



> Médecins spécialistes

Modification 109 à l'Accord-cadre

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu de la Modification 109 à l'Accord-cadre.

Nous vous présentons les principaux changements. Certains ajustements sont apportés par concordance.

À moins d'avis contraire, les changements entrent en vigueur le **20 octobre 2023**. Nous serons prêts à recevoir votre facturation à partir de cette date.

Certains changements vous ont déjà été présentés dans l'[infolettre 114](#) du 12 juillet 2023.

SOMMAIRE

1	Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4).....	2
2	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6).....	5
3	Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7).....	7
4	Règles d'application et plafonnements (Annexe 8).....	8
5	Lettres d'entente	8
6	Rémunération mixte	10
7	Programme Agir tôt (Annexe 48).....	11
8	Protocole d'accord – Pédiatrie	12
9	Changement au service médical 09683.....	12

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)

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

Les changements suivants sont apportés au *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

1.1 Préambule général

1.1.1 Soins d'urgence

La [règle 14.2](#) est modifiée. Pour déterminer la majoration d'un procédé diagnostique et thérapeutique, nous retenons l'heure de début de celui-ci. Toutefois, si le procédé diagnostique et thérapeutique est réalisé à l'occasion d'une visite ou d'une chirurgie, nous retenons l'heure de début de la visite ou de la chirurgie.

1.2 Addendum 3 – Psychiatrie

1.2.1 Thérapie psychiatrique

L'[article 1.3 de l'Addendum 3 – Psychiatrie](#) est modifié. Un maximum d'une thérapie familiale par jour, par patient, peut être facturé.

L'[article 1.6](#) est ajouté. Un maximum d'une thérapie de groupe par jour, par patient, peut être facturé.

1.2.2 Visites et thérapies

L'[article 4.2](#) est ajouté. Vous ne pouvez pas facturer une thérapie psychiatrique si vous avez déjà facturé la supervision d'un traitement de kétamine (codes de facturation **08966** à **08969**, **08995** et **08996**) ou la stimulation magnétique transcrânienne (codes de facturation **15573**, **15574**, **15586**, **15587**, **15686** et **15687**) pour un même patient le même jour.

Une note est ajoutée sous les services *Supervision d'un traitement de kétamine* (codes de facturation **08966** à **08969**, **08995** et **08996**) et *Stimulation magnétique transcrânienne* (codes de facturation **15573**, **15574**, **15586**, **15587**, **15686** et **15687**). Ces services peuvent être facturés une fois par jour, par patient.

1.2.3 Visite de proximité

La [règle 8](#) concernant la visite de proximité est ajoutée.

Un médecin psychiatre peut effectuer une visite de proximité pour le compte d'un établissement auprès d'un patient dans le but d'évaluer sa condition psychiatrique.

La visite de proximité peut avoir lieu en dehors d'un établissement dans les endroits suivants :

- dans un lieu de résidence;
- dans un lieu de fréquentation régulière (refuge, centre de jour ou autre lieu dans la communauté).

La visite de proximité est payable du lundi au vendredi.

Le tarif de la visite de proximité est de 300 \$ (code de facturation **15481**).

Pour le lieu de dispensation, inscrivez le numéro de l'établissement pour le compte duquel vous effectuez la visite.

Vous ne pouvez pas facturer :

- une visite de proximité si vous avez déjà facturé une autre visite pour un même patient, le même jour;
- plus d'une visite de proximité du lundi au vendredi pour un même patient;
- plus de 5 visites de proximité par jour.

1.3 Addendum 4 – Chirurgie

1.3.1 Chirurgies distinctes

Un alinéa est ajouté à la [règle 9.2 de l'Addendum 4 – Chirurgie](#) suivant l'abolition de la règle d'application 4 (voir la [section 4.1](#) de la présente infolettre). En obstétrique-gynécologie, si l'expertise d'un autre médecin spécialiste classé dans la même discipline est requise pour pratiquer une chirurgie du sein, cet autre médecin peut se prévaloir du plein tarif pour la chirurgie principale du sein.

Il doit utiliser l'élément de contexte *Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique ou gynécologie* lors de sa facturation.

