



> Médecins spécialistes

Modification n° 116 à l'Accord-cadre

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération ont convenu de la Modification n° 116 à l'Accord-cadre.

Nous vous présentons les principaux changements. Certains ajustements sont apportés par concordance. Pour connaître tous les changements, consultez votre [entente](#).

À moins d'avis contraire, les changements entrent en vigueur le **24 juillet 2025**.

Vous avez **90 jours** à compter du **24 juillet 2025** pour facturer vos services ou vos activités ou pour les modifier, si requis, rétroactivement à la date indiquée. À moins que des instructions particulières ne soient précisées dans l'infolettre, nous réévaluerons ou réviserons les activités ou les services déjà facturés. Des ajustements pourraient paraître sur un prochain état de compte.

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)	3
3 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)	7
4 Règles d'application (Annexe 8)	8
5 Lettres d'entente abolies, modifiées ou adoptées	8
6 Services hospitaliers de psychiatrie (Annexe 13)	11
7 Rémunération mixte (Annexe 38)	12
8 Protocole d'accord – Activités d'enseignement	13
9 Protocole d'accord – Table régionale de prévention des infections nosocomiales	13
10 Protocole d'accord – Chef d'équipe en traumatologie	13
11 Protocole d'accord – OPTILAB	14
12 Protocole d'accord – Services préhospitaliers d'urgence	14
13 Changements aux modifications n°s 109 et 114	14
Tableau-synthèse des changements au tarif de la médecine et de la chirurgie	15

c. c. : Agences de facturation commerciales

Courriel et site Web

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels

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)

1.1 Préambule général

1.1.1 Règle 41

À l'[annexe 1 de la règle 41](#) du *Préambule général*, le service d'injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28) (code de facturation **20049**) est ajouté à la liste des services visés par un supplément d'honoraires de plateau technique en cabinet sous les *Frais de plateau mineur de 5 \$* (code de facturation **01097**). Un tarif en cabinet est ajouté à ce service (voir la section 2.4 de la présente infolettre).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **15 juin 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter du **24 juillet 2025** pour facturer le supplément d'honoraires de plateau technique en cabinet (code de facturation **01097**) rétroactivement au **15 juin 2022**.

1.2 Addendum 1 – Médecine

L'[article 5](#) de l'*Addendum 1 – Médecine* est modifié. Le titre de l'article est modifié, et il est maintenant séparé en 2 sections : l'intervention clinique et la visite de prise en charge et de suivi. Ainsi, de nouvelles visites sont introduites en obstétrique et en urologie.

L'intervention clinique peut être effectuée dans les cliniques spécialisées des centres de référence reconnus et désignés par les parties négociantes (code de facturation **15891**) ou **en cabinet lorsque vous y voyez la patiente pour le compte du centre de référence dans lequel vous offririez le service** (code de facturation **15939**). De plus, vous pouvez facturer un maximum de 7 interventions cliniques par patiente, par année civile. La liste des centres de référence désignés est disponible à la page [Listes de désignations et liste de garde](#).

Lorsque l'intervention clinique est effectuée en cabinet (code de facturation **15939**), pour le lieu de dispensation, indiquez le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu de la visite.

Pour le lieu en référence, indiquez :

- le type de référence du lieu en référence **Établissement pour le compte duquel le service a été effectué;**
- le numéro du centre de référence désigné pour lequel vous avez offert le service.

Inscrivez la durée de l'intervention.

L'[article 5.2](#) est ajouté. Vous pouvez facturer une visite de prise en charge et de suivi pour une patiente qui souffre d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale. Cette visite peut être facturée dans un centre secondaire désigné (codes de facturation **15892** et **15893**) ou **en cabinet lorsque vous y voyez la patiente pour le compte du centre secondaire dans lequel vous offririez le service** (codes de facturation **15937** et **15938**). La liste des centres secondaires désignés est disponible à la page [Listes de désignations et liste de garde](#). Vous pouvez facturer un maximum d'une prise en charge initiale par patiente, par année civile. Vous pouvez facturer un maximum de 6 visites de suivi par patiente, par année civile.

Lorsque la visite de prise en charge et de suivi est effectuée en cabinet (code de facturation **15937** et **15938**), pour le lieu de dispensation, indiquez le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu de la visite.

Pour le lieu en référence, indiquez :

- le type de référence du lieu en référence **Établissement pour le compte duquel le service a été effectué;**
- le numéro du centre secondaire désigné pour lequel vous avez offert le service.

1.3 Addendum 3 – Psychiatrie

1.3.1 Règle 6

La [règle 6.1](#) de l'*Addendum 3 – Psychiatrie* est modifiée. Vous pouvez vous prévaloir d'un supplément (codes de facturation **15554**, **15558**, **15567**, **15578** ou **15590**) lors de certaines situations cliniques complexes :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle ou représentation temporaire);
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre);
- **Patiente enceinte ou qui allaite en lien avec la médication psychiatrique;**
- **Patient en situation d'itinérance;**
- **Patient suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu.**

1.3.2 Règle 9

La [règle 9](#) est ajoutée. En psychiatrie, les services sont majorés de 50 % lorsqu'ils sont donnés dans un milieu carcéral (local sous gestion du gouvernement ou organisme subventionné par le gouvernement).

