

> Médecins spécialistes

Modifications 98 et 99 à l'Accord-cadre

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de la Modification 98 et de la Modification 99 à l'Accord-cadre.

Cette infolettre vous présente notamment :

- certains changements de tarifs;
- les modifications liées à l'oxygénation extracorporelle;
- la nouvelle règle d'application n° 38 – Ophtalmologie;
- le rattrapage des activités médicales dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 241*;
- les nouvelles lettres d'entente n°s 244 et 246;
- les modifications à l'Annexe 29;
- le remplacement de l'Annexe 42.


À moins d'avis contraire, les modifications entrent en vigueur le **1^{er} octobre 2021**.

Notez qu'une infolettre suivra sous peu contenant des modifications apportées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Ces modifications touchent certains changements annoncés dans la présente infolettre.

Aussi, nous désirons vous rappeler l'importance d'indiquer les codes de diagnostics lors de la facturation. Ce faisant, vous contribuez notamment à améliorer les soins de santé et à mieux suivre et prévenir certaines maladies.

c. c. Agences de facturation commerciales
Établissements du réseau de la santé

Courriel, site Web et fils RSS

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels
Abonnez-vous à nos fils RSS 

Téléphone

Québec 418 780-4208
Montréal 514 687-3612
Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

SOMMAIRE

1	Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4).....	4
1.1	Préambule général.....	4
1.2	Addendum 2 – Pédiatrie.....	4
1.3	Addendum 3 – Psychiatrie.....	5
1.4	Addendum 4 – Chirurgie.....	5
1.5	Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie.....	5
2	Règles de tarification de la médecine de laboratoire (Annexe 5).....	5
2.1	Préambule général.....	5
2.2	Addendum 2 – Anatomopathologie.....	5
2.3	Addendum 3 – Biochimie médicale.....	5
2.4	Addendum 5 – Microbiologie-infectiologie.....	6
2.5	Protocole concernant les laboratoires d'imagerie médicale générale.....	6
3	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6).....	6
3.1	Gynécologie.....	6
3.2	Angioradiologie.....	6
3.3	Oxygénation extracorporelle (ECMO).....	6
4	Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7).....	7
4.1	Angioradiologie.....	7
5	Règles d'application, plafonnements de gains de pratique et d'activités (Annexe 8).....	8
5.1	Modifications aux règles d'application.....	8
5.2	Modifications aux plafonnements d'activités (PA).....	8
5.3	Modifications au plafonnement de gains bruts (PG 1).....	9
5.4	Modifications au plafonnement de gains nets (PG 2).....	9
5.5	Modifications aux plafonnements particuliers (PG).....	9
6	Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées (Annexe 11).....	9
6.1	Lettre d'entente n° 3.....	9
6.2	Lettre d'entente n° 8.....	9
6.3	Lettre d'entente n° 13.....	9
6.4	Lettre d'entente n° 102.....	10
6.5	Lettre d'entente n° 172.....	10
6.6	Lettre d'entente n° 239.....	10
6.7	Lettre d'entente n° 241.....	10
6.8	Lettre d'entente n° 244.....	11
6.9	Lettre d'entente n° 245.....	11
6.10	Lettre d'entente n° 246.....	11
6.11	Lettre d'entente n° A-46.....	12
6.12	Lettre d'entente n° A-73.....	12
7	Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers de psychiatrie (Annexe 13).....	13
8	Entente auxiliaire concernant les services fournis par un médecin spécialiste dans le cadre du programme de santé publique (Annexe 14).....	13
9	Entente auxiliaire relative aux honoraires forfaitaires (Annexe 15).....	13

SOMMAIRE (SUITE)

10 Entente auxiliaire concernant la rémunération dans les unités de soins intensifs en centre hospitalier (Annexe 29)	13
11 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
12 Rémunération mixte (Tableaux de l'Annexe 38)	14
12.1 Cardiologie	14
12.2 Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	14
12.3 Chirurgie orthopédique	14
12.4 Chirurgie vasculaire	14
12.5 Gastro-entérologie.....	14
12.6 Gériatrie	14
12.7 Neurochirurgie.....	14
12.8 Obstétrique gynécologie.....	15
12.9 Ophtalmologie	15
12.10 Physiothérapie	15
12.11 Pneumologie.....	15
12.12 Psychiatrie.....	15
12.13 Rhumatologie	15
12.14 Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.....	15
13 Rémunération mixte en médecine d'urgence (Annexe 40)	16
14 Entente concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie (Annexe 42).....	16
15 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes	16
16 Protocole d'accord relatif à la rémunération de médecins spécialistes experts qui assurent une couverture provinciale des services dans certains secteurs spécialisés en période de pandémie de la COVID-19 (SARS-COV-2)	16

Instructions de facturation

Nous sommes prêts à recevoir votre facturation à compter du **1^{er} octobre 2021**, à moins d'avis contraire.

Pour les dispositions qui entrent en vigueur rétroactivement, vous avez **120 jours** à compter du 1^{er} octobre 2021 pour facturer ces services ou modifier votre facturation, à moins d'avis contraire.

Pour les modifications de tarifs à portée déclaratoire, nous réévaluerons les services concernés. Vous n'avez aucune action à poser.

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

1.1 Préambule général

Les règles suivantes du préambule général sont touchées par des changements.

1.1.1 Règle 5.4

Le [4^e paragraphe de la règle 5.4](#) concernant le gériatre qui suit un malade atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication est abrogé.

