

> Médecins spécialistes

Mesures de l'Institut de la pertinence des actes médicaux : modifications à l'Accord-cadre

L'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) a adopté de nouvelles mesures visant à respecter les exigences de l'entente entre le Secrétariat du Conseil du trésor et votre fédération.

À moins d'avis contraire, les modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juillet 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services ou modifier votre facturation rétroactivement au **1^{er} juillet 2022**.

1 Règles d'application

1.1 Règle d'application n° 19 – Cardiologie

Un paragraphe est ajouté à la [Règle d'application n° 19 – Cardiologie](#).

Vous ne pouvez facturer qu'une seule visite par jour, par patient, lorsque vous exercez en clinique externe ou en cabinet privé (codes de facturation **09127, 09129, 09162, 09164, 09165, 09170, 09201, 09202, 09207, 09208, 09212, 15130, 15246, 15267, 15269, 15271, 15706, 15707, 16004** et **16005**).

Toutefois une visite supplémentaire peut être facturée si le patient présente une condition clinique nécessitant une intervention rapide et une seconde évaluation pour établir un plan thérapeutique. Dans ce cas, une note clinique doit en faire foi au dossier du patient.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser l'élément de contexte ***Prise en charge d'une condition clinique exigeant une intervention rapide et une seconde évaluation par un médecin cardiologue***.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour modifier votre facturation, s'il y a lieu, en ajoutant l'élément de contexte rétroactivement au **1^{er} juillet 2022**.

1.2 Règle d'application n° 21 – Chirurgie

Un paragraphe est ajouté à la [Règle d'application n° 21 – Chirurgie](#).

Si vous suivez un malade atteint d'un cancer, vous pouvez facturer une visite principale aux 3 mois. Toutefois, si vous êtes un chirurgien général, vous pouvez facturer la visite principale aux 4 mois pour les 2 premières années du suivi, puis tous les 6 mois par la suite.

Instruction de facturation

Vous devez utiliser l'élément de contexte ***Suivi d'un patient atteint d'un cancer***.

Aucune action n'est requise de votre part. Nous réévaluerons les services concernés. Des ajustements pourraient paraître sur vos états de compte subséquents.

1.3 Règle d'application n° 27 – Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

À la [Règle d'application n° 27 – Médecine interne, rhumatologie et gériatrie](#), une limitation aux conditions de facturation est ajoutée.

En médecine interne, vous pouvez facturer un maximum de 3 suppléments de durée par jour, en cabinet privé et en clinique externe, peu importe le lieu de dispensation (codes de facturation **15392, 15394, 15399** et **15401**).

Aucune action n'est requise de votre part. Nous réévaluerons les services concernés. Des ajustements pourraient paraître sur vos états de compte subséquents.

1.4 Règle d'application n° 40 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

La nouvelle [Règle d'application n° 40 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail](#) est ajoutée.

En santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, le nombre de visites principales et de consultations payables à plein tarif est de 8 au total par jour, par médecin, pour tous lieux confondus (codes de facturation **09127, 09147, 09150, 09160, 09162, 09165, 09170, 09171, 09176, 09201, 09212** et **09296**).

Les visites principales ou consultations supplémentaires sont rémunérées, selon le lieu où les services sont rendus, au tarif de la visite principale prévu à la section [Hors discipline de l'onglet B – Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#). Vous devez utiliser les codes de facturation des visites ou consultations habituels, et non ceux prévus à la section *Hors discipline*.

Aucune action n'est requise de votre part. Nous réévaluerons les services concernés. Des ajustements pourraient paraître sur vos états de compte subséquents.

2 Tarification des visites

2.1 Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

Les codes de facturation suivants sont abolis à la section [Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail de l'onglet B – Tarification des visites](#) :

- **09060** Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre;
- **16112** Patient de 85 ans ou plus, supplément;
- **16113** Patient de 85 ans ou plus, supplément;
- **16119** Patient de 85 ans ou plus, supplément;
- **16121** Patient de 85 ans ou plus, supplément;
- **16126** Patient de 85 ans ou plus, supplément;
- **16127** Patient de 85 ans ou plus, supplément;
- **16128** Visite de suivi oncologique;
- **16129** Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps;
- **16130** Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade – longue intervention, par unité de temps (1/4 heure);
- **16131** Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par un problème de mobilité.