Inscrivez le numéro de l'établissement de détention (7XXX6) où les services ont été rendus.
Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utilisez la précision du lieu de dispensation *Local sous gestion du gouvernement*.
Pour les visites, référez-vous aux codes de facturation sous le titre *Local sous gestion du gouvernement* dans l'onglet *B – Tarification des visites*.

1.3.3 Règle 10

La [règle 10](#) est ajoutée. En psychiatrie, les services sont majorés de 25 % lorsqu'ils sont donnés dans une unité de soins intensifs ou une unité coronarienne.

Vous n'avez aucune action à poser.

1.4 Addendum 11 – Médecine d'urgence

La [règle 3.4](#) de l'*Addendum 11 – Médecine d'urgence* est modifiée. La visite pour opinion ou traitement effectuée à la salle d'urgence (codes de facturation **15608** et **15612**) peut être faite à la demande d'une **infirmière praticienne spécialisée**.

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

De nombreux services sont touchés par des modifications. Consultez le [tableau-synthèse](#) et votre entente. La date d'entrée en vigueur des changements apportés est le **24 juillet 2025**.

Toutefois, les changements ci-dessous prennent effet aux dates suivantes :

- L'entrée en vigueur du code de facturation **04060** (CRSS 5054) prend effet rétroactivement au **7 décembre 2017**;
- L'entrée en vigueur du code de facturation **00421** (CRSS 5067) prend effet rétroactivement au **7 août 2018** et celui-ci est abrogé le **24 juillet 2025**;
- L'entrée en vigueur du code de facturation **09168** (CRSS 5172) en gastroentérologie prend effet rétroactivement au **19 février 2024**;
- La modification au code de facturation **20049** (CRSS 5161) prend effet rétroactivement au **15 juin 2022**;
- La modification au libellé du code de facturation **15761** est à portée déclaratoire;

- La modification au libellé des codes de facturation **09436, 09437, 09439 et 09440** prend effet rétroactivement au **1^{er} juillet 2018**;
- L'entrée en vigueur du code de facturation **20546** (CRSS 717) prend effet rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**;
- L'entrée en vigueur du code de facturation **20547** (CRSS 730) prend effet rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**;
- L'entrée en vigueur du code de facturation **00370** (CRSS 729) prend effet rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

2.1 Cardiologie

- Les listes des installations ou établissements dans lesquels vous pouvez rendre les services codifiés **16004, 16005, 15705, 16012, 16015, 16023, 15246, 09208, 15706 et 15130** sont disponibles à la page [Listes de garde et listes de désignations](#). Ces services sont dans l'[onglet B – Tarification des visites](#).
- Dans la [section Cardiologie](#) de l'onglet *B – Tarification des visites*, le libellé du service codifié **15707** est modifié. Pour l'évaluation génétique cardio-vasculaire, le patient peut être dirigé par tout médecin spécialiste. Il n'est plus requis qu'il soit dirigé par un cardiologue.
- Les parties négociantes ont convenu de plusieurs nouveaux services en cardiologie afin de remplacer des actes actuellement non tarifés. Ces services étant négociés rétroactivement au 1^{er} janvier 2017, nous refuserons dès maintenant tout service facturé avec les codes des actes non tarifés :
 - Le service *Implantation d'un moniteur sous-cutané injectable* (code de facturation **20546**) remplace l'acte non tarifé CRSS 717.
 - Le service *Exérèse du boîtier d'un moniteur sous-cutané* (code de facturation **20547**) remplace l'acte non tarifé CRSS 730.
 - Le service *Interrogation/programmation d'un moniteur de rythme implanté* (code de facturation **00370**) remplace l'acte non tarifé CRSS 729.

Les services codifiés **20546** et **20547** sont ajoutés à la [section Cardiologie](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. Ces services ont un tarif en établissement seulement. Lorsque vous les facturez, vous ne pouvez pas bénéficier de la majoration pour les soins d'urgence (règle 14 du Préambule général).

Le service codifié **00370** est ajouté à la [section Cardiologie](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. Pour ce service, vous pouvez facturer un maximum de 6 services par patient par année civile, sauf si le service est rendu pour un patient hospitalisé ou un patient à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence. Ce service a un tarif en établissement seulement.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 717, 730 ou 729), vous n'avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 717, 730 ou 729) sur l'ancienne Demande de paiement – Médecin (1200) avant le 1^{er} janvier 2017, vous recevrez un virement bancaire ou un chèque accompagné d'une lettre explicative.