Par conséquent, le code de facturation **15139** est aboli.

1.1.2 Règle 5.6

Un paragraphe est ajouté après le [1^{er} paragraphe de la règle 5.6](#). En gériatrie, la visite peut être payée une fois par semaine, par patient, pour un maximum de 3 visites de transfert par hospitalisation.

1.1.3 Règle 8.3

La [règle 8.3](#) est modifiée. Dorénavant, en ophtalmologie, les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance et paraissant sous la rubrique OPHTALMOLOGIE seront payées au demi-tarif comme le stipule la règle 8.1 du préambule général, sauf la procédure principale et le code de facturation **20059**.

Ainsi, l'élément de contexte *PDT multiple sous la rubrique OPHTALMOLOGIE exécuté lors d'une même séance* est aboli.

Vous devez désormais utiliser l'élément de contexte *PDT multiple exécuté lors d'une même séance*.

1.1.4 Règle 24

À la [Règle 24 – Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie](#), le tarif des visites, procédés diagnostiques et thérapeutiques et chirurgies faits seuls passe de 264 \$ à **250 \$**.

1.1.5 Règle 34.2

La [règle 34.2](#) est modifiée. Si vous participez à une réunion clinique multidisciplinaire, vous avez droit au paiement d'honoraires de 52,75 \$ par 15 minutes complétées. Votre participation doit être d'un minimum de 60 minutes continues.

Par conséquent, le code de facturation **15405** est aboli et le libellé du code de facturation **15406** est ajusté.

1.1.6 Annexe 1 – Règle 41

À l'[annexe 1 de la règle 41](#), le code de facturation **06398** est ajouté aux frais de plateau mineur et le code de facturation **06399** est ajouté aux frais de plateau principal.

1.2 Addendum 2 – Pédiatrie

La [règle 1 de l'Addendum 2 – Pédiatrie](#) est abrogée en concordance avec l'abolition des codes de facturation **09194** et **09196**.

Cette modification entre en vigueur le **1^{er} décembre 2021**.

1.3 Addendum 3 – Psychiatrie

L'[Addendum 3 – Psychiatrie](#) est remplacé. Notamment, les modifications suivantes sont apportées :

- la modification de règles;
- la suppression des références à l'unité de temps;
- l'ajout et la modification d'instructions de facturation à l'onglet *B – Tarification des visites* en psychiatrie.

1.4 Addendum 4 – Chirurgie

L'[Addendum 4 – Chirurgie](#) est modifié.

Pour le médecin spécialiste en ophtalmologie :

- Aux fins de l'application du 3^e paragraphe de la règle 2.2, en ophtalmologie, vous ne devez pas tenir compte des codes de facturation **07035** à **07037** et **07056** à **07060**.
- Le 1^{er} paragraphe de la règle 8.4 ne s'applique plus à l'ophtalmologie. Vous devez vous référer à la règle 8.1, puisque le pourcentage de rémunération à 75 % est retiré pour les chirurgies multiples paraissant au chapitre *Appareil visuel* pratiquées au cours d'une même séance opératoire. L'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance** ne sera plus permis pour le médecin spécialiste en ophtalmologie. Vous devrez plutôt utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance** lorsque la situation le requiert. De plus, lors d'une chirurgie bilatérale, en ophtalmologie, les chirurgies que vous effectuez sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 50 % pour les autres chirurgies.
- Les chirurgies multiples indiquées à la règle 8.5 que vous pratiquez au cours d'une même journée, à une séance opératoire différente, sont maintenant payées à 50 % plutôt qu'à 75 % en ophtalmologie, sauf la chirurgie principale.

1.5 Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie

L'[Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie](#) est modifié :

- La règle 6 concernant la compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant Essure est abrogée. Pour plus d'informations sur les frais accessoires, consultez la rubrique [Frais facturés aux personnes assurées \(frais accessoires\)](#).
- L'*Annexe 1 – Accouchement dans les cas complexes (acte codé 06945) ou manœuvre obstétricale intrapartum dans les cas complexes (acte codé 06931)* est modifiée. Notamment, certaines conditions sont retirées.

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

2.1 Préambule général

La [règle 9.2](#) est modifiée. Si vous participez à une réunion clinique multidisciplinaire, vous avez droit au paiement d'honoraires de 52,75 \$ par 15 minutes complétées. Votre participation doit être d'un minimum de 60 minutes continues.

Par conséquent, le code de facturation **15405** est aboli et le libellé du code de facturation **15406** est ajusté.

2.2 Addendum 2 – Anatomico-pathologie

Le montant forfaitaire annuel de l'[article 3.1 – Modalités de paiement de l'Addendum 2 – Anatomico-pathologie](#) passe à **337 850 \$**.

Cette modification entre en vigueur le **3 octobre 2021**.

2.3 Addendum 3 – Biochimie médicale

L'[annexe de l'Addendum 3 – Biochimie médicale](#) est touchée par un changement de tarif (code de facturation **09735**). La valeur d'un K passe à **2 517 \$**.

2.4 Addendum 5 – Microbiologie-infectiologie

Les montants de gains externes de l'[article 3.6 de l'Addendum 5 – Microbiologie-infectiologie](#) sont modifiés. Une première modification tarifaire entre en vigueur le **1^{er} janvier 2021**, puis une seconde, le **1^{er} janvier 2022**.

