

> 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 présente infolettre vous fait part des principaux changements appliqués au **1^{er} février 2023**.

Pour connaître les changements qui ont déjà été mis en place, consultez les infolettres suivantes :

- l'[infolettre 255](#) du 29 novembre 2022;
- l'[infolettre 202](#) du 12 octobre 2022 concernant la garde en disponibilité en anesthésiologie à l'Hôpital d'Amos (*Lettre d'entente n° 250*);
- l'[infolettre 168](#) du 7 septembre 2022 concernant la facturation des services de radiologie requis par les physiothérapeutes.

À moins d'avis contraire dans l'infolettre, les changements présentés entrent en vigueur le **1^{er} février 2023**.

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)

SOMMAIRE

1	Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)	3
1.1	Préambule général	3
1.2	Onglet B – Tarification des visites	4
1.1	Addendum 4 – Chirurgies distinctes en ophtalmologie	4
2	Anesthésiologie – Onglet D et Annexe 39	4
2.1	Règle 1. Honoraire global	5
2.2	Règle 4.3 – Calcul de la durée d’une anesthésie par période de 15 minutes complétées	5
2.3	Abolition de la Règle 6 – Procédure diagnostique pré-chirurgicale	5
2.4	Règle 8 – Anesthésiologiste collaborateur	5
2.5	Règle 12 – Interventions ne donnant plus droit à la majoration d’honoraires de 29 %	5
2.6	Ajout de la Règle 16 – Complexité anesthésique	6
2.7	Annexe 39 – Tarifs anesthésiologiques dans les unités de grands brûlés en centre hospitalier	6
3	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)	6
4	Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)	6
4.1	Privilèges en échographie cardiaque pour les anesthésiologistes	7
4.2	Établissements du réseau de la santé	7
5	Règles d’application (Annexe 8)	7
5.1	Règle d’application n° 6 – Honoraires non majorés en urgence	7
5.2	Règle d’application n° 19 – Cardiologie	7
6	Lettre d’entente n° 180 (Annexe 11. A)	7
7	Rémunération mixte (Tableaux des suppléments d’honoraires de l’Annexe 38)	7
7.1	Anesthésiologie	7
7.2	Chirurgie générale	7
7.3	Dermatologie	8
7.4	Génétique médicale	8
7.5	Neurochirurgie	8
7.6	Ophtalmologie	8
7.7	Oto-rhino-laryngologie	8
7.8	Psychiatrie	8
8	Protocole d’accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d’une table régionale de prévention des infections nosocomiales	8

Instructions de facturation

Nous serons prêts à recevoir votre facturation à compter du **1^{er} février 2023**.

Pour les dispositions qui entrent en vigueur rétroactivement, vous avez **90 jours** à compter du **1^{er} février 2023** pour facturer vos services.

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

1.1 Préambule général

Les règles suivantes du préambule général du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte* sont touchées par des changements.

1.1.1 Règle 8.4 en endocrinologie – Insulinothérapie

La [règle 8.4](#) est modifiée par l'ajout du service médical « Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline » (code de facturation **20130**) aux services qui vous sont payés au tarif régulier lorsque exécutés au cours d'une même séance (codes de facturation **20132**, **00343** et **20534**).

1.1.2 Règle 8.5 en dermatologie – Traitement de l'hyperhidrose

La [règle 8.5](#) est modifiée. Le nouveau code de facturation **20174** pour les injections pour les régions autres que palmo-plantaires est ajouté.

Ces services d'injections ainsi que le service codifié **20144** vous sont payés au tarif régulier lorsque vous les exécutez lors d'une même séance.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} septembre 2018**.

1.1.3 Règle 25 en oto-rhino-laryngologie – Majoration des tarifs

À la [règle 25](#), la majoration applicable passe de 66,50 \$ à 150 \$.

De plus, il est précisé que la mise en place du tube sous microscope, unilatérale lors d'une myringotomie (code de facturation **07077**) ne donne pas droit à la majoration.

1.1.4 Règle 34.5 – Clinique des tumeurs en dermatologie

La [règle 34.5](#) est modifiée pour permettre au médecin classé en dermatologie de facturer le code de réunion multidisciplinaire pour sa participation à une clinique des tumeurs.

À l'onglet *B – Tarification des visites*, la note sous le code de facturation **15406** est également modifiée pour ajouter cette exception.

