

Nouvelles visites associées à un problème musculosquelettique et modifications administratives

Amendement n° 174

La RAMQ vous présente les principaux changements apportés à votre entente par l'*Amendement n° 174* convenu entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et les représentants de votre fédération. Les dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2018**.

De plus, la *Lettre d'entente n° 338* concernant le financement et le suivi des coûts découlant d'une nomenclature d'actes en cabinet et en CLSC associée à un problème complexe musculosquelettique est introduite à l'Entente. Elle entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2018**.

1 Ajout de trois nouvelles visites

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Les visites associées à un problème musculosquelettique sont ajoutées au [paragraphe 2.2.6 A b\) du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#). Elles peuvent être facturées seulement en cabinet ou en CLSC lorsqu'elles sont effectuées :

- sur rendez-vous;
- par un **médecin désigné par le comité paritaire** auprès duquel le patient **n'est pas inscrit**.

Elles ne peuvent être facturées à domicile ni dans le cadre de l'enseignement, et sont exclues du calcul du taux d'assiduité.

De nouveaux codes de facturation sont créés et sont ajoutés à la section *Visites sur rendez-vous (patient inscrit ou non-inscrit, sans égard à l'âge)* de l'onglet [B – Consultation, examen et visite du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#). De nouveaux messages explicatifs sont également créés et peuvent être consultés sous le *Guide de facturation – Rémunération à l'acte*, à l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ.

La RAMQ est prête à recevoir votre facturation.

Le comité paritaire informera la RAMQ du nom des médecins désignés. À partir de la date d'envoi de la lettre de la RAMQ qui confirme votre désignation, vous aurez 90 jours pour facturer vos services rétroactivement au **1^{er} octobre 2018**.

Une fois désigné, un médecin qui a facturé ces visites depuis le **1^{er} octobre 2018** en utilisant d'autres codes pourra, dans les 90 jours suivant sa désignation, modifier sa facturation pour inscrire les nouveaux codes, le cas échéant.

Pour être désigné, le médecin doit s'adresser à sa fédération à l'adresse affairesprofessionnelles@fmoq.org.

1.1 Visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique

La visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique est ajoutée au paragraphe 2.2.6 A c). Elle s'effectue :

- **sur rendez-vous** pour un patient qui nécessite une évaluation ou un suivi par un médecin qui détient une expertise relative aux problèmes musculosquelettiques;
- lors de l'évaluation d'un patient souffrant de problèmes persistants d'une commotion cérébrale par un médecin qui détient une expertise relative aux problèmes musculosquelettiques.

Elle comprend l'examen du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les recommandations et les échanges avec le patient et ses proches, s'il y a lieu. Le médecin doit consigner ses notes au dossier du patient.

Elle peut être facturée une seule fois par patient, par médecin.

Le médecin doit utiliser le code de facturation **08775** (98,40 \$ en cabinet et 74 \$ en CLSC).

Si le médecin a facturé la visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion pour un patient, il ne peut facturer la visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique pour ce même patient (voir la section 1.3).

1.2 Visite de suivi d'un problème musculosquelettique

La visite de suivi d'un problème musculosquelettique est ajoutée au paragraphe 2.2.6 A c). Elle s'effectue **sur rendez-vous** pour un patient qui nécessite une évaluation ou un suivi par un médecin qui détient une expertise relative aux problèmes musculosquelettiques.

Elle comprend le contact avec le patient et, s'il y a lieu, l'examen, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les recommandations et les échanges avec le patient et ses proches. Le médecin doit consigner ses notes au dossier du patient.

Elle ne peut être facturée pour le suivi d'un patient souffrant de problèmes persistants d'une commotion cérébrale, sauf si le patient souffre également d'un problème musculosquelettique qui nécessite une évaluation ou un suivi.

Le médecin doit utiliser le code de facturation **08776** (48,65 \$ en cabinet et 36,60 \$ en CLSC).

1.3 Visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion est ajoutée au paragraphe 2.2.6 A c). Elle a lieu **à la demande d'un médecin** dans le but d'obtenir l'opinion du médecin en raison :

- de son expertise;
- de la complexité ou de la gravité du problème musculosquelettique du patient;
- de symptômes persistants d'une commotion cérébrale.

Elle inclut l'examen physique et, lorsque requis, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges avec le patient et ses proches.

Le médecin doit produire un rapport écrit de son évaluation et de ses recommandations, ainsi que des investigations et du traitement qu'il recommande, s'il y a lieu.

Le médecin doit utiliser le code de facturation **08777** (98,40 \$ en cabinet et 74 \$ en CLSC) et indiquer le numéro de professionnel du médecin qui a demandé l'évaluation.

Si le médecin facture la visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion pour un patient, il ne peut facturer la visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique pour ce même patient.

2 Médecin rémunéré selon le mode mixte en CLSC

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE* – ANNEXE XXIII

L'[annexe I à l'annexe XXIII](#) est modifiée pour ajouter les nouveaux codes pour la facturation des visites associées à un problème musculosquelettique. Les codes de facturation **08775**, **08776** et **08777** sont ajoutés aux tableaux *Suppléments d'honoraires* et *Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes* de la section B-1.

Ces codes ne sont pas ajoutés à la section B-2. Ils ne peuvent pas être facturés au mode mixte en GMF-U.

3 Modifications administratives

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET *C – ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES*

L'onglet [C – Actes diagnostiques et thérapeutiques du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#) est modifié pour ajouter la notion de thérapeutique.

À la rubrique *Hyperalimentation, injection, insufflation, ponction* :

- sous le code de facturation **00734**, le titre *Injection de médicament dans* est remplacé par *Injection de médicament ou de substance thérapeutique dans*;
- le libellé du code de facturation **00201** est modifié pour *Médication ou substance thérapeutique intra-articulaire*;
- sous le code de facturation **00430**, la note suivante a été ajoutée :

NOTE : Les codes 00201, 00431 et 00430 ne peuvent être réclamés avec le code 00254, 00124 ou 00324 le même jour, au même site d'injection ou de ponction.

La facturation combinée de ces services au même site d'injection ou de ponction n'est plus permise. La RAMQ procédera à une réévaluation des services rendus depuis le 1^{er} octobre 2018 et facturés avec ces codes. S'il y a lieu, l'information paraîtra à l'état de compte du médecin.

À la rubrique *Interventions per-cutanées non vasculaires*, le titre de la section *Ponction et/ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérienne) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique* est remplacé par *Ponction et/ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérienne) incluant l'injection de médication ou de substance thérapeutique par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique*.

c. c. Agences commerciales de facturation