2.5 Protocole concernant les laboratoires d'imagerie médicale générale

L'[article 4.2 du Protocole concernant les laboratoires d'imagerie médicale générale](#) est modifié.

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

De nombreux services sont touchés par des modifications et se trouvent dans presque tous les onglets du [Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#). Vous y trouverez le détail des modifications.

La date d'entrée en vigueur des changements apportés est le **1^{er} octobre 2021**, à l'exception de ce qui suit :

- modification au code de facturation **05118**. **Date d'entrée en vigueur à portée déclaratoire**;
- codes de facturation **18201 à 18908**. **Date d'entrée en vigueur : 26 septembre 2019**;
- modification à la note sous le code de facturation **09316**. **Date d'entrée en vigueur : 1^{er} mai 2021**;
- modification à l'introduction de la section *Angioradiologie* de l'onglet *V – Radiologie diagnostique*. **Date d'entrée en vigueur : 1^{er} octobre 2020**;
- première modification du 1^{er} paragraphe de la section *Oxygénation extracorporelle (ECMO)* de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. **Date d'entrée en vigueur à portée déclaratoire**.

3.1 Gynécologie

Les codes de facturation **06178**, **06398** et **06399** sont déplacés des sections *Utérus et col utérin* et *Divers* de l'onglet *P – Gynécologie* vers la section [Obstétrique-gynécologie de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#).

3.2 Angioradiologie

La modification à l'introduction de la section [Angioradiologie de l'onglet V – Radiologie diagnostique](#) entre en vigueur le **1^{er} octobre 2020**.

Si vous êtes neurochirurgien et que vous détenez la formation reconnue en angioradiologie d'intervention cérébrale et spinale, vous devez faire la demande auprès de votre directeur des services professionnels pour obtenir le privilège de pratique. Le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051) que doit remplir le directeur des services professionnels a été modifié en conséquence.

Lorsque l'avis d'assignation nous sera transmis pour confirmer l'octroi de votre privilège de pratique, nous vous transmettrons une lettre pour vous informer de l'ajout à votre dossier.

À compter de la date de réception de la confirmation de l'octroi de votre privilège de pratique, vous avez **120 jours** pour facturer vos services rétroactivement.

3.3 Oxygénation extracorporelle (ECMO)

La section [Oxygénation extracorporelle \(ECMO\)](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* est modifiée à 2 reprises :

a) **Modification à portée déclaratoire**

Le premier paragraphe est modifié par l'ajout d'une précision indiquant que les tarifs incluent tous les services médicaux effectués, et ce, **à partir du 1^{er} temps jusqu'à la fin du 4^e temps**.

Pour les services refusés depuis le 1^{er} janvier 2017, car inclus dans un code de facturation relatif à l'oxygénation extracorporelle, vous devez suivre l'une des instructions suivantes selon votre situation :

- Si l'heure de début du service refusé est présente et qu'elle n'est pas comprise entre les heures de début et de fin inscrites pour le service d'oxygénation extracorporelle, le service refusé vous sera payé. Vous n'avez aucune action à poser;
- Si l'heure de début du service refusé est présente, mais que l'heure de début ou de fin du service d'oxygénation extracorporelle est absente, vous avez **jusqu'au 31 décembre 2021** pour modifier votre facturation afin d'y ajouter l'heure manquante. Le service vous sera payé si l'heure de début du service refusé n'est pas comprise entre les heures de début et de fin du service d'oxygénation extracorporelle;
- Si l'heure de début du service refusé est absente, vous avez **jusqu'au 31 décembre 2021** pour modifier votre facturation afin de l'ajouter. Le service vous sera payé si l'heure de début n'est pas comprise entre les heures de début et de fin du service d'oxygénation extracorporelle.

b) Modifications entrant en vigueur le **1^{er} octobre 2021**

Le premier paragraphe est de nouveau modifié.

Les libellés des codes de facturation **00803**, **00897**, **00898** et **00899** pour l'oxygénation extracorporelle sont modifiés et des notes ont été ajoutées.

De plus, lorsque vous effectuez une intervention téléphonique initiée par un professionnel de la santé dans le but d'ajuster les paramètres de maintien du support extracorporel, vous pouvez bénéficier d'un montant de 17,40 \$ (code de facturation **00856**).

À partir du **1^{er} octobre 2021**, vous devez inscrire l'heure de début et l'heure de fin des services d'oxygénation extracorporelle.
Vous devez également inscrire l'heure de début de tous les services facturés le même jour, et ce, pour tous les patients.

4 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

De nombreux services sont touchés par des modifications et se trouvent dans presque tous les onglets du [Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement](#). Vous y trouverez le détail des modifications.

Les modifications entrent en vigueur au **1^{er} octobre 2021**, sauf :

- l'abolition du titre au-dessus du code de facturation **08470**, qui entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} mai 2021**;
- l'introduction de la section *Angioradiologie* de l'onglet *H – Radiologie diagnostique*, qui entre en vigueur le **1^{er} octobre 2020**.

4.1 Angioradiologie

La modification à l'introduction de la section [Angioradiologie de l'onglet H – Radiologie diagnostique](#) entre en vigueur le **1^{er} octobre 2020**.

Si vous êtes neurochirurgien et que vous détenez la formation reconnue en angioradiologie d'intervention cérébrale et spinale, vous devez faire la demande auprès de votre directeur des services professionnels pour obtenir le privilège de pratique. Le formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051) que doit remplir le directeur des services professionnels a été modifié en conséquence.