- Un service a été ajouté à la [section Cardiologie](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. Vous pouvez désormais facturer le service *Évaluation du rythme et caractérisation d'arythmie par bande de rythme de 10 à 60 secondes acquises par le patient à l'extérieur de l'hôpital ou du cabinet et transmises aux médecins (avec rédaction d'un rapport)* (code de facturation **00330**). Ce service a un tarif en cabinet seulement.

2.2 Chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- Dans la [section Cœur et péricarde](#) de l'onglet *J – Système cardiaque*, les parties négociantes ont convenu d'un nouveau service pour remplacer un acte non tarifé (CRSS 5054) : *Ligature de l'appendice auriculaire gauche lors d'une chirurgie cardiaque, toutes techniques (PG-23)* (code de facturation **04060**). Ainsi, ce service étant négocié rétroactivement au **7 décembre 2017**, nous refuserons dès maintenant tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 5054), vous n'avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

- Dans la [section Cœur et péricarde](#) de l'onglet *J – Système cardiaque*, les services suivants sont introduits.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Unités
04575	Racine aortique – Bentall : Remplacement par prothèse valvulaire mécanique ou biologique et remplacement de la racine aortique avec conduit valvé et réimplantation des ostia coronariens incluant la circulation extracorporelle (PG-23)	3044,55	21
04580	Racine aortique – Chirurgie de préservation valvulaire aortique (Tirone David — Yacoub) : Reconstruction de la racine aortique incluant valvuloplastie et annuloplastie aortique par technique de remodelage (Yacoub) ou technique de réimplantation (David) avec préservation de la valve native et réimplantation ostia coronariens (incluant, le cas échéant, la resuspension des commissures simples, de l'aortoplastie simple par conduit ou anneau de la jonction sino-tubulaire et/ou la circulation extracorporelle) (PG-23)	3344,55	21

Vous pouvez facturer le supplément pour l'aortoplastie ou l'annuloplastie (code de facturation **04544**) avec le service codifié **04575**. Toutefois, vous pouvez uniquement facturer ce supplément avec la chirurgie de préservation valvulaire aortique (code de facturation **04580**) si la technique d'annuloplastie n'est pas la technique de remodelage ou la technique de réimplantation, ou, s'il y a lieu, qu'il ne s'agit pas d'une aortoplastie simple par conduit ou anneau de la jonction sino-tubulaire.

2.3 Chirurgie générale

- Une visite a été ajoutée à la [section Chirurgie générale](#) de l'onglet *B – Tarification des visites*. Vous pouvez désormais facturer la visite lors d'une coloscopie de surveillance ou de dépistage pour un patient sur la liste d'attente du programme de dépistage du cancer colorectal et selon les lignes directrices de ce programme (code de facturation **15410**). Vous pouvez facturer cette visite seulement en association avec une coloscopie (codes de facturation **00697**, **00700**, **00703**, **00863**, **20042** et **20277** à **20281**). De plus, le code de facturation **15410** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 55 % du tableau des honoraires de la chirurgie générale de l'Annexe 38.

2.4 Gastroentérologie

- Une visite est ajoutée à la [section Gastroentérologie](#) de l'onglet *B – Tarification des visites*. Vous pouvez désormais facturer la visite lors d'une coloscopie de surveillance ou de dépistage pour un patient sur la liste d'attente du programme de dépistage du cancer colorectal et selon les lignes directrices de ce programme (code de facturation **15410**). Vous pouvez facturer cette visite seulement en association avec une coloscopie (codes de facturation **00697**, **00700**, **00703**, **00863**, **20042** et **20277** à **20281**). De plus, le code de facturation **15410** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 77 % et au 2^e paragraphe du supplément d'honoraires de 100 % du tableau des honoraires de la gastroentérologie de l'Annexe 38.
- Un service est ajouté à la [section Gastroentérologie](#) de l'onglet *B – Tarification des visites*. Vous pouvez désormais facturer l'évaluation au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier (code de facturation **09168**). Un maximum de 5 médecins gastroentérologues peuvent facturer ce service par jour pour un même patient. Vous pouvez facturer un maximum de 5 évaluations par semaine. Ce service remplace l'acte non tarifé CRSS 5172. Ainsi, ce service étant négocié rétroactivement au **19 février 2024**, nous refuserons dès maintenant tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé. De plus, le code de facturation **09168** est ajouté au 1^{er} paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 % du tableau des honoraires de la gastroentérologie de l'Annexe 38.

