

24 mars 2025

342

> Médecins spécialistes

Modification 114 à l'Accord-cadre

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération ont convenu de la Modification 114 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 **24 mars 2025**.

Certains changements vous ont déjà été présentés dans l'[infolettre 313](#) du 10 février 2025.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services ou vos activités ou pour les modifier, si requis, rétroactivement à la date indiquée. Pour les modalités nécessitant une désignation, vous aurez **90 jours** à compter de la date de réception de celle-ci pour facturer vos services. 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 à un prochain état de compte.

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)

SOMMAIRE

1	Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)	3
1.1	Préambule général	3
1.2	Addendum 4 – Chirurgie	3
1.3	Addendum 5 – Musculo-squelettique	3
1.4	Addendum 6 – Obstétrique gynécologie	4
1.5	Addendum 13 – Hématologie-oncologie médicale	4
1.6	Annexe 1 de l’onglet Q – Obstétrique	4
2	Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)	4
2.1	Anesthésiologie	5
2.2	Chirurgie générale	5
2.3	Chirurgie orthopédique	6
2.4	Chirurgie plastique	6
2.5	Médecine interne	6
2.6	Microbiologie et pneumologie	6
2.7	Obstétrique-gynécologie	7
2.8	Pédiatrie	7
2.9	Physiatrie	7
2.10	Urologie	7
3	Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)	7
4	Lettres d’entente modifiées ou adoptées	8
4.1	Lettre d’entente n° 3	8
4.2	Lettre d’entente n° 172	8
4.3	Lettre d’entente n° 259	8
4.4	Lettre d’entente n° 263	8
5	Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)	10
6	Rémunération mixte (Annexe 38)	11
6.1	Chirurgie orthopédique	11
6.2	Dermatologie	11
6.3	Gastro-entérologie	11
6.4	Médecine interne	11
6.5	Obstétrique-gynécologie	11
6.6	Pédiatrie	11
6.7	Physiatrie	12
6.8	Pneumologie	12
7	Programme de congé parental (Annexe 43)	12
8	Protocole d’accord – Activités médico-administratives	13
9	Protocole d’accord – Centre antipoison du Québec ou ÉVAQ	13
10	Programme de Procréation médicalement assistée	13

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

1.1 Préambule général

1.1.1 Règle 5. Visites

Un paragraphe est ajouté à la [règle 5.4 du Préambule général](#). En cohérence avec l'ajout à la [règle 2.5 de l'Addendum 13 – Hématologie-oncologie](#), vous pouvez facturer une visite de mise en œuvre (codes de facturation **15628, 15629, 15631, 15632, 15634 à 15637**) à la suite d'une première visite principale chez un patient hospitalisé. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2024**.

Pour le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie, un paragraphe est ajouté à la [règle 5.4](#). Vous ne pouvez pas facturer la visite principale la fin de semaine et les jours fériés à moins que celle-ci soit associée à une consultation. Vous pouvez alors facturer la tournée des malades (code de facturation **09161**) pour remplacer la visite principale.

1.1.2 Règle 6. Malade dirigé

La [règle 6 du Préambule général](#) est modifiée. En tant que médecin psychiatre, vous pouvez effectuer une consultation auprès d'un patient dans le but d'évaluer sa condition psychiatrique **à la demande d'un intervenant en santé mentale**. Vous devez remettre un rapport écrit à l'intervenant vous ayant dirigé le patient.

Identifiez l'intervenant en santé mentale en inscrivant son prénom, son nom et la profession « Autres ».

1.1.3 Règle 41. Supplément d'honoraires de plateau technique

À l'[annexe 1 de la règle 41 du Préambule général](#), la biopsie (unique ou multiple) osseuse à l'aiguille avec aspiration de moelle osseuse pour un bénéficiaire de 14 ans ou plus (code de facturation **00281**), ayant désormais un tarif en cabinet, est ajoutée 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**).

1.2 Addendum 4 – Chirurgie

À la [règle 12 de l'Addendum 4 – Chirurgie](#), la note sous le code de facturation **05936** est modifiée. Elle concerne les services codifiés **05963 à 05968**. Les chirurgies complexes pour les cas de plexus brachial, de nerfs périphériques complexes et de microanastomoses lymphatico-veineuses ne sont pas limitées aux centres hospitaliers désignés. Si vous effectuez une telle chirurgie dans un centre hospitalier non désigné, utilisez l'élément de contexte *Forfait pour reconstruction en chirurgie plastique pratiquée dans un des cas d'exception*.

1.3 Addendum 5 – Musculo-squelettique

1.3.1 Règle 9

La [règle 9.1 de l'Addendum 5 – Musculo-squelettique](#) est modifiée. Vous pouvez vous prévaloir de la rémunération pour l'exérèse de broches ou de fils seulement si elle est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie locale, régionale ou générale. Ce service ne peut être associé à aucun autre service au même site.