Lorsque l'avis d'assignation nous sera transmis pour confirmer l'octroi de votre privilège de pratique, nous vous transmettrons une lettre pour vous informer de l'ajout à votre dossier.

À compter de la date de réception de la confirmation de l'octroi de votre privilège de pratique, vous avez **120 jours** pour facturer vos services rétroactivement.

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

En lien avec les modifications tarifaires, les règles d'application sont modifiées et les différents plafonnements sont revus.

Consultez l'onglet [Règles d'application et plafonnements du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#) pour le détail des changements présentés ci-dessous.

5.1 Modifications aux règles d'application

5.1.1 Règle d'application n° 4 – Chirurgies et procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples au cours d'une séance en obstétrique-gynécologie

Des services médicaux sont ajoutés à la liste des services pouvant être payés à demi-tarif :

- la mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone;
- l'exérèse d'implants sous-cutanés de progestérone.

5.1.2 Règle d'application n° 6

La liste des prestations de soins ne donnant pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence, de la [Règle d'application n° 6](#) est modifiée.

Le service de soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, le dimanche ou un jour férié entre 7 h et 19 h (code de facturation **00929**) est ajouté rétroactivement au **28 juillet 2020**.

5.1.3 Règle d'application n° 21 – Chirurgie

Un paragraphe est ajouté à la [Règle d'application n° 21 – Chirurgie](#). Aux fins de l'application de cette règle, la visite principale en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne n'est pas considérée comme une visite principale.

5.1.4 Règle d'application n° 22 – Dermatologie

Les articles 2 et 3 de la [Règle d'application n° 22 – Dermatologie](#) sont modifiés par la suppression de la référence à la photochimiothérapie.

5.1.5 Règle d'application n° 37 – Angioradiologie

La [Règle d'application n° 37 – Angioradiologie](#) est modifiée. Cette règle s'applique désormais au neurochirurgien détenant une formation reconnue. De plus, des codes de facturation sont ajoutés et un code de facturation est retiré.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2020**.

5.1.6 Règle d'application n° 38 – Ophtalmologie

La [Règle d'application n° 38 – Ophtalmologie](#) est introduite.

Lorsque vous effectuez une visite en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne, vous devez utiliser les codes de facturation **15146**, **15147**, **15150** et **15151**. Vous pouvez facturer une seule de ces visites par période de 12 mois, par patient.

Si vous devez revoir un patient pour une autre raison qu'un suivi ou un traitement par injection intravitréenne (codes de facturation **09252** à **09255**, **09281**, **09283**, **15099** et **15101**), vous devez utiliser l'élément de contexte **Visite non liée au suivi ou au traitement par injection intravitréenne**.

5.2 Modifications aux plafonnements d'activités (PA)

Les plafonnements suivants sont modifiés :

- [PA 30 – Dermatologie](#). Pour le 1^{er} article, le montant du plafonnement passe à **13 070 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **12 830 \$** au 1^{er} janvier 2022. Pour le 2^e article, le montant du plafonnement passe à **7 160 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **7 040 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- [PA 33 – Radio-oncologie](#). Le montant passe à **24 680 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **24 425 \$** au 1^{er} janvier 2022.

5.3 Modifications au plafonnement de gains bruts (PG 1)

À l'[article 3.1.1](#), les montants des plafonnements de gains bruts concernant les spécialités de la **santé communautaire**, de la **biochimie** et de la **psychiatrie** sont modifiés :

- pour la santé communautaire, le montant passe à **281 800 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **292 700 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- pour la biochimie, le montant passe à **250 600 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **252 500 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- pour la psychiatrie, le montant passe à **364 000 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **357 500 \$** au 1^{er} janvier 2022.

5.4 Modifications au plafonnement de gains nets (PG 2)

À l'[article 3.2.2](#), les montants des plafonnements de gains de pratique concernant les spécialités de la **génétiq**ue **médicale** et de la **médecine nucléaire** sont modifiés :

- pour la génétique médicale, le montant passe à **355 800 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **373 100 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- pour la médecine nucléaire, le montant passe à **392 100 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **390 900 \$** au 1^{er} janvier 2022.

5.5 Modifications aux plafonnements particuliers (PG)

Les plafonnements suivants sont modifiés :

- [PG 3 – Cardiologie](#). Le montant passe à **299 400 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **305 300 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- [PG 5 – Radio-oncologie](#). Le montant passe à **113 300 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **112 150 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- [PG 8 – Chirurgie générale](#). Le montant passe à **155 300 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **154 600 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- [PG 9 – Médecine interne](#). Le montant passe à **187 000 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **189 800 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- [PG 10 – Chirurgie vasculaire](#). Le montant passe à **122 400 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **120 620 \$** au 1^{er} janvier 2022;
- [PG 11 – Hémato-oncologie médicale](#). Le montant passe à **532 500 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **546 600 \$** au 1^{er} janvier 2022.

6 Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées (Annexe 11)

Les lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées sont présentées aux annexes 11. A et 11. B de la *Brochure n° 1*.

6.1 Lettre d'entente n° 3

L'[annexe de la Lettre d'entente n° 3](#) est modifiée. Le service médical de cryochirurgie de tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques est ajouté à la liste des services médicaux compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale.

6.2 Lettre d'entente n° 8

La liste des personnes pouvant agir comme président du Conseil d'arbitrage de la [Lettre d'entente n° 8](#) est modifiée.