Pour le professionnel en référence, inscrivez le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 5172), vous n'avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

- Un service est ajouté à la [section Injections](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. Les parties négociantes ont convenu d'un nouveau service pour remplacer un acte non tarifé (CRSS 5067) : *Prise en charge d'un traitement de chimiothérapie intraveineuse par un gastroentérologue* (code de facturation **00421**). Ainsi, ce service étant négocié rétroactivement au **7 août 2018 et abrogé au 24 juillet 2025**, nous refuserons dès maintenant tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé. Notez que vous ne pouvez pas facturer ce service avec le service *Supervision de l'administration de chimiothérapie* (code de facturation **00734**). De plus, le code de facturation **00421** est ajouté au 1^{er} paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 % au tableau des suppléments d'honoraires de la gastroentérologie de l'Annexe 38.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 5067), vous n'avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

- Dans la [section Intubation endotrachéale](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. La note sous le service *Intubation endotrachéale toutes méthodes (PG-23) (PG-28)* (code de facturation **00518**) est modifiée. À moins d'avis contraire des parties négociantes, du 24 juillet 2025 au 31 décembre 2028, vous pouvez facturer le service codifié **00518** aux soins intensifs et aux soins intensifs pédiatriques et néonataux.
- Dans la [section Gastroentérologie](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, le libellé du service codifié **20042** est modifié de même que la note sous ce service. Le service inclut la coloscopie jusqu'au cæcum ou anastomose iléo-colique chez un patient dont la maladie inflammatoire de l'intestin (MII) ou la cholangite sclérosante le prédispose spécifiquement à la dysplasie colique. La coloscopie doit être combinée avec l'une des méthodes reconnues efficaces pour la détection de la dysplasie. La facturation des biopsies ciblées est incluse dans le tarif.
- Un tarif est ajouté à la [section Injections](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*. Les parties négociantes ont convenu d'un nouveau tarif en cabinet pour le service *Injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)* (code de facturation **20049**). Ce nouveau tarif remplace l'acte non tarifé 5161. Ainsi, ce tarif étant négocié rétroactivement au **15 juin 2022**, nous refuserons dès maintenant tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 5161), vous n’avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

2.5 Médecine interne

Une visite a été ajoutée à la [section Médecine interne](#) de l’onglet *B – Tarification des visites*. Vous pouvez désormais facturer la visite lors d’une coloscopie de surveillance ou de dépistage pour un patient sur la liste d’attente du programme de dépistage du cancer colorectal et selon les lignes directrices de ce programme (code de facturation **15410**). Vous pouvez facturer cette visite seulement en association avec une coloscopie (codes de facturation **00697**, **00700**, **00703**, **00863**, **20042** et **20277** à **20281**). De plus, le code de facturation **15410** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d’honoraires de 60 % du tableau des honoraires de la médecine interne de l’Annexe 38.

2.6 Neurochirurgie

Dans la [section Électroencéphalographie](#) de l’onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, une note est ajoutée. En tant que médecin spécialiste en neurochirurgie, vous pouvez facturer l’ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite (code de facturation **00794**).

Dans l’onglet *S – Système nerveux*, les suppléments suivants sont introduits.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
07510	Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire – Si anévrisme rompu, supplément	216,60
07676	Chirurgie crano-encéphalique effectuée sous neuronavigation, supplément	241,20
07609	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien – Chirurgie crano-encéphalique effectuée sous neuronavigation, supplément	241,20

Les services codifiés **07609**, **07702**, **07706**, **07842**, **07817** et **07676** sont mutuellement exclusifs.

2.7 Psychiatrie

Plusieurs changements sont apportés à la [section Psychiatrie](#) de l’onglet *B – Tarification des visites*. Consultez votre entente.

Les visites et consultations gériatopsychiatriques visent maintenant les patients de **70 ans** et plus.

Le nouveau service *Titration* (codes de facturation **15207** et **15208**) est introduit. De plus, ces codes de facturation sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d’honoraires de 65 % du tableau des honoraires de la psychiatrie de l’Annexe 38.

3 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

Au [tableau des honoraires](#) de l’Addendum 9 – *Épreuves cardiologiques* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, le libellé du service codifié **30110** est modifié. Le libellé devient **Évaluation du rythme et caractérisation d’arythmie par bande de rythme de 10 à 60 secondes acquises par le patient à l’extérieur de l’hôpital ou du cabinet et transmises aux médecins** (avec rédaction d’un rapport).

4 Règles d'application (Annexe 8)

L'[article 11](#) est ajouté à la règle d'application n° 19. En cardiologie, vous pouvez vous prévaloir de chacun des services codifiés **16004**, **16012** et **16019** seulement une fois par 12 mois, par patient et par installation.

L'[article 12](#) est ajouté à la règle d'application n° 19. En cardiologie, vous pouvez vous prévaloir de chacun des services codifiés **09207**, **09208**, **15706**, **15707** et **15130** seulement une fois par 12 mois, par patient et par médecin en clinique externe.

5 Lettres d'entente abolies, modifiées ou adoptées

5.1 Lettre d'entente n° 102

La [Lettre d'entente n° 102](#) est modifiée. **Les médecins ne sont plus désignés par les parties négociantes.**

Le **médecin établi** est celui qui exerce de façon régulière et continue dans une installation visée et non dans un contexte d'itinérance. Le **médecin remplaçant ou en support** est celui qui, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de service), accepte de se rendre dans une installation visée afin de participer à la prestation des soins dans une discipline.