1.3.2 Chirurgie complexe ou robotique

1.3.2.1 Chirurgie complexe

Le [2^e paragraphe de la règle 11.1](#) est modifié. Si vous êtes un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et qu'un médecin de la même discipline a déjà facturé, pour un patient, un forfait pour chirurgie complexe de 4 heures ou plus, **pour la même période anesthésiologique**, vous ne pouvez facturer aucuns honoraires pour ce patient à l'exception d'un prélèvement de lambeau microanastomosé (codes de facturation **01425** et **01426**). Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'[article 1.1 de l'Annexe 15](#). Cette modification entre en vigueur le **20 octobre 2023**.

1.3.2.2 Chirurgie robotique

La [règle 11.2](#) est ajoutée et le titre de la règle 11 est modifié pour « Forfait pour chirurgie complexe ou robotique ». Si vous êtes un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, vous pouvez facturer le forfait pour chirurgie robotique d'une durée de 2 heures ou plus (codes de facturation **05981** à **05984**). Au cours de la durée anesthésiologique, seuls les honoraires additionnels de la [règle 15 de l'Addendum 4 – Chirurgie](#) peuvent être facturés en plus du forfait.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Unités
05981	Forfait pour chirurgie robotique – Durée anesthésiologique d'au moins 2 heures	720	18
05982	Forfait pour chirurgie robotique – Par 15 minutes additionnelles complétées	90	—
05983	Forfait pour chirurgie robotique – Chirurgien collaborateur, durée anesthésiologique d'au moins 2 heures	648	—
05984	Forfait pour chirurgie robotique – Chirurgien collaborateur, par 15 minutes additionnelles complétées	81	—

Pour les services codifiés **05982** et **05984**, inscrivez la durée additionnelle de l'intervention. Pour les services codifiés **05983** et **05984**, le rôle 1 est obligatoire.

Excepté pour le médecin collaborateur qui est également rémunéré sous forme de forfait, le médecin classé dans la même discipline ne peut facturer aucuns honoraires pour le patient pour la durée anesthésiologique. De même, aucun médecin ne peut facturer l'assistance chirurgicale (rôle 4) pour une chirurgie robotique pour ce patient la même journée. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **7 novembre 2018**.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **7 novembre 2018** ou pour modifier votre facturation déjà transmise.

1.4 Addendum 5 – Musculo-squelettique

1.4.1 Chirurgie tumorale ou oncologique complexe et chirurgie plastique ou orthopédique

Les règles [10](#) et [13](#) de l'Addendum 5 – Musculo-squelettique sont modifiées. Lorsque vous facturez les forfaits précisés aux règles 10 et 13, vous pouvez vous prévaloir des honoraires additionnels prévus à la règle 15 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

L'entrée en vigueur de cette modification est à portée déclaratoire.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1^{er} avril 2016** ou pour modifier votre facturation déjà transmise.

1.4.2 Chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique

La [règle 14](#) est ajoutée. Si vous êtes un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait pour chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de plus de 3 heures (codes de facturation **18185** à **18193**) lorsque les 3 conditions suivantes sont respectées :

- vous exercez principalement auprès d'une clientèle pédiatrique;
- vous êtes désigné par les parties négociantes dans le cadre du modèle de la rémunération mixte de la chirurgie orthopédique;
- la chirurgie complexe est rendue à un patient de moins de 16 ans.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Unités
18185	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	1 050	15
18186	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 350	18
18187	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 650	18
18188	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 950	18
18189	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 250	18
18190	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie	2 550	21

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Unités
	orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total		
18191	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 850	21
18192	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 550	21
18193	Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique – Durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 200	21

Pour la durée anesthésiologique, seule l'assistance opératoire peut être facturée par un médecin de la même discipline pour ce patient.

Lorsque vous facturez les forfaits précisés à la règle 14, pour la durée anesthésiologique, seuls les honoraires additionnels de la [règle 15 de l'Addendum 4 – Chirurgie](#) peuvent être facturés en plus du forfait.

1.5 Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie

1.5.1 Supplément de consultation

L'[article 7.1 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie](#) est modifié. Vous pouvez vous prévaloir du supplément de consultation pour une patiente **suspectée** être atteinte d'un cancer gynécologique.