1.1.5 Règle 41 – Supplément d'honoraires de plateau technique en oto-rhino-laryngologie

À l'[annexe 1 de la règle 41](#), la liste des services visés par un supplément d'honoraires de plateau technique est modifiée :

- Frais de plateau mineur : ajout du service médical codifié **03804** (épistaxis — cautérisation de la cloison, unilatérale);
- Frais de plateau moyen :
 - retrait du service médical codifié **00405** (épreuves caloriques [toutes les températures et toutes techniques]),
 - ajout du service médical codifié **00741** (épreuves cervicales);
- Frais de plateau principal : ajout des services médicaux suivants :
 - **00405** : épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques),
 - **00471** : évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée avec enregistrement numérique, incluant la Manoeuvre de Muller,
 - **07078** : paracentèse unilatérale (PG-28),

- **07258** : traitement médical par injection transtympanique, première séance,
- **09342** : stroboscopie (tout type de stroboscope vocal).

1.2 Onglet B – Tarification des visites

De nombreux changements sont apportés à l'onglet *B – Tarification des visites* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

1.2.1 Supplément de durée en dermatologie

Le 3^e paragraphe de l'[article 2](#) de l'*Addendum 1 – Médecine* est modifié pour ajouter la dermatologie. Sauf pour le malade hospitalisé, le médecin spécialiste en dermatologie peut facturer le supplément de durée jusqu'à un maximum de 3 fois par période de 12 mois.

1.2.2 Modifications aux règles de l'Addendum 3 – Psychiatrie

Les règles suivantes de l'*Addendum 3 – Psychiatrie* sont touchées par des changements.

Règle 4. Visites et thérapies

La [règle 4](#) est modifiée par l'ajout d'une précision à la limitation qui s'applique par médecin. Ainsi, **un même médecin** ne peut facturer une visite le même jour qu'une thérapie, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2021**.

Nous réévaluerons votre facturation. Aucune action n'est requise de votre part.

Règle 6. Visite de réévaluation psychiatrique et supervision de traitement subséquent de kétamine

En date du 1^{er} mai 2021, le 3^e paragraphe de l'article 6.1 est modifié par l'ajout de codes de facturation relatifs au nouveau service de supervision d'un traitement **subséquent** de kétamine, qui est ajouté au tableau des honoraires en psychiatrie. Les nouveaux codes de facturation visés sont :

- **08967** en hospitalisation;
- **08969** en externe;
- **08996** en local sous gestion du gouvernement.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut vous être payée pour un patient pour lequel vous facturez, le même jour, la supervision du **traitement subséquent de kétamine**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} mai 2021**. Depuis le **1^{er} octobre 2021**, la visite de réévaluation psychiatrique est située à la [règle 5](#) de l'addendum.

1.1 Addendum 4 – Chirurgies distinctes en ophtalmologie

La [règle 9.3](#) est ajoutée pour le cas où un ophtalmologiste doit faire appel à un ophtalmologiste surspécialisé pour pratiquer une ou des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire. Chacun d'eux a alors droit au plein tarif. Lors de sa facturation, l'ophtalmologiste surspécialisé doit utiliser l'élément de contexte **Chirurgie distincte pratiquée à la même séance par un ophtalmologiste surspécialisé**.

2 Anesthésiologie – Onglet D et Annexe 39

À l'[onglet D – Anesthésiologie](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, la valeur de l'unité d'anesthésie passe de 18,46 \$ à 19,10 \$.

De plus, les règles suivantes sont touchées par des changements.

2.1 Règle 1. Honoraire global

Au 1^{er} paragraphe de la [règle 1.1](#), les inclusions suivantes sont ajoutées à votre honoraire global :

- la visite pré-anesthésique comprend, le cas échéant, l'anamnèse et l'examen physique. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **15 janvier 2022**;
- la prise en charge et les visites reliées à l'analgésie postopératoire réalisée à l'aide d'une pompe programmable par voie intraveineuse ou par l'injection unique d'opiacé par voie rachidienne ou épidurale ainsi que le monitoring fœtal lors d'une chirurgie. Par conséquent, les codes de facturation **41039, 41040, 41041, 41042, 41043 et 41044** sont abolis.

De plus, le 3^e paragraphe de la règle 1.1 est modifié pour préciser que, lorsque réalisés par le médecin collaborateur ou remplaçant, les procédés identifiés par la mention A8-1 et ceux dont le tarif prévoit un supplément d'unités de base sont payables selon la tarification et le taux applicables au moment où ils sont rendus. Les règles [8](#) et [9](#) sont ajustées en conséquence.

L'élément de contexte *Procédé identifié A8-1 réclamé en plus de l'intervention principale* est aboli.

2.2 Règle 4.3 – Calcul de la durée d'une anesthésie par période de 15 minutes complétées

La [règle 4.3](#) est modifiée. Dorénavant, la durée d'une anesthésie est calculée par période de 15 minutes **complétées**. S'il ne dure pas 15 minutes, le dernier temps d'une anesthésie n'est plus compté comme une période et ne peut pas vous être payé.

