

> Médecins spécialistes

Modification 104 à l'Accord-cadre


Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de la Modification 104 à l'Accord-cadre. La majorité des changements seront appliqués en février 2023 et vous seront présentés dans une prochaine infolettre. La présente infolettre vous fait part des principaux changements appliqués au **5 décembre 2022**.

SOMMAIRE

1	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6).....	2
1.1	Nouveau service médical en allergie et immunologie.....	2
1.2	Modifications aux services médicaux.....	2
2	Abolition des codes pour les services d'arthrographie, de bursographie et de ténographie, ajout de limitations et nouveaux codes pour les services médicaux.....	3
3	Visite en lien avec l'injection intravitréenne (Règle d'application n° 38, Annexe 8).....	4
4	Lettres d'entente adoptées ou modifiées (Annexe 11).....	4
4.1	Lettre d'entente n° 241 – Services rendus par voie de télécommunication aux patients hospitalisés à domicile.....	4
4.2	Lettre d'entente n° 249 – Services rendus en GMF-U dans un contexte d'enseignement.....	4
4.3	Lettre d'entente n° A-98 – Services en chirurgie plastique à l'unité des grands brûlés de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.....	5
5	Hausse de tarifs en anesthésiologie dans les centres de douleur chronique (Annexe 41).....	5

c. c. Agences de facturation commerciales

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)

Instructions de facturation

Nous serons prêts à recevoir votre facturation à compter du **5 décembre 2022**.

Pour les dispositions qui entrent en vigueur rétroactivement, à moins d'indication contraire, vous avez **90 jours** à compter du **5 décembre 2022** pour facturer vos services, le cas échéant.

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

De nombreux services du [Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#) sont modifiés. Les changements suivants entrent en vigueur le **5 décembre 2022**, sauf indication contraire.

1.1 Nouveau service médical en allergie et immunologie

En allergie et immunologie, le nouveau service « Progression d'immunothérapie orale alimentaire, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation » ([code de facturation 20543](#)) est ajouté à l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. Il est réservé au médecin spécialiste en allergie et immunologie. Ce service ne peut pas être facturé avec une visite le même jour, pour le même patient, par le même médecin.

Au [tableau Allergie](#) de la rémunération mixte de l'Annexe 38, ce nouveau service est ajouté au supplément d'honoraires de 45 %.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} mars 2022**.

Dans l'[infolettre 287](#) du 2 mars 2022, nous vous demandons de retenir votre facturation. À compter du **5 décembre 2022**, vous avez **90 jours** pour facturer vos services rétroactivement au **1^{er} mars 2022**.

1.2 Modifications aux services médicaux

Au *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, vous trouverez des ajouts, des changements ou de nouvelles notes pour les services suivants.

À l'onglet *B – Tarification des visites* :

- en [médecine interne](#) et en [médecine nucléaire](#), des limitations sont modifiées pour la participation aux cliniques des tumeurs (code de facturation **09168**);
- en [ophtalmologie](#), des limitations sont ajoutées ou modifiées pour les services médicaux codifiés **15004, 15018, 15019, 15023, 15178, 15181, 15532** et **15534**.

À l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* :

- en allergie, la note est modifiée sous le [service codifié 20104](#) et entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} mars 2022**;
- le service de « Capillaroscopie péri-unguéale » ([code de facturation 00353](#)) est payable en cabinet au tarif de 54,50 \$, et ce, rétroactivement au **1^{er} février 2020**.

À l'onglet *D – Anesthésiologie* :

- la [valeur de l'unité](#) d'anesthésie passe de 17,73 \$ à 18,46 \$ rétroactivement au **1^{er} octobre 2021**;

Nous réévaluerons votre facturation. Les ajustements paraîtront à vos états de compte à compter de février 2023. Aucune action n'est requise de votre part.

- le libellé est modifié et une note est ajoutée pour le service « Anesthésie générale ou sédation profonde avec contrôle des voies aériennes pour chirurgie de la cataracte » ([code de facturation 41010](#)).

À l'onglet *F – Peau, phanères, tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses* :

- une note est modifiée sous la section [Chimiochirurgie pour cancer \(technique de Mohs micrographique\)](#) (codes de facturation **01302** et **01303**);
- les libellés sont modifiés pour les services d'excision chirurgicale sous la section [Verrue et molluscum contagiosum](#) (codes de facturation **01222** et **01223**).