6.3 Lettre d'entente n° 13

La [Lettre d'entente n° 13](#) est modifiée. Le montant de la tarification prévue par traitement de physiothérapie passe à **18,15 \$** au 1^{er} juillet 2021 et le montant du plafonnement de gains de pratique qui y est relié passe à **54 000 \$** au 1^{er} juillet 2021 et à **55 400 \$** au 1^{er} janvier 2022.

6.4 Lettre d'entente n° 102

L'[article 4 de la Lettre d'entente n° 102](#) est modifié suivant :

- l'abolition des lettres d'entente n°s 135 et 138;
- l'adoption de l'Annexe 45 et des lettres d'entente n°s 233 et 234.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2019**.

6.5 Lettre d'entente n° 172

Le [2^e paragraphe de l'article 1.1 de la Lettre d'entente n° 172](#) est modifié. La tarification de l'évaluation en vue d'une garde préventive s'applique aussi pour la demande de garde provisoire en vue d'un examen psychiatrique. De plus, certains articles sont touchés par des changements de tarifs.

6.6 Lettre d'entente n° 239

Le service médical soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, le dimanche ou un jour férié entre 7 h et 19 h (code de facturation **00929**) est ajouté à l'[article 6.2 de la Lettre d'entente n° 239](#).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **28 juillet 2020**.

6.7 Lettre d'entente n° 241

6.7.1 Déplacement de modalités

L'article 15 concernant la rémunération dans les endroits désignés est ajouté à la [Lettre d'entente n° 241](#). Il reprend les modalités des articles 4.6 et 4.7, qui sont abrogés.

6.7.2 Rattrapage des activités médicales

L'article 16 est ajouté à la *Lettre d'entente n° 241*. Dans le cadre du rattrapage des activités médicales qui fait suite au délestage lors de l'urgence sanitaire, vous pouvez vous prévaloir de modalités de rémunération particulières lorsque vous exercez la fin de semaine ou un jour férié.

Pour tout service rendu dans le cadre du rattrapage, vous devez utiliser l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu dans le cadre du rattrapage des activités médicales**.

Médecin rémunéré au mode mixte de l'Annexe 38

Si vous êtes un médecin spécialiste rémunéré au mode mixte dans un CMS 108, un cabinet 108, un LIM 108 ou un établissement, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération suivante lorsque vous exercez un samedi, un dimanche ou un jour férié.

Vous pouvez recevoir un *demi-per diem* (code de facturation **42080**) pour une période d'activités de 3 h 30, entre 7 h et 17 h, ou entre 7 h et 15 h si vous êtes anesthésiologiste. Vous devez inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service. Vous pouvez facturer un maximum de 2 *demi-per diem* par jour.

Tous les services facturés le même jour qu'un *demi-per diem* sont rémunérés selon l'article 3 de l'Annexe 38 relatif aux suppléments d'honoraires, et les activités prévues dans les différentes ententes où un supplément d'honoraires s'applique sont aussi rémunérées à pourcentage.

Vous devez inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un *demi-per diem*. De plus, pour les services facturés entre 7 h et 17 h, ou entre 7 h et 21 h si vous êtes anesthésiologiste, vous devez utiliser l'élément de contexte **Facturation d'un demi-per diem de la LE 241 au cours de la journée**.

Autres modalités

Les modalités suivantes s'appliquent au **médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte** :

- Si vous effectuez des activités dans le cadre du rattrapage la fin de semaine ou un jour férié, vous ne pouvez pas vous prévaloir des honoraires majorés en urgence pour ces activités.
- Si vous vous prévaluez d'un supplément de garde prévu à l'Accord-cadre, vous ne pouvez pas vous prévaloir du *demi-per diem*. Vous devez facturer toutes vos activités à l'acte, tant celles de rattrapage que celles effectuées dans le cadre de la garde.

- Vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération prévue aux articles 2 à 5 de la *Lettre d'entente n° 241* le même jour que vous effectuez des activités de rattrapage.
- Dans le cadre du rattrapage des activités médicales, si vous effectuez des activités dans une autre installation que celle où vous exercez principalement, vous devez vous prévaloir du mode de rémunération s'appliquant à l'installation où vous effectuez les activités.
- Si vous êtes anesthésiologiste, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la majoration prévue à l'article 12.2 de l'Addendum 8 pour les activités médicales effectuées dans le cadre du rattrapage. Toutefois, vous pouvez vous prévaloir de la majoration prévue à l'article 12.1 de cet addendum.
- Si vous êtes un médecin spécialiste en médecine d'urgence, vous ne pouvez pas vous prévaloir des modalités relatives au rattrapage des activités médicales.

Ces modalités entrent en vigueur rétroactivement au **24 mai 2021**.

Vous avez **120 jours** à compter du **6 octobre 2021** pour facturer vos services effectués dans le cadre du rattrapage des activités médicales ou pour modifier votre facturation rétroactivement au **24 mai 2021**.

6.8 Lettre d'entente n° 244

La [Lettre d'entente n° 244](#) concernant la rémunération des soins de ventilation mécanique assistée dans les unités de soins intensifs est introduite.

Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 27 juillet 2020, nous honorons les services de soins de ventilation mécanique assistée (code de facturation **00900**) que vous avez rendus le samedi, le dimanche ou un jour férié entre 7 h et 19 h et qui ont été facturés avec la majoration prévue à la règle 14 du préambule général ainsi qu'avec la majoration d'honoraires prévu à la règle 8 de l'*Addendum 11 – Médecine d'urgence*.