2.3 Abolition de la Règle 6 – Procédure diagnostique pré-chirurgicale

La [règle 6](#) et l'élément de contexte *PDT pré-chirurgical de 4 unités ou plus* sont abolis. Vous ne pouvez plus ajouter aux unités de base d'une chirurgie les unités prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel vous participez.

2.4 Règle 8 – Anesthésiologiste collaborateur

Le dernier paragraphe de la [règle 8.1](#) est remplacé. Le médecin anesthésiologiste collaborateur (rôle 3) n'a droit à aucuns honoraires s'il a la charge d'un autre patient (rôle 2) durant la même période.

2.5 Règle 12 – Interventions ne donnant plus droit à la majoration d'honoraires de 29 %

Le 3^e paragraphe de la [règle 12](#) est modifié. Les interventions suivantes ne donnent plus droit à la majoration d'honoraires de 29 % lorsqu'effectuées entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Elles sont retirées de la règle 12.1 ii :

- **00927** : Soins de ventilation niveau I, contrôle subséquent, par visite;
- **00991** : Soins de ventilation niveau II, contrôle subséquent, par visite;
- **41051** : Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie post-opératoire ou traitement de la douleur aiguë par bloc continu nerveux (nerf périphérique ou plexus nerveux), neuraxial (péridural ou caudal), paravertébral ou intrapleurale, avec installation d'un cathéter, incluant les visites, la surveillance, l'enseignement au patient et les injections; par jour subséquent;
- **41023 et 41024** : Visites de suivi en soins palliatifs, par jour.

Le service codifié **08371** (échographie transœsophagienne diagnostique effectuée en salle d'opération avec ou sans mise en place de la sonde endoesophagienne et avec ou sans l'administration de médicaments A8-1) est quant à lui ajouté aux interventions y donnant droit.

2.6 Ajout de la Règle 16 – Complexité anesthésique

La [règle 16](#) est ajoutée. Lorsque la complexité médicale ou chirurgicale prolonge la durée anesthésique, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie est augmenté.

Pour une durée anesthésique de 4 heures ou plus, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie ne peut être inférieur à 18.

Pour une durée anesthésique de 8 heures ou plus, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie ne peut être inférieur à 21.

Lors de la facturation, vous devez utiliser le nouvel élément de contexte **Complexité anesthésique (règle 16)** afin d'indiquer que la durée anesthésique a été prolongée en raison de la complexité médicale ou chirurgicale.

2.7 Annexe 39 – Tarifs anesthésiologiques dans les unités de grands brûlés en centre hospitalier

À l'[article 3 de l'annexe](#) de l'Annexe 39, le nombre d'unités de base pour les tarifs anesthésiologiques est modifié pour les codes de facturation suivants :

- **18007** 1 heure et moins : 10 unités;
- **18008** 1 heure à 2 heures : 15 unités;
- **18009** 2 heures à 4 heures : 18 unités;
- **18010** 4 heures et plus : 21 unités.

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

Plusieurs services médicaux sont ajoutés et de nombreux services sont touchés par des modifications. Vous trouverez le détail des modifications dans presque tous les onglets du [Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#). Consultez les [Tableaux-synthèse – Changements de la Modification 104 appliqués au 1^{er} février 2023](#) disponibles sur notre site Web.

La date d'entrée en vigueur des changements apportés est le **1^{er} février 2023**, à l'exception des services présentés ailleurs dans l'infolettre et de ce qui suit :

- le retrait des suppléments pour le prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes (codes de facturation **06082** et **06083**). Ces services sont abolis rétroactivement au **15 novembre 2021**;

Nous réévaluerons votre facturation. Aucune action n'est requise de votre part.

- l'ajout de la pédiatrie du développement pour la consultation en sous-spécialité (codes de facturation **15540** et **15548**) entre en vigueur rétroactivement au **22 octobre 2015**. Vous n'avez pas à être désigné par les parties négociantes pour utiliser ces codes;
- l'ajout du service « Endoscopie sous sommeil induit pour investigation d'un trouble respiratoire du sommeil » (code de facturation **00760**) en oto-rhino-laryngologie entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} mai 2019**.

4 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

Deux nouveaux services sont ajoutés et des services sont touchés par des modifications. Vous trouverez le détail des modifications dans plusieurs onglets du [Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement](#). Consultez les [Tableaux-synthèse – Changements de la Modification 104 appliqués au 1^{er} février 2023](#) disponibles sur notre site Web.