Vous devez vous assurer auprès de votre installation que votre participation à la présente lettre d'entente n'entraînera pas de problème de disponibilité au sein de votre installation.

Pour que nous puissions déterminer si vous exercez de façon régulière et continue dans une installation ou dans un contexte d'itinérance, l'installation faisant appel à vos services devra nous transmettre le formulaire [Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence \(Spécialistes\)](#) (3121), qui indique si vous êtes un médecin établi, remplaçant ou en support. Notez que, si vous aviez déjà été désigné par les parties négociantes, l'installation n'a pas à nous transmettre d'avis pour la période de désignation. L'avis est nécessaire pour une nouvelle participation, une modification ou une prolongation.

5.2 Lettre d'entente n° 112

L'article 3 de la *Lettre d'entente n° 112* est abrogé et les articles suivants sont renumérotés.

L'[article 4](#) est modifié. **Les médecins ne sont plus désignés par les parties négociantes.** De plus, si vous participez dans un contexte d'itinérance à la prestation de soins dans une discipline et une installation visée, l'installation faisant appel à vos services devra nous transmettre le formulaire [Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence \(Spécialistes\)](#) (3121). Notez que si vous aviez déjà été désigné par les parties négociantes, l'installation n'a pas à nous transmettre d'avis pour la période de désignation. L'avis est nécessaire pour une nouvelle participation, une modification ou une prolongation.

5.3 Lettre d'entente n° 157

La [Lettre d'entente n° 157](#) est modifiée. Les parties peuvent confier au Centre national Médecins-Québec (CNMQ) la gestion du mécanisme de remplacement et de support en médecine d'urgence.

Nous mettons en œuvre les avis transmis par les parties négociantes ou le CNMQ.

Si, en tant que médecin spécialiste en médecine d'urgence, vous êtes autorisé à rendre des soins dans un service d'urgence d'une installation visée, vous êtes rémunéré selon le mode mixte.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2024**.

5.4 Lettre d'entente n° 161 C

L'[article 1](#) de la *Lettre d'entente n° 161 C* est modifié. Pour vous prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente, vous devez rendre des services cliniques dans une unité de soins palliatifs, une maison privée de soins palliatifs ou pour **un organisme offrant de tels soins à domicile**.

Pour vous prévaloir des modalités, le lieu et vous devez également être désignés.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2024**.

Lorsque les services sont rendus à domicile, pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'organisme offrant ces services et pour lequel vous détenez une autorisation.

Advenant que les services soient rendus à un domicile situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui pour lequel vous détenez une autorisation, indiquez, pour le lieu en référence :

- le type de lieu en référence **Lieu où le service est rendu par le professionnel;**
- pour le lieu en référence, le lieu où le service est rendu (soit le code postal ou le code de localité du domicile).

Nous réévaluerons les services déjà facturés.

Comme le prévoit la dernière puce de l'[article 13.2](#) de la *Lettre d'entente n° 241*, les parties ont convenu d'ajouter de manière administrative la *Lettre d'entente n° 161 C* à la liste des ententes dont les modalités peuvent être rendues par voie de télécommunication. Ainsi, vous pouvez facturer les services rendus **par voie de télécommunication** dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 161 C*, à l'exception des services liés à l'aide médicale à mourir.

Aucun secteur d'activité ne doit être inscrit pour les services rendus dans un établissement sans secteur d'activité.

5.5 Lettre d'entente n° 171 A

La [Lettre d'entente n° 171 A](#) est modifiée.

La liste des codes et territoires est disponible à la page [Listes de désignations et listes de garde](#).

L'article 5 est modifié. Si vous êtes un médecin spécialiste en anatomopathologie et que vous souhaitez être assigné de garde, vous devez transmettre chaque trimestre votre disponibilité pour les autopsies faites à la demande du coroner au chef de département de médecine de laboratoire ou au directeur médical des services professionnels de votre grappe de laboratoire.

Celui-ci est responsable :

- de déterminer chaque trimestre la liste de disponibilité pour les autopsies faites à la demande du coroner;
- s'il y a lieu, d'assigner des remplaçants ou de prendre entente avec une autre grappe, lors de situations imprévues, afin de garantir la couverture complète de la période visée;
- de transmettre la liste au directeur médical des services professionnels de votre établissement ainsi qu'au Bureau du coroner.

Le Bureau du coroner transmet l'information auprès des coroners des différents territoires.

En tant que médecin spécialiste en anatomopathologie assigné, vous pouvez être désigné comme mandataire du Bureau du coroner par les parties négociantes. Dans ce cas, pour votre rémunération comme mandataire, vous pouvez vous prévaloir des modalités du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux*.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2025**.

La modification au découpage des territoires entre en vigueur le **24 juillet 2025**.