Par concordance, les libellés des services codifiés **15140** et **15143** sont également modifiés.

L'entrée en vigueur de cette modification est à **portée déclaratoire**.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1^{er} avril 2016** ou pour modifier votre facturation déjà transmise.

L'[article 7.1](#) est remplacé. Pour se prévaloir du supplément de consultation, le médecin spécialiste en gynécologie-oncologie n'a plus à être désigné. Toutefois, il doit détenir un certificat de spécialiste en oncologie gynécologique reconnu par le Collège des médecins du Québec.

Cette modification entre en vigueur le **20 octobre 2023**.

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

De nombreux changements sont apportés à l'Annexe 6 du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*. Ces changements entrent en vigueur le **20 octobre 2023**, à moins d'avis contraire. Consultez le [tableau-synthèse](#) ou votre entente.

2.1 Chirurgie

À la section [Abdomen, péritoine et épiploon de l'onglet L – Système digestif](#), le libellé du service *Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale intra-abdominale à la même séance opératoire* (code de facturation **05118**) est modifié. L'entrée en vigueur de cette modification est à **portée déclaratoire**.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1^{er} avril 2016** ou pour modifier votre facturation déjà transmise. Nous réévaluerons les services déjà facturés.

2.2 Néphrologie

La supervision du traitement par dialyse péritonéale, à domicile, ainsi que la supervision du traitement par hémodialyse, à domicile, font désormais référence à la période du lundi au dimanche plutôt que par mois (codes de facturation **15035**, **15036**, **15050** et **15051**).

Cette modification sera appliquée à compter du **lundi 30 octobre 2023**.

2.3 Gastro-entérologie

Les nouveaux services suivants peuvent être facturés pour une coloscopie du côlon ascendant dans le cadre de l'exérèse de polypes :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Unités
20277	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28) – 1 à 3 polypes	238,45	4
20278	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28) – 4 à 7 polypes	290,35	4
20279	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28) – 8 à 10 polypes	353,25	4
20280	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28) – 11 polypes et plus	400,00	4
20281	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28) – si polype(s) de plus de 4 cm	445,00	4

Vous ne pouvez pas facturer ces services (codes de facturation **20277** à **20281**) ni le service *Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)* (code de facturation **00697**) avec le service *Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément* (code de facturation **00749**) le même jour.

Vous pouvez facturer la coloscopie pour un polype de plus de 4 cm (code de facturation **20281**) **uniquement** si la procédure dure 45 minutes et plus et que le matériel pathologique est récupéré.

Indiquez l'heure de début et l'heure de fin du service.

Les codes de facturation **20277** à **20281** sont mutuellement exclusifs.

2.4 Hématologie-oncologie

Pour faire suite aux informations données à la section 2.2 de l'[infolettre 114](#) du 12 juillet 2023, le service *Supervision d'un traitement antinéoplasique par voie orale nécessitant un monitoring paraclinique excluant la corticothérapie, le tamoxifène et les inhibiteurs de l'aromatase ou de la 5 alpha-réductase* (code de facturation **20084**) entre en vigueur rétroactivement au **5 septembre 2017**.

Vous pouvez facturer ce service pour la durée du cycle prévu, lors d'une visite médicale.

Vous ne pouvez pas le facturer avec le service *Supervision de l'administration de chimiothérapie* (code de facturation **00734**) le même jour.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **5 septembre 2017** ou pour modifier votre facturation déjà transmise.

2.5 Chirurgie du glaucome

Pour une chirurgie minimalement invasive du glaucome, vous pouvez facturer les nouveaux services suivants :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
07124	Intervention intraoculaire au niveau du canal de Schlemm ou de l'espace suprachoroidien par implantation d'un ou plusieurs tuteurs ou trabéculotomie chirurgicale (par exemple : istent ou trabectome ou semblable)	338,50
07125	Procédure filtrante ab externo ou ab interno par implantation de microtube entre la chambre antérieure et l'espace sous-conjonctival (par exemple : Xen ou preserflo ou semblable)	650,00
07126	Trabéculotomie transluminale assistée par gonioscopie	507,75

Vous pouvez facturer l'intervention intraoculaire (code de facturation **07124**) lors de l'utilisation des techniques ou instruments suivants (liste non exhaustive) : trabectome, tuteur trabéculaire, Cypass ou semblable.