Pour les services de soins de ventilation mécanique assistée rendus le samedi, le dimanche ou un jour férié entre 7 h et 19 h depuis le 28 juillet 2020, vous devez utiliser le code de facturation **00929**.

L'augmentation tarifaire du forfait de prise en charge du patient lorsqu'il y a prise en charge de l'unité est progressive jusqu'au 1^{er} avril 2024. Les tarifs sont mentionnés à l'Annexe 29 (voir la section 10 de la présente infolettre).

Ces modalités entrent en vigueur rétroactivement au **28 juillet 2020**.

Pour les services rendus **avant le 28 juillet 2020** pour lesquels nous avons retiré les éléments de contexte *Soins d'urgence* ou *Soins d'urgence selon la règle 14 du PG* selon la date du service, nous remettrons l'élément de contexte approprié afin de vous repayer la majoration d'urgence. Vous n'avez aucune action à poser.

Pour les services rendus **depuis le 28 juillet 2020**, consultez la section 10 de la présente infolettre.

6.9 Lettre d'entente n° 245

La [Lettre d'entente n° 245](#) concernant le suivi de certaines mesures est introduite.

6.10 Lettre d'entente n° 246

La [Lettre d'entente n° 246](#) concernant la couverture des soins psychiatriques au CISSS des Îles-de-la-Madeleine pour la clientèle adulte et pédopsychiatrique est introduite.

Pour éviter toute rupture de services, le médecin établi ainsi qu'un groupe de médecins remplaçants ou en support s'engagent à assurer la garde, l'accessibilité et la continuité des services psychiatriques.

Tout remplacement doit être d'une durée minimale de 7 jours. Si un remplacement est de moins de 7 jours, aucuns autres frais ou temps de déplacement ne sont payables à un autre psychiatre pour aller effectuer du remplacement dans la même installation lors de la même semaine.

6.10.1 Services rendus à distance

Exceptionnellement, en tant que médecin remplaçant ou en support, si vous êtes dans l'impossibilité de vous rendre aux Îles-de-la-Madeleine en raison de contraintes hors de votre contrôle, vous pouvez assurer les services de base ou d'urgence à distance, par télémedecine, jusqu'à ce que vous puissiez vous y rendre.

En plus des modalités de rémunération prévues à l'article 13 de la *Lettre d'entente n° 241* relatives à la télémedecine, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération prévue pour les services rendus en hospitalisation pour la clientèle hospitalisée ou ceux rendus dans une salle d'urgence pour la clientèle de l'urgence.

Instructions de facturation

Vous devez inscrire :

- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement d'où vous effectuez la téléconsultation;
- le type de lieu en référence *Lieu où se trouve le patient (Télémedecine)*;
- pour le lieu en référence, le numéro de l'établissement du CISSS des Îles-de-la-Madeleine auquel vous êtes rattaché;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

Pour la clientèle hospitalisée, vous devez utiliser l'élément de contexte **LE 246 – Service rendu en télémedecine auprès de la clientèle hospitalisée** ainsi que l'élément de contexte **Télémedecine par téléphone** ou **Télémedecine par visioconsultation**.

Pour la clientèle de l'urgence, vous devez utiliser l'élément de contexte **LE 246 – Service rendu en télémedecine auprès de la clientèle de l'urgence** ainsi que l'élément de contexte **Télémedecine par téléphone** ou **Télémedecine par visioconsultation**.

6.10.2 Garde et mesures incitatives

Une garde locale peut être autorisée même si elle est réalisée à distance.

Si vous effectuez la garde, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de mesure incitative selon les conditions prévues à la *Lettre d'entente n° 102*, et ce, même si vous êtes à distance.

6.10.3 Médecin coordonnateur

Les parties négociantes désignent le médecin coordonnateur provincial qui assurera l'établissement de la liste de garde et la coordination des soins dans l'installation ou dans le cadre des services offerts à distance.

En tant que médecin coordonnateur, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de 95,82 \$ par semaine jusqu'à concurrence de 5 000 \$ (code de facturation **42060**).

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juillet 2021**.

6.11 Lettre d'entente n° A-46

La *Lettre d'entente n° A-46* est abrogée suivant la modification à l'introduction de la section *Angioradiologie*.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2020**.

6.12 Lettre d'entente n° A-73

Le montant maximum de l'[article 1 de la Lettre d'entente n° A-73 concernant les activités accomplies par certains médecins microbiologistes infectiologues au sein du laboratoire de santé publique du Québec \(LSPQ\)](#) passe à **79 725 \$** au 1^{er} janvier 2021 et à **81 900 \$** au 1^{er} janvier 2022.

7 Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers de psychiatrie (Annexe 13)

L'[article 3.1 de l'Annexe 13](#) est modifié par l'ajout de deux paragraphes.

Lorsque vous exercez des activités de prestations de soins, de suivi des malades ou de psychiatrie d'équipe, la combinaison des activités ne peut pas dépasser 5 heures par semaine.

Lorsque vous exercez des activités de chef de département hospitalier de psychiatrie, de chef de service hospitalier de psychiatrie adulte ou de chef de service hospitalier de pédopsychiatrie, la combinaison des activités ne peut pas dépasser 750 heures par année.