5.6 Lettre d'entente n° 172

La [Lettre d'entente n° 172](#) est modifiée.

Le tarif des services suivants est modifié :

- l'évaluation psychiatrique concernant la nécessité du maintien d'une garde en établissement ou sa prolongation (code de facturation **98002**) passe de 264 \$ à **190 \$**;
- l'évaluation psychiatrique demandée par le Tribunal administratif du Québec (code de facturation **98007**) passe de 1 000 \$ à **1 250 \$**.

Les suppléments et services suivants sont ajoutés :

- supplément de complexité dans le cadre d'accusations pour meurtre ou tentative de meurtre au montant de 1 250 \$ (code de facturation **98023**). Ce supplément se facture avec le service d'évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle (code de facturation **98006**);
- supplément pour l'analyse de la preuve policière pour déterminer l'aptitude et/ou la responsabilité criminelle au montant de 70 \$ (code de facturation **98024**). Vous pouvez facturer ce supplément uniquement avec les services codifiés **98005** et **98006**;
- révision du plumitif d'un patient (registre officiel des antécédents judiciaires) au montant de 50 \$ (code de facturation **98025**). Vous pouvez facturer ce service uniquement avec les services codifiés **98005** à **98007**, **98010** et **98011**.

5.7 Lettre d'entente n° 233

L'[article 2.2](#) de la *Lettre d'entente n° 233* est modifié. Le montant de la garde en disponibilité est majoré pour une durée de 14 jours lors de la période de Noël et du jour de l'An selon le calendrier déterminé par les parties négociantes.

Le montant du supplément de garde est de :

- 1 750 \$ par jour, du lundi au vendredi (code de facturation **42410**);
- 2 200 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié (code de facturation **42411**).

Le montant du supplément de garde demeure majoré à 1 000 \$ par jour pour toutes les journées du congrès annuel de l'Association québécoise de chirurgie (code de facturation **42112**).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2024**.

Vous avez **90 jours** à compter du **24 juillet 2025** pour modifier vos factures déjà transmises.

5.8 Lettre d'entente n° 239

L'[article 6.3](#) de la *Lettre d'entente n° 239* est modifié. Les forfaits de la présente lettre d'entente et ceux de l'[Annexe 29](#) sont mutuellement exclusifs pour une même période de 24 heures à partir de 8 h **pour une même installation**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **13 mars 2020**.

Nous réévaluerons les services concernés.

Notez que la *Lettre d'entente n° 239* a pris fin le 14 mai 2022.

5.9 Lettre d'entente n° 255

L'[article 2](#) de la *Lettre d'entente n° 255* est modifié. Le montant alloué au Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026 est de 1 385 000 \$.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2025**.

5.10 Lettre d'entente n° 259

L'[article 1 de l'annexe](#) de la *Lettre d'entente n° 259* est modifié. Vous ne pouvez pas facturer le service codifié **06933** lorsque l'un ou l'autre des services codifiés **06898** et **06899** est facturé **pour la même patiente**.

L'[article 2 de l'annexe](#) est modifié. Vous ne pouvez pas facturer les services codifiés **06898** et **06899** avec les services d'accouchement ou de césarienne de même que le service codifié **06929** dans la même période **pour la même patiente**.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **18 mars 2020**.

Vous n'avez aucune action à poser.

5.11 Lettre d'entente n° 260

L'[article 7](#) de la *Lettre d'entente n° 260* est modifié. Cette lettre d'entente prendra fin à la première des dates suivantes, à moins d'avis contraire des parties :

- au terme des travaux de réorganisation du programme de transplantation rénale;
- au 31 décembre 2025.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2024**.

5.12 Lettre d'entente n° 266

La nouvelle [Lettre d'entente n° 266 concernant le classement des médecins spécialistes dans les spécialités médicales reconnues par le Collège des médecins du Québec](#) est adoptée. Par conséquent, les lettres d'entente n°s 36, 181 et 192 sont abrogées.

Vous êtes classé dans une des spécialités identifiées par les parties négociantes lorsque vous êtes certifié seulement dans l'une des nouvelles spécialités reconnues ou dont votre dernier certificat obtenu est dans l'une de ces spécialités et pour lesquelles aucune nouvelle modalité spécifique de rémunération n'est convenue.

Si vous êtes un médecin qui détient la spécialité d'hématologie et d'oncologie, vous êtes classé dans la spécialité d'hématologie. Si vous êtes un médecin qui détient la spécialité de pédiatre et de maladies infectieuses, vous êtes classé dans la spécialité de pédiatrie.

Les parties peuvent convenir de classements exceptionnels. Ainsi, vous pourriez vous voir attribuer une spécialité de classement différente de la spécialité de certification attribuée par le Collège des médecins du Québec lorsqu'il est démontré que votre activité professionnelle est effectuée dans cette spécialité de classement.

Il n'y a aucun changement aux certifications déjà reçues pour lesquelles une spécialité de classement a déjà été donnée.