À l'onglet *G – Musculo-squelettique* :

- une note est ajoutée pour le service de [Décompression](#) de la moelle ou de la queue de cheval au niveau lombaire (code de facturation **02755**), dorsal ou cervical (code de facturation **02758**).

À l'onglet *J – Système cardiaque* :

- en [cardiologie](#), les libellés sont modifiés et des notes sont ajoutées ou modifiées pour les services codifiés [04021](#), [04512](#), [04588](#) et [04608](#). Le code **04021** devient un supplément et son tarif en rôle 2 est retiré.

À l'onglet *L – Système digestif* :

- des précisions et des modifications aux unités d'anesthésie sont ajoutées pour les services d'exérèse des sections [Rectum](#) et [Anus](#) (codes de facturation **05144**, **05175**, **05179**, **05180** et **05181**);
- le libellé est modifié pour le [service codifié 05467](#) sous *Réparation* de la section *Abdomen, péritoine et épiploon* et entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2017**.

2 Abolition des codes pour les services d'arthrographie, de bursographie et de ténographie, ajout de limitations et nouveaux codes pour les services médicaux

Tous les changements suivants entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juillet 2021**.

Les codes pour les services d'arthrographie, de bursographie ou de ténographie ([codes de facturation 08112, 08114 et 08116](#)) de l'onglet *H – Radiologie diagnostique* du [Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement](#) sont abolis.

De plus, à l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, des notes sont ajoutées sous les codes de facturation [00178](#) et [20598](#). Dorénavant, ces services **ne peuvent pas** être facturés par un médecin radiologiste lorsqu'ils sont effectués sous guidage fluoroscopique.

Toutefois, un nouveau code de facturation et un supplément sont ajoutés et réservés à l'usage des médecins radiologistes :

- injection, unique ou multiple, sous contrôle fluoroscopique dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction et les graphies du site de l'injection, prises pendant ou après celle-ci, à la même séance. Ce code n'est pas applicable pour une injection dans les foramens vertébraux ou dans les articulations facettaires (code de facturation [20599](#));
- supplément pour la composante technique en cabinet (code de facturation [20600](#)).

Ces actes sont payés au plein tarif puisqu'ils ne sont pas soumis à la Règle 8.1 du *Préambule général*.

Instructions de facturation

Pour les services facturés depuis le **1^{er} juillet 2021**, vous avez **60 jours** à compter du **5 décembre 2022** pour :

- remplacer les codes de facturation **08112**, **08114** et **08116** par les codes qui correspondent aux services rendus;
- annuler les services codifiés **00178** et **20598** effectués sous guidage fluoroscopique et les remplacer par les nouveaux codes appropriés, s'il y a lieu.

Au terme de ces **60 jours**, nous réévaluerons les services concernés. Des ajustements pourraient paraître à vos états de compte à compter de février 2023.

3 Visite en lien avec l'injection intravitréenne (Règle d'application n° 38, Annexe 8)

Le dernier paragraphe de la [Règle d'application n° 38 – Ophtalmologie](#) est modifié et des précisions sont ajoutées.

Le traitement par injection intravitréenne (codes de facturation 07331, 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060) n'est pas payable s'il est facturé avec une visite ou une consultation (codes de facturation 09252 à 09255, 09281, 09283, 15099 ou 15101).

Toutefois, le traitement par injection devient payable lorsque le service d'injection est rendu par un autre médecin et que la visite n'est pas liée au suivi ou au traitement par injection intravitréenne. Vous devez utiliser l'élément de contexte *Visite non liée au suivi ou au traitement par injection intravitréenne*.

Ces changements entrent en vigueur rétroactivement au 1^{er} octobre 2021.

Nous réévaluerons votre facturation. Des ajustements pourraient paraître à vos états de compte à compter de février 2023. Aucune action n'est requise de votre part.