8 Entente auxiliaire concernant les services fournis par un médecin spécialiste dans le cadre du programme de santé publique (Annexe 14)

L'[Annexe 14](#) est modifiée. Les références au mode de rémunération par *per diem* et à la tarification par demi-journée sont retirées. Ainsi, la partie 1 de même que les articles 4 et 11 sont modifiés. De plus, les articles 2, 3, 8.1 et 8.2 sont abolis.

Aussi, l'Annexe 14 est touchée par des changements de tarifs :

- le tarif horaire des articles 4.1, 5.1 et 6.1 passe à **204 \$**;
- le tarif de l'article 5.1 pour un déplacement entre minuit et 7 heures passe à **239 \$**.

9 Entente auxiliaire relative aux honoraires forfaitaires (Annexe 15)

L'[Annexe 15](#) est modifiée. Les références au mode de rémunération par *per diem* sont retirées. Ainsi, le 1^{er} alinéa et les articles 15.1 et 17.1 sont modifiés. De plus, la partie 1 et l'article 18 sont abolis.

10 Entente auxiliaire concernant la rémunération dans les unités de soins intensifs en centre hospitalier (Annexe 29)

L'[article 6 de l'Annexe 29](#) est modifié.

Lorsque vous rendez des services de soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs désignée selon l'article 3.3 de l'Annexe 29, vous pouvez vous prévaloir de l'un des forfaits suivants :

- Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, tous les jours, sauf le samedi, le dimanche ou un jour férié entre 7 h et 19 h (code de facturation **00900**);
- Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, le dimanche ou un jour férié entre 7 h et 19 h (code de facturation **00929**).

Seul le médecin qui prend en charge l'unité de soins intensifs peut se prévaloir de l'un des forfaits ci-dessus pour un maximum d'un par jour, par patient.

Ces modalités entrent en vigueur rétroactivement au **28 juillet 2020**.

Pour les services rendus le samedi, le dimanche ou un jour férié à partir du **28 juillet 2020** et pour lesquels l'heure de début du service est **inscrite**, nous modifierons le code de facturation **00900** par le code de facturation **00929**. Vous n'avez aucune action à poser.

Pour les services rendus à partir du **28 juillet 2020** et pour lesquels l'heure de début du service est **absente**, vous avez **120 jours** à compter du **1^{er} octobre 2021** pour modifier votre facturation rétroactivement au **28 juillet 2020** en remplaçant le code de facturation **00900** par le code de facturation **00929** et en ajoutant l'heure de début.

De plus, les montants des forfaits de prise en charge d'un patient avec prise en charge de l'unité prévus à l'article 1.1 b) du *Tableau de la tarification des forfaits dans les unités de soins intensifs* sont majorés progressivement jusqu'au 1^{er} avril 2024 (codes de facturation **09097** et **09098**). Le montant de ces forfaits passe à **120 \$** au 1^{er} octobre 2021, à **123,20 \$** au 1^{er} avril 2022, à **126,45 \$** au 1^{er} avril 2023 et à **129,65 \$** au 1^{er} avril 2024.

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

L'article 1.2.1 de l'Annexe 32 est modifié. Le nom du Centre de réadaptation en dépendance Val-d'Or est changé par l'Hôpital et centre de réadaptation en dépendance de Val-d'Or. De plus, la spécialité de l'oto-rhino-laryngologie est ajoutée à cet établissement.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **4 mai 2020**.

12 Rémunération mixte (Tableaux de l'Annexe 38)

12.1 Cardiologie

- Le supplément d'honoraires de 20 % est supprimé.
- Le code de facturation **16005** est retiré de la liste du supplément d'honoraires de 60 %.

12.2 Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

Le supplément d'honoraires de 80 % passe à **76 %**.

12.3 Chirurgie orthopédique

Les codes de facturation **18201** à **18209** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 90 %.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **26 septembre 2019**.

12.4 Chirurgie vasculaire

- Le supplément d'honoraires de 50 % passe à **43 %** et le supplément d'honoraires de 70 % passe à **65 %**.
- Les codes de facturation **08352** à **08356**, **08358** à **08360**, **08388**, **08390** à **08399**, **08426** et **08427** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

12.5 Gastro-entérologie

- Le supplément d'honoraires de 50 % est supprimé.
- Dans la liste du supplément d'honoraires de 53 %, les codes de facturation **00865** et **00866** sont retirés et les codes de facturation **00338**, **00562**, **00754** et **20024** sont ajoutés.
- Le code de facturation **16133** est ajouté à la liste du supplément d'honoraires de 77 %.
- Dans la liste du supplément d'honoraires de 100 %, les codes de facturation **00865**, **00866**, **09377** à **09380**, **16132** et **16134** sont ajoutés au 1^{er} paragraphe. Au 2^e paragraphe, les codes de facturation **00338**, **00562**, **00754** et **20024** sont ajoutés.

12.6 Gériatrie

- Dans la liste du supplément d'honoraires de 80 %, les codes de facturation **00038** et **16135** sont ajoutés.
- Le 3^e paragraphe de l'article 1.1 des modalités particulières est supprimé.

12.7 Neurochirurgie

Les services médicaux paraissant à la section *Angioradiologie* de l'*Addendum 4 – Radiologie diagnostique* sont ajoutés à la liste du supplément d'honoraires de 79 %.

Cette modification entre en vigueur le **1^{er} octobre 2020**.

