



Rappel concernant les règles 29.2 et 29.3 du préambule général

La RAMQ vous rappelle les modalités relatives à la facturation de la majoration des visites pour certaines pathologies selon les règles 29.2 et 29.3 du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

Les éléments de contexte mentionnés aux sections 1 et 2 de l'infolettre doivent être utilisés seulement avec les codes de visites mentionnés aux règles 29.2 et 29.3, en inscrivant les codes de diagnostics requis. À compter du **11 mai 2020**, une ligne de facture comportant un de ces éléments de contexte ne sera pas recevable si les codes de diagnostic requis pour appliquer la majoration demandée ne sont pas inscrits.

1 Règle 29.2

La règle 29.2 du préambule général mentionne que :

En médecine interne, l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majoré de 15 % lorsque le patient est traité par le médecin spécialiste en médecine interne pour une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes. Cette deuxième pathologie doit être dans un système anatomique différent de celui de la première pathologie.

Sont également visés par cette majoration de 15 %, les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

Pour demander la majoration, vous devez :

- inscrire les codes de diagnostics des 2 pathologies;
- vous assurer qu'au moins une des 2 pathologies est présente dans la liste des pathologies désignées;
- vous assurer que les 2 pathologies sont dans des systèmes anatomiques différents;
- inscrire l'élément de contexte *Deuxième pathologie dans un système anatomique différent de celui de la première*.

Les instructions de facturation se trouvent déjà dans l'avis sous la règle 29.2 du préambule général, dans le *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

2 Règle 29.3

La règle 29.3 du préambule général mentionne que :

En médecine interne, l'honoraire de la consultation (visite principale et supplément de consultation) en cabinet, en hospitalisation, en externe, en salle d'urgence et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) est majoré de 40 % lorsque le patient est traité par le médecin spécialiste en médecine interne pour une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2. Cette troisième pathologie doit être dans un système anatomique différent de celui des deux premières pathologies.

Sont également visés par cette majoration de 40 %, les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

Pour demander la majoration, vous devez :

- inscrire les codes de diagnostics des 3 pathologies;
- vous assurer qu'au moins 2 des 3 pathologies sont présentes dans la liste des pathologies désignées;
- vous assurer que les 3 pathologies sont dans des systèmes anatomiques différents;
- Inscrire l'élément de contexte ***Trois pathologies dans des systèmes anatomiques différents***. Il s'agit du nouveau libellé de l'élément de contexte *Troisième pathologie dans un système anatomique différent de celui des 2 premières*.

Les instructions de facturation dans l'avis sous la règle 29.3 du préambule général et le libellé de l'élément de contexte ont été modifiés en conséquence.