4 Lettres d'entente adoptées ou modifiées (Annexe 11)

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

4.1 Lettre d'entente n° 241 – Services rendus par voie de télécommunication aux patients hospitalisés à domicile

La *Lettre d'entente n° 241* est modifiée par l'ajout de l'[article 13.7](#). Les établissements visés sont désignés par les parties négociantes. À partir de leur établissement, les médecins peuvent rendre des services en télémédecine à leurs patients hospitalisés à domicile. La tarification en hospitalisation s'applique à ces services.

Si vous êtes visé par cette modalité, lors de la facturation, vous devez inscrire :

- l'élément de contexte *LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière à domicile dans le cadre de la COVID-19* ainsi que l'élément de contexte *Télémédecine par téléphone* ou *Télémédecine par visioconsultation*;
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché (l'établissement désigné);
- le secteur d'activité *Hospitalisation*;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au 11 janvier 2022.

4.2 Lettre d'entente n° 249 – Services rendus en GMF-U dans un contexte d'enseignement

La [Lettre d'entente n° 249 concernant la pratique des médecins spécialistes en GMF-U](#) est adoptée. Elle vise les services que vous êtes appelé à rendre dans un GMF-U rattaché à votre établissement, dans un contexte d'enseignement.

Pour les activités offertes en GMF-U, vous pouvez vous prévaloir de vos modalités de rémunération habituelles. La rémunération est établie selon la tarification applicable en clinique externe.

Les services rendus dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 249* doivent être facturés avec le numéro du GMF-U. La liste des GMF-U en établissement est disponible dans la page Web [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord\)](#).

4.2.1 Mode de rémunération mixte – Postes en pool de service

Le mode de rémunération mixte est permis selon des postes en pool de service qui sont autorisés par les parties négociantes. Un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit nous transmettre les informations relatives à l'autorisation d'un membre en pool de service au moyen du formulaire [Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence \(Spécialistes\)](#) (3121). Le formulaire est disponible dans le service en ligne [Établissements du réseau de la santé](#).

4.2.2 Approbation des demandes de paiement en rémunération mixte et registre des signataires autorisés – Établissements

Pour le médecin rémunéré selon le mode mixte, un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit contresigner la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743).

L'établissement doit :

- nous transmettre les informations sur les personnes qui seront désignées signataires autorisés dans les GMF-U visés;
- remplir le formulaire [Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé](#) (1907) et nous le transmettre par courriel à l'adresse Delegation_signatures@ramq.gouv.qc.ca, plutôt que par la poste comme indiqué sur le formulaire.

4.3 Lettre d'entente n° A-98 – Services en chirurgie plastique à l'unité des grands brûlés de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

La [Lettre d'entente n° A-98 concernant les services dispensés par les médecins spécialistes en chirurgie plastique dans le cadre du code orange survenu le 20 septembre 2021](#) est adoptée.

Malgré ce que prévoit l'Annexe 39, la rémunération des autres soins médicaux ou chirurgicaux donnés aux patients de l'unité de grands brûlés est accordée, de façon exceptionnelle, aux médecins spécialistes en chirurgie plastique ayant prêté main forte à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus durant la période comprise entre le 20 septembre et le 8 octobre 2021. Les [médecins nommés](#) à la *Lettre d'entente n° A-98* sont rémunérés à l'acte.

Le médecin visé par l'Annexe 39 qui demande le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité ne peut pas facturer le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient (codes de facturation **15016** et **15017**) si l'un des médecins visés à la *Lettre d'entente n° A-98* a facturé des services médicaux pour ce patient, sauf s'il s'agit de l'assistance chirurgicale.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **20 septembre 2021**.

5 Hausse de tarifs en anesthésiologie dans les centres de douleur chronique (Annexe 41)

À l'[Annexe 41](#), la **valeur de l'unité** prévue à l'article 4 passe de 56 \$ à 62 \$.

Conséquemment, les tarifs sont augmentés pour les services suivants dans les centres de douleur chronique :

- le [forfait quotidien de douleur chronique](#) (code de facturation **19342**);
- le [forfait de prise en charge de patient](#) pour l'évaluation initiale (code de facturation **15074**) et pour les visites subséquentes (code de facturation **15075**);
- les services nommés à l'article 3 ii).

Ces changements entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2021**.

Nous réévaluerons votre facturation. Des ajustements paraîtront à votre état de compte à compter de février 2023. Aucune action n'est requise de votre part.