



Amendement n° 173 – Modifications diverses à votre entente

La RAMQ vous présente l'*Amendement n° 173* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Les changements apportés à l'Entente se trouvent dans le [Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#) et dans la [Brochure n° 1](#). Le [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#) sera également mis à jour.

Les dispositions prennent effet à des dates différentes.

1 Indemnité de kilométrage

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*

L'indemnité de kilométrage inscrite à l'onglet *B – Consultation, examen et visite*, qui renvoie au paragraphe 2.4.2 du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*, est augmentée.

Le montant accordé est de :

- 0,88 \$ par kilomètre du **1^{er} avril 2018** au **30 septembre 2018**;
- 0,91 \$ par kilomètre depuis le **1^{er} octobre 2018**.

Le taux de 0,88 \$ (distance unidirectionnelle) et de 0,91 \$ (distance unidirectionnelle) s'applique au médecin rémunéré à tarif horaire qui facture avec la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215). Pour le médecin qui facture l'indemnité de kilométrage avec le code de facturation **09991**, le taux est divisé par 2 pour tenir compte de l'aller et du retour.

L'augmentation s'applique également au remboursement des frais de déplacement dans le cadre des différentes mesures de l'Entente qui le prévoient.

La RAMQ procédera à la réévaluation ou à la révision de la facturation relative à l'augmentation du taux par kilomètre pour les services rendus et payés **du 1^{er} avril 2018 à la date de parution de l'infolettre**. Aucune action n'est requise de votre part.

Pour plus d'information, consultez la rubrique [Frais de déplacement](#), sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ, au ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

2 Modifications à certains onglets du manuel

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLETS C, D, E ET G

Les changements suivants sont en vigueur depuis le **1^{er} octobre 2018**.

2.1 Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques

À compter du **1^{er} octobre 2018**, le préambule particulier de l'onglet *C – Actes diagnostiques et thérapeutiques* est modifié par l'ajout du paragraphe *1.4 Sédation-analgésie*.

Les parties négociantes ont déterminé certains actes diagnostiques ou thérapeutiques lors desquelles, vous pouvez procéder à une sédation-analgésie (narcose), ou à un bloc veineux ou régional (excluant les blocs interdigital et paracervical). Si vous procédez à une sédation-analgésie, vous avez droit à un supplément de **28 \$**.

Lorsque vous facturez ce supplément, vous ne pouvez cumuler la rémunération prévue pour un blocage nerveux diagnostique et thérapeutique.

Les 113 services visés par la présente disposition qui peuvent faire l'objet du supplément en sédation-analgésie portent désormais **la mention P.A.D.T. 1.4**.

Le code de facturation **70099** pour le supplément prévu au paragraphe *1.4 Sédation-analgésie* associé à un acte est créé.

Les majorations des annexes XII, XII-A et XX s'appliquent au supplément d'honoraires prévu pour la sédation-analgésie.

2.2 Onglet D – Anesthésie – Réanimation

À compter du **1^{er} octobre 2018**, la neuroleptanalgie (code de facturation **00980**) est abolie et retirée de l'onglet *D – Anesthésie – Réanimation* (voir l'encadré au-dessus de la section 3).

En conséquence, les changements au préambule particulier de l'onglet D sont les suivants :

- modification au paragraphe 2.01;
- suppression du paragraphe 2.04 ainsi que de l'article 15 et de son paragraphe 15.01;
- renumérotation de l'article 16 et des paragraphes 16.01 et 16.02;
- modification au paragraphe 16.02;
- suppression de la rubrique *Neuroleptanalgie* et du code de facturation **00980**.

Du fait de ces modifications, le médecin anesthésiste est depuis cette date rémunéré en rôle 2 en unités pour la sédation-analgésie effectuée.

2.3 Onglet E – Chirurgie

À compter du **1^{er} octobre 2018**, le préambule particulier de l'onglet *E – Chirurgie* est modifié par l'ajout de l'article *13. Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional*.

Les parties négociantes ont déterminé certaines chirurgies lors desquelles, vous pouvez procéder à une sédation-analgésie (narcose) ou à un bloc veineux ou régional (excluant les blocs interdigital et paracervical). Si vous procédez à une sédation-analgésie, vous avez droit à un supplément de **28 \$**.

Lorsque vous facturez ce supplément, vous ne pouvez cumuler la rémunération prévue pour un blocage nerveux diagnostique et thérapeutique.