5.13 Lettres d'entente abrogées (Annexe 11 C)

Les lettres d'entente suivantes sont abrogées rétroactivement au **1^{er} avril 2024** :

- Lettre d'entente concernant le département de toxicomanie de l'hôpital Saint-François-d'Assise;
- Lettre d'entente concernant les fonctions de régie exercées par le docteur Yves Lamontagne, médecin psychiatre, au centre hospitalier Louis-H Lafontaine.

6 Services hospitaliers de psychiatrie (Annexe 13)

L'[Annexe 13](#) est modifiée.

Les articles 2.1 à 2.3 sont abrogés et les articles suivants sont renumérotés. Par le fait même, le nouvel article 2.1 vise dorénavant le chef d'un service hospitalier et l'article 4.3 est aboli. Ainsi, la fonction de chef de département hospitalier de psychiatrie n'est plus visée par l'Annexe 13. Celui qui cumule les fonctions de médecin-chef de département et de chef de service ne peut se prévaloir que de la tarification prévue pour le chef de service pour ces activités.

Les codes d'activité 001052 et 002052 sont abrogés.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2024**.

Nous récupérerons les activités facturées avec les codes d'activité **001052** et **002052** sur un prochain état de compte.

Si vous avez cumulé la fonction de chef d'un service hospitalier et de chef de département hospitalier au cours de la même journée, vous pourrez, le cas échéant, refacturer vos activités en utilisant les codes d'activité **001072** et **002072**.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de l'état de compte pour facturer ces activités rétroactivement au **1^{er} avril 2024**.

Le tarif horaire mentionné à l'article 3.1 passe de 130 \$ à **145,70 \$**. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2025**.

Nous réviserons les activités déjà facturées.

L'article 4.1 est modifié. L'établissement n'a plus à nous transmettre de copie de la résolution du conseil d'administration qui prévoit la nomination du chef d'un service hospitalier de psychiatrie. Toutefois, il doit nous transmettre l'information concernant cette nomination, notamment la période visée et les installations concernées :

Par courriel

servicesprofessionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par la poste

Service du prétraitement et de l'admissibilité

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2024**.

7 Rémunération mixte (Annexe 38)

L'[article 9](#) de l'Annexe 38 est modifié. Lorsque vous assistez un chirurgien au cours d'une journée et que la nature ou la complexité de la chirurgie justifie votre présence, vous avez droit au paiement d'un per diem ou d'un demi-per diem selon votre période d'activité. Toutefois, vous n'avez pas droit au supplément d'honoraires précisé à l'article 3.1 pour votre travail d'assistance chirurgicale **facturable en rôle 4**, sauf pour les honoraires additionnels payables selon la [règle 15](#) de l'*Addendum 4 – Chirurgie*.

Ces modifications sont à **portée déclaratoire**.

Vous avez **90 jours** à compter du **24 juillet 2025** pour facturer vos services. Nous réévaluerons les services déjà facturés.

7.1 Chirurgie générale

Les codes de facturation **01030**, **01034** et **01226** sont ajoutés au 2^e paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 69 %.

7.2 Endocrinologie

Les codes de facturation **06494** et **06495** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 75 %. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **6 mars 2024**.

7.3 Gastroentérologie

Le code de facturation **09078** est déplacé du 1^{er} paragraphe au 2^e paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

Le code de facturation **08925** est retiré de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

7.4 Neurochirurgie

Les codes de facturation **07510**, **07609** et **07676** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 79 %.

7.5 Physiothérapie

À la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 85 %, les installations mentionnées dans le texte sont retirées. Ces installations sont désignées par les parties négociantes, et sont dorénavant mentionnées dans une liste disponible à la page [Listes de désignations et listes de garde](#).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2024**.

7.6 Psychiatrie

Les codes de facturation **15565**, **15566**, **15575**, **15577**, **15579**, **15588** et **15589** sont retirés de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 65 %.

8 Protocole d'accord – Activités d'enseignement

L'[article 11.2](#) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* est modifié. Vous pouvez réaliser **par visioconférence** ou en établissement les activités suivantes :

- les cours ou les exposés donnés aux étudiants ou aux étudiantes, aux médecins en résidence, aux médecins ou aux autres professionnels de la santé, en excluant les cours répertoriés par l'université (emploi de temps **XXX249**);
- l'enseignement aux étudiantes ou aux étudiants en médecine sous la forme d'apprentissage par raisonnement clinique (emploi de temps **XXX250**).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **15 mai 2022**.

9 Protocole d'accord – Table régionale de prévention des infections nosocomiales

L'[article 4.3](#) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales* est ajouté. Vous ne pouvez pas tirer avantage des bénéfices prévus au présent protocole pour une activité visée si vous recevez déjà une rémunération de nous ou d'un tiers pour cette activité.

Les articles 6.3 et 6.4 sont abrogés. Vous n'avez plus à être désigné par les parties négociantes pour vous prévaloir des modalités du présent protocole.