Aucune action n'est requise de votre part. Nous réévaluerons les services concernés. Des ajustements pourraient paraître sur vos états de compte subséquents.

2.2 Neurologie, neuropsychiatrie et électroencéphalographie

Lorsque le patient est atteint de sclérose en plaques ou de parkinsonisme, vous pouvez vous prévaloir du supplément à la visite principale (codes de facturation **16067**, **16072**, **16073**, **16074** et **16075**) seulement dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- pour la sclérose en plaques, le supplément est payable seulement :
 - lors de la première visite,
 - si le patient a un EDSS supérieur ou égal à 2,
 - si le patient a une maladie active avec considération d'un changement de traitement;
- pour le parkinsonisme, le supplément est payable seulement :
 - lors de la première visite,
 - si le patient a un score de 2 ou plus à l'échelle de Hoehn et Yahr,
 - si le patient présente des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

S'il y a lieu, vous devez utiliser l'un des éléments de contexte suivants :

- *Patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux;*
- *Patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement;*
- *Patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoehn et Yahr;*
- *Patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.*

Cette modification entre en vigueur le **1^{er} septembre 2022**.

Les changements annoncés à la présente section entrent en vigueur le **1^{er} septembre 2022**, mais seront implantés le **2 décembre 2022**. Nous réévaluerons les services facturés **entre le 1^{er} septembre et le 2 décembre 2022** et, s'il y a lieu, nous récupérerons les montants versés en trop.

3 Préambule général

La [Règle 28 – Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional](#) du Préambule général du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte est modifiée.

Un bloc veineux ou régional est rémunéré à 50 % de sa valeur si le patient est sous les soins concomitants d'un anesthésiologiste.

Lorsque vous effectuez un bloc veineux ou régional afin de permettre qu'un procédé diagnostique et thérapeutique ou qu'une chirurgie ayant la mention PG 28 puisse avoir lieu, vous devez utiliser l'un des codes de facturation suivants selon la situation : **70010**, **70012**, **70015** ou **70016**.

Instructions de facturation

Pour le médecin classé en pédiatrie

Vous devez utiliser le code de facturation **70012** pour facturer ces honoraires en lien avec les codes **00234**, **00249** et **00863**. Pour les autres codes de facturation, utilisez le code **70010**.

Pour le médecin classé en médecine d'urgence

Vous devez utiliser le code de facturation **70016** pour facturer ces honoraires en lien avec les codes **00746**, **00777**, **01011**, **01015**, **01215**, **01216**, **05144**, **06062** et **07068**. Pour les autres codes de facturation, utilisez le code **70010**.

Pour le médecin classé en chirurgie générale

Vous devez utiliser le code de facturation **70015**.

Pour les autres spécialités, sauf la chirurgie générale

Vous devez utiliser le code de facturation **70010**.

Vous devez inscrire l'heure de début du service et, s'il y a lieu, l'élément de contexte *Patient sous les soins concomitants d'un anesthésiologiste*.

Notez que, lorsque vous effectuez un bloc veineux ou régional, vous ne pouvez plus utiliser les codes de facturation **70000**, **70002**, **70005** et **70006**. Ceux-ci doivent être utilisés uniquement pour la sédation-analgésie.

Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} septembre 2022**.

Les changements annoncés à la présente section entrent en vigueur le **1^{er} septembre 2022**, mais seront implantés le **23 septembre 2022**. Nous réévaluerons les services facturés **entre le 1^{er} et le 23 septembre 2022** et, s'il y a lieu, nous récupérerons les montants versés en trop.

c. c. Agences de facturation commerciales