Les services ci-dessus ne peuvent être facturés avec les services codifiés **07237**, **07045** et **07800** le même jour.

3 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

Des modifications sont apportées au *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*. Ces changements entrent en vigueur le **20 octobre 2023**, à l'exception du service codifié **60442**, qui entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2020**. Consultez le [tableau-synthèse](#) ou votre entente.

Les nouveaux services suivants peuvent être facturés :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
08361	Drainage des voies biliaires sous écho-endoscopie, incluant la ponction des voies biliaires sous écho-endoscopie, la pose d'un fil guide et drainage par insertion d'une prothèse entre les voies biliaires et l'estomac ou le duodénum	374,97
08362	Création d'une gastro-jéjunostomie par écho-endoscopie, incluant la ponction du jéjunum, la pose d'un fil guide et l'insertion d'une prothèse entre l'estomac et une anse du jéjunum	374,97
60442	Interprétation et émission d'un rapport sur des données de	30,00

	séquençage de nouvelle génération pour dépistage des aneuploïdies fœtales (TGPNI) dans le cadre du Programme québécois de dépistage prénatal	
--	--	--

Vous ne pouvez pas utiliser les codes de facturation **08361** et **08362** avec les codes **08348**, **08349** et **60704**, ni avec aucun autre service de l'onglet C – *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* à la même séance.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer le service *Interprétation et émission d'un rapport sur des données de séquençage de nouvelle génération pour dépistage des aneuploïdies fœtales (TGPNI) dans le cadre du Programme québécois de dépistage prénatal* (code de facturation **60442**) rétroactivement au **1^{er} juin 2020**.

4 Règles d'application et plafonnements (Annexe 8)

Les changements suivants sont apportés à l'Annexe 8 du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

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

La règle d'application n° 4 est abrogée.

Vous ne devez plus utiliser les éléments de contexte *Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours de la même séance en obstétrique-gynécologie* et *Obstétricien-gynécologue assistant un chirurgien d'une autre discipline* à compter du **20 octobre 2023**.

Si vous êtes un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie, vous êtes maintenant soumis aux règles générales relatives aux procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples ([règle 8 du Préambule général](#)) et des chirurgies multiples ([règle 8 de l'Addendum 4](#)). Selon la situation, vous devez donc utiliser les éléments de contexte *PDT multiple exécuté lors d'une même séance* ou *Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance* (voir la [section 1.3.1](#) de la présente infolettre).

4.2 Règle d'application n° 6

Le service médical *Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique* (codes de facturation **18185** à **18193**) est ajouté à la [liste des prestations de soins ne donnant pas ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence](#).

4.3 Plafonnements de gains de pratique

La dernière phrase de l'[article 3.14.2 de la section Plafonnements de gains de pratique](#) est retirée.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2021**.

5 Lettres d'entente

Les changements suivants sont apportés à l'Annexe 11. A – *Lettres d'entente numérotées* de la Brochure n° 1.

5.1 Lettre d'entente n° 171-B

L'article 9 de la *Lettre d'entente n° 171-B* est aboli. Les articles suivants sont renumérotés en conséquence. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **2 juin 2019**.

5.2 Lettre d'entente n° 172

Dans la [Lettre d'entente n° 172](#), le tarif des services suivants est modifié :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
98005	Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé	500
98006	Évaluation psychiatrique en vue de déterminer la responsabilité criminelle d'un accusé	1 500
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	1 000

À l'[article 2](#), la mention « médecin psychiatre ou gériatre » est remplacée par « médecin spécialiste ». Ainsi, tout médecin spécialiste qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation a droit à une rémunération de 1 295 \$ par demi-journée de disponibilité (code de facturation 98012).

5.3 Lettre d'entente n° 241

L'[article 13 de la Lettre d'entente n° 241](#) est modifié. L'[Annexe 48](#) est ajoutée à la [liste des ententes visées](#). Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **6 avril 2023**.

