

> 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 le **1^{er} août 2022**.

1 Règles d'application – Cardiologie et médecine interne

L'article 10 est ajouté à la [Règle d'application n° 19](#) et l'article 4 est ajouté à la [Règle d'application n° 27](#). En cardiologie et en médecine interne, lorsque vous facturez une épreuve au dipyridamole (code de facturation **00704**), vous ne pouvez pas vous prévaloir du supplément de consultation en clinique externe, pour le même patient, le même jour.

2 Chirurgie générale

2.1 Visites postopératoires

La [règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie](#) est modifiée. Désormais, en chirurgie générale, les honoraires de la chirurgie comprennent les visites postopératoires rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des 3 jours suivants celui de l'intervention.

2.2 Suppléments liés à l'indice de masse corporelle

En chirurgie générale, pour vous prévaloir de certains suppléments liés à l'indice de masse corporelle (IMC), celui-ci doit être supérieur ou égal à 45. Ainsi, le supplément est modifié aux onglets suivants :

- [F – Peau, phanères, tissu cellulaire sous cutané et muqueuses](#) pour les codes de facturation **01025** à **01028**;
- [H – Système respiratoire](#) pour les codes de facturation **03047** à **03050**;
- [L – Système digestif](#) pour les codes de facturation **05510** à **05513**, sauf pour les chirurgies bariatriques où l'IMC demeure supérieur ou égal à 55.

Instructions de facturation

Vous devez inscrire l'IMC du patient s'il est supérieur ou égal à 45.

Lorsque vous facturez le supplément avec les codes de facturation **05373**, **05375** et **05376**, vous devez utiliser l'élément de contexte **Facturé pour une chirurgie autre que bariatrique**, s'il y a lieu.

3 Changements tarifaires – Allergie et radio-oncologie

À la section [Allergie de l'onglet B – Tarification des visites](#), le tarif de la supervision d'un traitement de remplacement gammaglobuline ou de l'inhibiteur de la c1 estérase (code de facturation **16000**) passe de 79,15 \$ à 25 \$.

À la section [Radio-oncologie de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#), le tarif de la fusion d'image (code de facturation **08565**) passe de 80 \$ à 72 \$.

4 Suppléments pour patient diabétique

À la section [Endocrinologie de l'onglet B – Tarification des visites](#), des précisions sont apportées aux libellés des suppléments pour patient diabétique.

4.1 Codes de facturation 16028, 16030 et 16033

Le libellé des suppléments de visite principale pour patient diabétique non insulino-dépendant type II (codes de facturation 16028, 16030 et 16033) devient « pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un diabète gestationnel ou qu'un diabète sur diète seule ou sur metformine seule, supplément. Maximum 2 par patient, par médecin, par année civile ».

4.2 Codes de facturation 16029, 16031 et 16034

Le libellé des suppléments de consultation pour patient diabétique non insulino-dépendant type II (codes de facturation 16029, 16031 et 16034) devient « pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un LADA, qu'un diabète pancréatoprive ou qu'un diabète gestationnel, supplément ».

4.3 Codes de facturation 15412, 15415, 15423 et 15427

Le libellé des suppléments de visite principale (codes de facturation 15412 et 15423) et de consultation (codes de facturation 15415 et 15427) pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de 18 ans et plus devient « pour patient de 18 ans et plus avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément ».

4.4 Codes de facturation 15411, 15414, 15422 et 15426

Le libellé des suppléments de visite principale (codes de facturation 15411 et 15422) et de consultation (codes de facturation 15414 et 15426) pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans devient « pour patient de moins de 18 ans avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément ».

5 Onglet J – Système cardiaque

À l'onglet [J – Système cardiaque](#), la note liée au code de facturation 04017 est modifiée et un nouveau code de facturation est créé suivant l'ajout d'une nouvelle note.

La référence à l'échographie épiaortique ou épicaordique est retirée de la note liée au code de facturation 04017 et le maximum est ajusté. Vous pouvez vous prévaloir d'un maximum de 3 suppléments par séance pour la réalisation d'angiographie coronarienne ou de mesure du débit coronaire par Doppler (*transit time flow measurement TTFM*). De plus, pour ce même code, vous pouvez vous prévaloir d'un seul supplément par pontage planifié, y compris la thrombo-endarterectomie et l'angioplastie (codes de facturation 04601 à 04606), et le supplément ne peut pas être appliqué sur une reprise de pontage lors de la même séance.

La référence à l'échographie épiaortique ou épicaordique est ajoutée à la nouvelle note. Vous pouvez vous prévaloir d'un supplément de 100 \$ pour une échographie épiaortique ou épicaordique effectuée à la même séance qu'une chirurgie cardiaque. Vous pouvez vous prévaloir d'un maximum d'un supplément par séance. Vous devez utiliser le code de facturation 04059.

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

6 Interventions cardiologiques

À la section [Cardiologie de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#), le libellé du code de facturation 09302 est modifié par l'ajout d'une limitation. Désormais, vous pouvez facturer un maximum de 5 dilatations d'artères additionnelles par session d'hémodynamie, par patient.

c. c. Agences de facturation commerciales