L'[article 7.3](#) est ajouté. Nous transmettons chaque trimestre aux tables régionales désignées et aux parties négociantes un rapport précisant le nombre d'heures demandées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces tables.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2025**.

10 Protocole d'accord – Chef d'équipe en traumatologie

L'[article 4.1](#) du *Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné* est modifié. Si vous vous prévaluez d'un montant forfaitaire prévu au présent protocole, vous ne pouvez pas demander au cours de la même période les honoraires prévus pour les services médicaux paraissant à l'Annexe 6 dont les unités de base anesthésiologiques sont facturées à la même séance.

Utilisez l'élément de contexte **Service rendu sans la participation d'un anesthésiologiste** lorsque vous facturez un service faisant l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques au cours de votre période de disponibilité.

11 Protocole d'accord – OPTILAB

L'article 7 du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (OPTILAB)* est abrogé et les articles suivants sont renumérotés. Vous n'avez plus à être désigné par les parties négociantes pour vous prévaloir des modalités du présent protocole.

L'[article 7.2](#) est ajouté. Nous transmettons chaque trimestre aux établissements regroupés désignés et aux parties négociantes un rapport précisant le nombre total d'heures demandées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces établissements regroupés.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2025**.

12 Protocole d'accord – Services préhospitaliers d'urgence

L'[article 5](#) est modifié. Vous n'avez plus à être désigné par les parties négociantes, sauf si vous souhaitez facturer plus de 100 heures d'activités professionnelles effectuées à la corporation Urgences-Santé (art. 3.2) ou dans les hôpitaux de base (par. a) à d) de l'art. 4.1). Dans ce cas, vous devez en faire la demande aux parties négociantes et leur fournir l'information nécessaire à votre demande.

Dans le cadre d'une telle demande, le directeur général de l'instance responsable des services préhospitaliers d'urgence doit transmettre aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent, s'il y a lieu. Les parties négociantes valident l'information, puis nous informent des médecins qui peuvent se prévaloir de plus de 100 heures d'activités professionnelles.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2025**.

13 Changements aux modifications n^{os} 109 et 114

Pour la Modification n^o 109, la date de prise d'effet du changement au 2^e paragraphe de la règle 11.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie* est remplacée rétroactivement au **1^{er} février 2023** au lieu du 20 octobre 2023.

Pour la Modification n^o 114, la date de prise d'effet du remplacement de l'Annexe 43 est rétroactive au **23 mars 2025** au lieu du 24 mars 2025.

Tableau-synthèse des changements au tarif de la médecine et de la chirurgie

Onglet B – Tarification des visites

Changement	Codes de facturation
Ajout de codes de facturation	09168 (gastroentérologie), 15207, 15208, 15410, 15937 à 15939, 98023 à 98025
Abolition de codes de facturation	08922, 08941, 08946, 08961, 08972, 08982, 15555, 15557, 15565, 15566, 15575, 15577, 15588, 15589, 15759
Modification de notes	09208, 15130, 15705, 15706
Modification de libellés	08781, 08782, 08784 à 08786, 08788, 08789, 08792 à 08794, 08818, 09208, 15130, 15246, 15554, 15558, 15567, 15578, 15579, 15590, 15607, 15608, 15611, 15612, 15705 à 15707, 15761, 16004, 16005, 16012, 16015, 16019, 16023
Modification de tarifs	00024 (psychiatrie), 08780 à 08794, 08799, 08817, 08818, 08832, 08868, 08920, 08921, 08929, 08932, 08935 à 08937, 08940, 08945, 08947, 08965, 08970, 08971, 08980, 08981, 08994, 09152 (cardiologie), 09160 (neurochirurgie), 09164 (gastroentérologie), 09170 (neurochirurgie), 15481, 15554, 15558, 15561, 15562, 15567 à 15569, 15578, 15581 (psychiatrie), 15582 (psychiatrie), 15590 à 15593, 16104 à 16107, 98002, 98007
Abolition de notes	15891 à 15893
Ajout de note	15246

Onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques

Changement	Codes de facturation
Ajout de codes de facturation	00330, 00370, 20546, 20547
Ajout de notes	00794
Modification de notes	00518, 20042
Modification de libellés	09436 à 09441, 20042
Ajout de tarif	20049

Onglet F – Peau, phanères, tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses

Changement	Codes de facturation
Ajout de codes de facturations	01030, 01034, 01226

Onglet J – *Système cardiaque*

Changement	Codes de facturation
Ajout de code de facturation	04060, 04575, 04580
Ajout de note	04544
Modification de note	Au-dessus d' <i>Actes généraux</i> , 04544
Modification de tarif	04514, 04608

Onglet S – *Système nerveux*

Changement	Codes de facturation
Ajout de code de facturation	07510, 07609, 07676
Modification de notes	07702, 07706, 07817, 07842