5.4 Lettre d'entente n° 253

L'[article 2.2 de la Lettre d'entente n° 253](#) est modifié. Les médecins spécialistes en urologie ou en obstétrique-gynécologie qui effectuent un stage pratique de formation ou de perfectionnement en chirurgie de retrait d'une bandelette sous-urétrale sont désignés par les parties négociantes. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2023**.

5.5 Lettre d'entente n° 254

La [Lettre d'entente n° 254 concernant la lecture et l'interprétation d'analyses moléculaires spécifiques à la génétique médicale à distance afin d'éviter un bris de service](#) est ajoutée et entre en vigueur rétroactivement au **24 janvier 2023**.

Si vous êtes un médecin spécialiste en **génétique médicale**, vous pouvez procéder à distance, par un système sécurisé, à la lecture et à l'interprétation des analyses moléculaires effectuées dans une installation en bris de service pendant toute la période ou une partie.

Vous devez être désigné par les parties négociantes pour vous prévaloir des modalités de rémunération de la présente lettre d'entente.

Modalités de rémunération

Pour les services que vous rendez à distance, vous pouvez vous prévaloir de la tarification applicable en laboratoire de génétique.

La rémunération différente de l'Annexe 19 s'applique selon le lieu à partir duquel vous rendez le service.

Instructions de facturation

Pour le lieu de dispensation, indiquez le numéro de l'établissement à partir duquel vous effectuez la lecture et l'interprétation de l'analyse moléculaire.

Pour le lieu en référence, indiquez :

- le type de référence du lieu en référence *Lieu où se trouve le patient (télémédecine)*;
- le numéro de l'établissement où le service d'interprétation serait normalement rendu pour le patient.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **24 janvier 2023**.

6 Rémunération mixte

Les changements suivants sont apportés aux [tableaux de l'Annexe 38 – Rémunération mixte de la Brochure no 5 – Médecins spécialistes](#).

6.1 Chirurgie générale

Les codes de facturation **01250**, **01253** et **01254** sont retirés de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 69 %.

Le nouveau code de facturation **20281** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 55 %.

6.2 Chirurgie orthopédique

Les nouveaux codes de facturation **18185 à 18193** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

6.3 Chirurgie vasculaire

Le code de facturation **01250** est retiré de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 64 %.

Les codes de facturation **04050** et **04051** sont retirés de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 65 %.

6.4 Gastro-entérologie

Les nouveaux codes de facturation **08361**, **08362**, **20277 à 20281** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 53 % et le code de facturation **20039** en est retiré.

Le code de facturation **00734** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %

Les nouveaux codes de facturation **08361**, **08362**, **20277 à 20281** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 % lorsque les services sont rendus à un patient de moins de 18 ans.

6.5 Hémato-oncologie

Le nouveau code de facturation **20084** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 90 % : rétroactivement au **5 septembre 2017** (Groupes A et B) et au **1^{er} juillet 2023**.

6.6 Médecine interne

Les nouveaux codes de facturation **20277 à 20281** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 60 %.

6.7 Ophtalmologie

Les nouveaux codes de facturation **07124 à 07126** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 88 %.

6.8 Oto-rhino-laryngologie

Les nouveaux codes de facturation **05981 à 05984** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 80 % ainsi que du supplément d'honoraires de 98 % lorsque les services sont rendus à un patient de moins de 3 ans.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **7 novembre 2018**.

6.9 Pédiatrie

Les nouveaux codes de facturation **20277 à 20281** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 85 %.

Les nouveaux codes de facturation **15059 à 15064** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %. L'ajout de ces nouveaux codes entre en vigueur rétroactivement au **6 avril 2023**.

6.10 Psychiatrie

Le nouveau code de facturation **15481** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 65 %.

7 Programme Agir tôt (Annexe 48)

La nouvelle [Annexe 48 visant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes qui agissent comme pédiatres répondants ou pédiatres consultants dans le cadre du programme Agir tôt](#) entre en vigueur rétroactivement au **6 avril 2023**.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **6 avril 2023**.

Elle vise l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes qui assument la fonction de pédiatre répondant ou pédiatre consultant dans le cadre du programme Agir tôt.

