d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament	cabinet	15315	36,45
	établissement	15316	12,50
Visite subséquente pour confirmation de l'interruption de la grossesse par médicament	cabinet	15317	37,50
	établissement	15318	28,15
Examen d'ultrasonographie requis à cette fin, supplément	cabinet	15319	32,30
	établissement	15320	8,35

1.1.1 Médecin rémunéré selon le mode mixte

L'[annexe I de l'annexe XXIII](#) est modifiée pour ajouter les nouveaux codes de facturation pour la rémunération des services rendus dans le cadre de l'IVG par médicament.

Les nouveaux codes de facturation **15313**, **15314**, **15315**, **15316**, **15317**, **15318**, **15319**, **15320** sont ajoutés aux tableaux *Suppléments d'honoraires* et *Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes* des sections B-1 et B-2.

1.1.2 Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui rend des services en lien avec l'IVG par médicament peut choisir d'être rémunéré à l'acte pour ces services. Toutefois, il ne peut être rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pendant la période où il rend des services rémunérés à l'acte.

1.1.3 Majorations et exclusion des plafonds

Tous les services rendus dans le cadre de l'IVG par médicament sont sujets aux majorations en horaires défavorables de l'annexe XX de l'Entente.

Le cas échéant, les dispositions des annexes XII et XII-A s'appliquent.

Les codes de facturation prévus pour la rémunération des services rendus dans le cadre du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) sont exclus du cumul des plafonds trimestriels. L'annexe IX sera modifiée en conséquence dans un prochain amendement.

1.2 Conditions d'application

Lorsqu'effectué dans le cadre du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive), l'examen d'ultrasonographie est un **service assuré** en cabinet, en GMF-U en établissement et dans tout CLSC.

Lorsqu'effectué hors du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive), l'examen d'ultrasonographie est un service **non assuré**, que ce soit en cabinet, en GMF-U en établissement ou dans tout CLSC, à l'exception de ceux désignés à l'annexe D du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29, r. 5).

En établissement (CHSGS, CLSC, GMF-U en établissement), **seul** le médecin détenteur de privilèges de pratique en ultrasonographie peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues pour l'examen d'ultrasonographie relatif à l'IVG par médicament (code de facturation **15316** ou **15320**).

Si ce n'est déjà fait, le CISSS ou le CIUSSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire [*Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens*](#) (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'avis d'assignation.

1.1.2.1 Évaluation globale et examen d'ultrasonographie requis

L'IVG par médicament nécessite obligatoirement une évaluation globale (code de facturation **15313** ou **15314**) et un examen d'ultrasonographie. L'examen d'ultrasonographie peut être réalisé par le même médecin que l'évaluation globale, ou par un autre médecin. Les codes et les tarifs de l'évaluation globale incluent les différentes visites nécessaires à cette évaluation si l'examen d'ultrasonographie est réalisé par un autre médecin.

Si le médecin qui effectue l'évaluation globale demande à **un autre médecin** d'effectuer l'examen d'ultrasonographie, ce dernier peut facturer **uniquement** cet examen.

L'examen d'ultrasonographie requis pour l'évaluation globale (code de facturation **15315** ou **15316**) **ne peut être facturé** avec une autre visite, thérapie médicale ou counseling. Toutefois, il peut être facturé avec l'évaluation globale (code de facturation **15313** ou **15314**) si les deux services sont réalisés par le **même médecin, à la même séance**.

Une seule évaluation globale (code de facturation **15313** ou **15314**) et **un seul examen d'ultrasonographie** (code de facturation **15315** ou **15316**) peuvent être facturés par patiente, par IVG.

L'examen d'ultrasonographie requis lors de l'évaluation globale (code de facturation **15315**) **ne peut être facturé** si l'IVG par médicament est réalisée dans un cabinet désigné à la *Lettre d'entente n° 326* (hyperlien à venir) (voir la section 2 de l'infolettre).

1.1.2.2 Visite subséquente et examen d'ultrasonographie requis

Une visite subséquente et un examen d'ultrasonographie ont lieu pour confirmer l'IVG par médicament.

Une seule visite subséquente pour confirmation de l'IVG par médicament (code de facturation **15317** ou **15318**) peut être facturée par patiente, par IVG. Elle peut être facturée par le médecin qui a effectué l'évaluation initiale ou par celui qui a assuré le suivi, mais doit être facturée **dans les 18 jours suivant l'évaluation globale**.

L'examen d'ultrasonographie (code de facturation **15319** ou **15320**) requis pour confirmation de l'IVG par médicament lors de la visite subséquente doit être facturé **à la même séance et par le même médecin** que la visite subséquente pour confirmation de l'IVG par médicament (code de facturation **15317** ou **15318**).

L'examen d'ultrasonographie requis pour confirmation de l'IVG par médicament (code de facturation **15319**) lors de la visite subséquente **ne peut être facturé** si l'IVG par médicament est réalisée dans un cabinet désigné à la [Lettre d'entente n° 326](#) (voir la section 2 de l'infolettre).

Un médecin appelé à évaluer une patiente ayant subi une IVG par médicament en dehors des délais prescrits, ou une patiente pour laquelle une visite subséquente a déjà été facturée doit utiliser l'un des codes de facturation prévus selon les règles générales applicables dans le lieu de dispensation.

2 Lettre d'entente n° 326

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La [Lettre d'entente n° 326](#) est introduite et entre en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**. Elle détermine les modalités temporaires relatives à la rémunération des services en lien avec l'IVG par médicament rendus dans les cabinets désignés à l'[annexe I](#) qui ont une entente de service avec les CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

2.1 Modalités temporaires de rémunération en cabinet désigné

Lorsque l'évaluation globale pour IVG par médicament ou la visite subséquente pour confirmation de l'IVG par médicament ont lieu **dans un cabinet désigné à l'annexe I** de la [Lettre d'entente n° 326](#), le médecin désigné par le comité paritaire peut facturer un supplément d'honoraires en plus de l'évaluation globale (code de facturation **15313**) et de la visite subséquente (code de facturation **15317**).

Deux codes de facturation sont créés :

- **15407** : supplément compensatoire d'un montant de 20 \$ pour les services liés à l'évaluation globale,
- **15408** : supplément compensatoire d'un montant de 1,50 \$ pour les services liés à la visite subséquente.

Toutefois, l'examen d'ultrasonographie requis lors de l'évaluation globale (code de facturation **15315**) et l'examen d'ultrasonographie réalisé lors de la visite subséquente (code de facturation **15319**) **ne peuvent être facturés** si l'IVG par médicament est réalisée dans un cabinet désigné à l'annexe I.

2.1.1 Majorations et exclusion des plafonds

Tous les services rendus dans le cadre de l'IVG par médicament sont sujets aux majorations en horaires défavorables de l'annexe XX de l'Entente.

Le cas échéant, les dispositions des annexes XII et XII-A s'appliquent.

Les codes de facturation prévus pour la rémunération des services rendus dans le cadre du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) sont exclus du cumul des plafonds trimestriels. L'annexe IX sera modifiée en conséquence dans un prochain amendement.

2.2 Révision de la tarification

Les parties négociantes conviendront des modifications à apporter, le cas échéant, à la tarification pour les services d'IVG par médicament en cabinet.