12.8 Obstétrique gynécologie

- Dans la liste du supplément d'honoraires de 60 %, le code de facturation **06932** est ajouté.
- Le 2^e paragraphe de la liste du supplément d'honoraires de 95 % est déplacé dans la liste du supplément d'honoraires de 90 %.

12.9 Ophtalmologie

- Le supplément d'honoraires de 40 % passe à **70 %**, celui de 60 % passe à **90 %**, celui de 68 % passe à **88 %** et celui de 90 % passe à **95 %**.
- Les codes de facturation **15150** et **15151** sont ajoutés à la liste du supplément d'honoraires de 90 % et à celle de 95 %.

12.10 Physiatrie

La référence à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal est remplacée par l'Hôpital de réadaptation Lindsay et l'Institut de réadaptation de Montréal.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **13 mai 2013**.

De plus, vous trouverez des modifications au [tableau des suppléments d'honoraires de la physiatrie](#).

12.11 Pneumologie

Le code de facturation **09168** est ajouté à la liste du supplément d'honoraires de 79 %.

Les codes de facturation **09168** et **15235** sont ajoutés à la liste du supplément d'honoraires de 100 %.

12.12 Psychiatrie

Dans la liste du supplément d'honoraires de 65 %, les codes de facturation **08868** et **08934** sont ajoutés. De plus, le code de facturation **98020** est retiré.

12.13 Rhumatologie

Le supplément d'honoraires de 85 % passe à **100 %**.

12.14 Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

Le supplément d'honoraires de 46 % passe à **50 %**.

Les articles 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 et 2.5 des *Modalités particulières* sont touchés par des changements de tarifs (codes de facturation **19650** à **19654**).

De plus, l'[article 3](#) est modifié. Si vous êtes convoqué par un organisme reconnu pour rendre des services le samedi, le dimanche ou un jour férié ou entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, vous devez désormais utiliser les codes de facturation suivants.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
19735	Première demi-heure	169
19736	Par quart d'heure additionnel	90

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **29 mars 2021**.

Vous avez 120 jours à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au 29 mars 2021.

À l'[article 3](#), le montant des services médicaux codés **19787** et **19735** passe à **184 \$** et celui des services médicaux codés **19788** et **19736** passe à **98 \$**. Cette dernière modification entre en vigueur le **1^{er} octobre 2021**.

13 Rémunération mixte en médecine d'urgence (Annexe 40)

Le montant forfaitaire de l'article 2.1 de l'Annexe 40 passe à **424 \$**.

Dans le tableau de l'annexe de l'Annexe 40, le supplément d'honoraires de 71 % passe à **74 %**.

14 Entente concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie (Annexe 42)

L'[Annexe 42](#) est remplacée. Notamment, les forfaits de disponibilité téléphonique sont retirés (codes de facturation **98015** et **98016**).

- L'article 1.2 est abrogé.
- Les articles 2.1.3 et 2.1.4 sont abrogés.
- L'article 4.2 est remplacé.

Lorsque vous exercez en tant que médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien à l'équipe de santé mentale, la période est désormais de **8 h** à 17 h, du lundi au vendredi. De plus, lorsque vous effectuez des activités de soutien, votre présence doit être d'un minimum de **120 minutes**.

Modification aux modalités de rémunération

Si vous exercez comme médecin répondant en psychiatrie selon l'Annexe 42, vous êtes désormais rémunéré selon une tarification horaire de 300 \$. Vous pouvez vous prévaloir de cette rémunération du lundi au vendredi pour une période de service continu de 120 minutes et pour un maximum de 7 heures par jour. La dernière heure s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.

Le libellé des codes de facturation **98013**, **98014**, **98018** et **98019** est modifié et le montant est ajusté.

Si vous vous prévaluez de cette tarification horaire, vous ne pouvez pas demander le paiement d'autres honoraires au cours de la même période. De plus, vous ne pouvez pas facturer de frais de déplacement. Toutefois, le temps de déplacement est rémunéré selon les modalités de l'Annexe 23.

15 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes

L'[article 5.1 de la partie 1](#) est modifié. La rémunération prévue à la partie 1 s'applique en sus de toute autre rémunération applicable en vertu de l'Accord-cadre. Cette modification est **à portée déclaratoire**.

Un paragraphe est ajouté à l'[article 11.2 de la partie 2](#). Les activités d'enseignement peuvent être effectuées dans un centre de réadaptation où :

- un contrat d'affiliation ou de service a été conclu avec une université qui satisfait aux exigences;
- des programmes de formation universitaire en médecine sont offerts.

Cette modification à l'article 11.2 de la partie 2 entre en vigueur le **1^{er} octobre 2021**.

16 Protocole d'accord relatif à la rémunération de médecins spécialistes experts qui assurent une couverture provinciale des services dans certains secteurs spécialisés en période de pandémie de la COVID-19 (SARS-COV-2)

L'[article 1.2](#) est modifié. Vous pouvez vous prévaloir du forfait de 12 heures ou de celui de 24 heures pour toutes les spécialités listées. De plus, les spécialités de l'endocrinologie et de la psychiatrie sont ajoutées à la liste.

L'article 3.3 est modifié et les articles 3.4 et 3.5 sont ajoutés. Par période de 24 heures, vous pouvez vous prévaloir d'un seul forfait de 24 heures ou de 2 forfaits de 12 heures, de 8 h à 8 h. Aussi, un seul forfait de garde peut être payé pour la même période, pour la même spécialité.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **13 avril 2020**.