Le programme Agir tôt vise à détecter rapidement les enfants susceptibles de présenter des vulnérabilités développementales.

Vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération de l'Annexe 48 pour les activités professionnelles exercées en dehors du programme.

7.1 Pédiatre répondant

Dans le cadre du programme Agir tôt, le pédiatre répondant soutient les équipes multidisciplinaires dans l'évaluation de la clientèle visée par le programme. Lorsque cela est requis, le pédiatre répondant oriente notamment la clientèle, à la demande d'un médecin ou d'un intervenant du programme, et ce, sans contact direct avec le patient concerné.

Désignation

Si vous souhaitez être reconnu à titre de pédiatre répondant pour le programme, votre établissement, à la demande du département de pédiatrie, doit envoyer une demande de désignation au comité conjoint MSSS-FMSQ.

Modalités de rémunération

Pour vos activités de soutien à l'équipe multidisciplinaire rendues dans le cadre du programme, vous pouvez être rémunéré selon un tarif horaire de **300 \$** (code de facturation **19734**). Vous pouvez vous en prévaloir du lundi au vendredi, y compris les jours fériés, pour une période minimale de 120 minutes continues et maximum 7 heures par jour. La dernière heure est rémunérée au prorata, par 15 minutes continues et complétées.

Lors de votre facturation, inscrivez :

- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

Lorsque vous vous prévaluez de la tarification horaire, vous ne pouvez facturer aucuns autres honoraires pour la même période.

Si vous devez remettre un rapport écrit à la suite de vos activités de soutien, vous pouvez vous prévaloir d'une rémunération de 125 \$ (code de facturation **15052**). Le temps consacré à la préparation, à la rédaction et à la transmission du rapport ne peut être comptabilisé dans le cumul de vos heures à tarif horaire pour vos activités de soutien à l'équipe multidisciplinaire.

Si vous êtes **rémunéré selon le mode mixte**, vos activités de soutien (code de facturation **19734**) sont payables selon un supplément d'honoraires de 80 % et la rédaction du rapport (code de facturation **15052**), selon un supplément d'honoraires de 100 %.

7.2 Pédiatre consultant

Le pédiatre consultant prend en charge la clientèle du programme suivant une demande de consultation d'un intervenant ou d'un médecin du programme.

Pour la tarification des soins que vous rendez dans le cadre du programme et les instructions de facturation, consultez la [liste des services tarifés des pédiatres consultants auprès de la clientèle Agir tôt](#) disponible à l'annexe de l'Annexe 48.

Les services que vous rendez sont assujettis aux règles de tarification prévues aux annexes 4 et 38.

8 Protocole d'accord – Pédiatrie

Le *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en pédiatrie* est modifié. Les changements entrent en vigueur rétroactivement au **2 mai 2022**.

Désormais, le protocole d'accord prévoit également la rémunération d'un autre médecin spécialiste en pédiatrie qui exerce le rôle de coordonnateur clinique des transferts urgents vers des unités de soins intensifs pédiatriques.

Ainsi, si vous agissez à ce titre, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de 264 \$ par jour (code de facturation **19630**).

Un maximum d'un forfait est payable pour chacun des coordonnateurs par période de 24 heures.

Les parties négociantes désignent les médecins spécialistes qui peuvent se prévaloir des modalités de ce protocole.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **2 mai 2022** ou pour modifier votre facturation déjà transmise.

9 Changement au service médical 09683

Dans l'[infolettre 329](#) du 27 janvier 2023, nous vous informions de changements apportés par la Modification 104. La date d'entrée en vigueur d'un de ces changements a été modifiée. Ainsi, le service *Interprétation et émission d'un rapport sur des données de séquençage de nouvelle génération pour dépistage des aneuploïdies fœtales (TGPNII) dans le cadre du Programme québécois de dépistage prénatal* (code de facturation **09683**) prend effet le **1^{er} juin 2020**. Son ajout à la note au-dessus du code de facturation **09663** et à la liste du supplément d'honoraires de 60 % de la génétique médicale prend également effet à cette date.

Vous avez **90 jours** à compter du **20 octobre 2023** pour facturer les services rendus du **1^{er} juin 2020** au **31 janvier 2023**.