4.1 Privilèges en échographie cardiaque pour les anesthésiologistes

À l'onglet *K – Ultrasonographie*, le [Protocole II](#) en ultrasonographie est modifié. À partir du **1^{er} février 2023**, les anesthésiologistes qui pratiquent des examens d'échocardiographie transoesophagienne diagnostique en centre hospitalier (codes de facturation **08309**, **08338**, **08371** et **08372**) devront posséder des privilèges hospitaliers en échographie cardiaque. Il en est de même pour le service d'échographie peropératoire (code **08329**).

4.2 Établissements du réseau de la santé

L'établissement doit nous transmettre les informations relatives aux privilèges au moyen du formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens](#) (3051).

Le formulaire présent dans le service en ligne Établissements du réseau de la santé sera modifié ultérieurement. Entretemps, l'établissement doit utiliser et nous transmettre le formulaire papier, dûment rempli et signé par son représentant et le médecin, aux coordonnées inscrites au bas du formulaire.

Les établissements ont jusqu'au **1^{er} avril 2023** pour nous transmettre la confirmation des privilèges de pratique. Nous validerons ensuite ces privilèges rétroactivement au **1^{er} février 2023**.

5 Règles d'application (Annexe 8)

Certaines règles d'application sont modifiées.

5.1 Règle d'application n° 6 – Honoraires non majorés en urgence

La [19^e puce de la Règle d'application n° 6](#) est modifiée par l'ajout d'une précision pour le forfait prévu au Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence. Les honoraires d'anesthésie relatifs à ce forfait (code de facturation **18000**) sont exclus de la liste des prestations de soins qui ne donnent pas droit aux honoraires majorés en urgence.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2010**.

5.2 Règle d'application n° 19 – Cardiologie

Au [6^e paragraphe de l'article 1](#) de la règle 19, la visite principale ou la visite de contrôle effectuée en clinique externe peut être facturée pour le même patient le même jour que le nouveau service « Session d'optimisation des paramètres d'un LVAD avec monitoring par échographie » (code de facturation **08345**).

6 Lettre d'entente n° 180 (Annexe 11. A)

La *Lettre d'entente n° 180 concernant les services de procréation assistée* est abrogée rétroactivement au **15 novembre 2021**.

7 Rémunération mixte (Tableaux des suppléments d'honoraires de l'Annexe 38)

7.1 Anesthésiologie

- Les codes de facturation **00927**, **00991**, **41023**, **41024** et **41051** sont ajoutés à la liste des 90 %. Le code de facturation **41042** est aboli et donc retiré du tableau.

7.2 Chirurgie générale

- Les codes de facturation **05497** et **05499** sont ajoutés au 2^e paragraphe de la liste des suppléments d'honoraires de 42 %.
- Les codes de facturation **05078**, **05496** et **05498** sont ajoutés au 2^e paragraphe de la liste des suppléments d'honoraires de 75 %.

7.3 Dermatologie

- Le code de facturation **20174** est ajouté à la liste des suppléments d'honoraires de 75 % ainsi qu'au 2^e paragraphe de la liste des suppléments d'honoraires de 100 % lorsque le service est rendu à un patient de 10 ans et moins.
Ces modifications et ce nouveau code entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} septembre 2018**.
- Le code de facturation **09079** est ajouté au 1^{er} paragraphe de la liste des suppléments d'honoraires de 100 %.

7.4 Génétique médicale

- Le code de facturation **09683** est ajouté à la liste des suppléments d'honoraires de 60 %.

7.5 Neurochirurgie

Les codes de facturation suivants sont ajoutés au 1^{er} paragraphe de la liste des suppléments d'honoraires de 79 % :

- le code de facturation **00663**. Cette modification et ce nouveau code entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2018**;
- les codes de facturation **20021** et **02163**.

7.6 Ophtalmologie

- Les codes de facturation **07138**, **07139**, **07332**, **07340** et **07341** sont ajoutés à la liste des suppléments d'honoraires de 88 %.

7.7 Oto-rhino-laryngologie

- Le modèle de rémunération mixte de l'[oto-rhino-laryngologie](#) est remplacé.

7.8 Psychiatrie

- Les nouveaux codes de facturation **08966**, **08967**, **08968** et **08969** sont ajoutés à la liste des suppléments d'honoraires de 65 %. Cette modification et ces nouveaux codes entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2020**.

8 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales

Les articles [3.3](#), [5.1](#), [6.2](#) et [6.3](#) sont modifiés. Les tâches ou activités du président d'une table régionale de prévention des infections décrites à ces articles peuvent être effectuées par le directeur régional de santé publique ou son représentant.

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