Le code de facturation **70100** pour le supplément prévu à l'article *13. Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional* est créé.

Les 408 services visés par la présente disposition qui peuvent faire l'objet du supplément en sédation-analgésie portent désormais **la mention P.C. 13**.

Les majorations des annexes XII, XII-A et XX s'appliquent au supplément d'honoraires prévu pour la sédation-analgésie.

2.4 Onglet V – Radiologie diagnostique

À compter du **1^{er} octobre 2018**, le préambule particulier de l'onglet *V – Radiologie diagnostique* est modifié par l'ajout de la *Règle 19. Tomographie par ordinateur et résonance magnétique*.

Si vous détenez des privilèges spécifiques en radiologie et que vous procédez à une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez **un enfant de moins de 5 ans**, vous recevez un supplément de **28 \$**. Ce montant comprend également la surveillance et l'injection.

Le code de facturation **08279** pour ce supplément est créé.

L'ajout de la règle 19 à l'onglet *V – Radiologie diagnostique* occasionne un ajout similaire dans le *Manuel des services de laboratoire en établissement*. Ainsi, le préambule particulier de l'onglet *G – Radiologie diagnostique* est modifié par l'ajout de la *Règle 19 – Tomographie par ordinateur et résonance magnétique*.

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation à compter du **1^{er} mars 2019**.

Les services facturés entre le **1^{er} octobre 2018** et le **28 février 2019** avec le code **00980** seront réévalués et refusés. Le message explicatif 1006 *Le code de facturation est inexistant à la date de service pour l'entente du professionnel demandeur* paraîtra à votre état de compte du **22 mars 2019**.

Si le service que vous avez facturé initialement est visé par **la mention P.A.D.T. 1.4** ou **P.C. 13**, vous aurez 90 jours à compter de la date de l'état de compte pour modifier votre facturation, s'il y a lieu. Sur la facture de services médicaux, vous devrez :

- retirer la ligne de facture comportant le code de facturation **00980**;
- ajouter une nouvelle ligne sur votre facture pour inscrire, selon votre situation, un des suppléments expliqués aux sections 2.1, 2.3 et 2.4 de l'infolettre (codes de facturation **70099**, **70100** ou **08279**) ou, pour le médecin anesthésiste (section 2.2 de l'infolettre), inscrire le code de la chirurgie et le rôle 2, puis facturer le nombre d'unités applicables.

3 Modifications aux annexes XII et XXIII

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

3.1 Annexe XII – Rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé

Le premier alinéa du paragraphe 4.2 de la section I de l'annexe XII est modifié. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2015**.

Une période d'absence pour un congé de maternité ou d'adoption, quelle qu'en soit la durée, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de 13 semaines n'est pas considérée comme une interruption aux fins d'application de l'*Article 4 – Pratique principale continue*.

À la suite de ces changements, une réévaluation du nombre d'années de pratique reconnues sera effectuée par la RAMQ et une lettre sera transmise aux médecins concernés.

3.2 Annexe XXIII – Modalités spécifiques au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés

Les services codifiés **98003**, **98004**, **98009** et **98012** décrits à la *Lettre d'entente n° 223* sont ajoutés aux tableaux des suppléments d'honoraires des services médicaux pour le médecin rémunéré selon le mode mixte ou le mode combiné (mixte et honoraires fixes) dans les secteurs suivants :

- *B-1 – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse en CLSC;*
- *B-2 – GMF-U en établissement;*
- *B-3 – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs.*

Les libellés des codes de facturation sont les suivants :

- 98003 Évaluation psychiatrique – Ordonnance traitement / hébergement;
- 98004 Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance;
- 98009 Évaluation psychiatrique – Demandé par la curatelle publique;
- 98012 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2015** pour les secteurs B-1 et B-2 et au **1^{er} octobre 2017** pour le secteur B-3.

Si vous étiez rémunéré selon le mode mixte ou le mode combiné (mixte et honoraires fixes) dans un des secteurs mentionnés aux sections B-1 et B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII et que vous avez effectué des services visés entre le **1^{er} novembre 2015 et le 31 mars 2016**, vous devez en aviser le comité paritaire. Ce dernier analysera votre dossier et informera la RAMQ du montant à vous verser.

Vous avez 90 jours à partir du **1^{er} mars 2019** pour nous faire parvenir votre facturation pour les services rendus **depuis le 1^{er} avril 2016**.

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