1.3.2 Règle 14

Le titre de la [règle 14](#) est modifié et un paragraphe y est ajouté. Comme médecin classé en chirurgie orthopédique, vous pouvez vous prévaloir du forfait pour chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de 4 heures ou plus (codes de facturation **18186 à 18193**). Seul le médecin désigné peut facturer le forfait d'une durée anesthésiologique de 3 à 4 heures (code de facturation **18185**), et ce, lorsque la chirurgie est rendue à un patient de moins de 16 ans. Par concordance, le titre au-dessus du service codifié **18185** est modifié et une note est ajoutée sous ce service.

1.4 Addendum 6 – Obstétrique gynécologie

La [règle 11.1 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie](#) est modifiée conformément au programme de procréation médicalement assistée. La ou les personnes qui obtiennent des services de procréation assistée peuvent recourir à une femme ou une personne qui n'est pas partie du projet pour donner naissance à un ou des enfants.

Si, depuis le 6 mars 2024, vous avez rendu des services à une femme ou une personne qui n'est pas partie du projet, vous pouvez facturer vos services.

Si vous avez un numéro d'autorisation pour un **service inscrit dans le service en ligne Procréation médicalement assistée**, vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer ce service.

Pour la facturation d'un **service non inscrit dans le service en ligne Procréation médicalement assistée** et dont le délai de 90 jours est dépassé, demandez l'ajout du service au projet concerné à [pilotage-pma@ramq.gouv.qc.ca](mailto:pma@ramq.gouv.qc.ca).

La [règle 11.7](#) est ajoutée, ce qui donne lieu à la création de 2 nouveaux services, et la règle qui suit est renumérotée. Vous pouvez vous prévaloir d'un honoraire global pour une stimulation ovarienne (hors insémination artificielle ou FIV) par agent injectable pour une patiente qui ne reçoit pas de traitement d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro. Cet honoraire global comprend les services suivants :

- Stimulation ovarienne par agent injectable (hors FIV et hors insémination artificielle) par gonadotropines, visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie (code de facturation **06494**);
- Interprétation des résultats paracliniques, interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, ajustement des doses de médicaments (code de facturation **06495**).

Vous pouvez facturer le service d'interprétation (code de facturation **06495**) seulement si le service de stimulation ovarienne (code de facturation **06494**) a déjà été facturé, par vous ou un autre médecin.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **6 mars 2024**.

1.5 Addendum 13 – Hématologie-oncologie médicale

La [règle 2.4 de l'Addendum 13 – Hématologie-oncologie](#) est modifiée. Les modulateurs des récepteurs androgéniques (ARAT) ainsi que les inhibiteurs de la 17-alpha-hydroxylase constituent une mise en œuvre.

La [règle 2.5](#) est modifiée. Vous ne pouvez facturer aucune autre visite le même jour qu'une mise en œuvre pour le même patient, à l'exception d'une visite principale auprès d'un patient hospitalisé.

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

1.6 Annexe 1 de l'onglet Q – Obstétrique

Dans l'[annexe 1 de l'onglet Q – Obstétrique](#), la référence à « 23 semaines » est remplacée par « 22 semaines » et la référence à « 23 0/7 » est remplacée par « 22 0/7 ».

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

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

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

- L'entrée en vigueur des codes de facturation **06494** et **06495** prend effet le **6 mars 2024**;
- Les valeurs anesthésiques des codes de facturation **07124**, **07125** et **07126** prennent effet le **20 octobre 2023**;
- La modification aux codes de facturation **15327**, **15362** et **15409** prend effet le **2 octobre 2023**;
- La modification de la note sous le code de facturation **02549** prend effet le **1^{er} janvier 2017**;
- La modification d'une note et l'ajout d'une note sous le code de facturation **02143** prennent effet le **4 mars 2022**;

- Le code de facturation **02187** (CRSS 0736) prend effet le **4 janvier 2017**;
- Le code de facturation **02451** (CRSS 5115) prend effet le **28 août 2020**;
- La modification au code de facturation **20085** prend effet le **30 septembre 2022**;
- La modification de la note sous le code de facturation **06248** prend effet le **1^{er} janvier 2017**;
- L'abolition de la note sous les codes de facturation **15321, 15322, 15328, 15329, 15334 et 15335** prend effet le **9 janvier 2017**;
- Le code de facturation **05115** (CRSS 5090 et 5091) prend effet le **9 août 2019**;
- La modification de la note sous le code de facturation **15543** prend effet le **24 janvier 2022**;
- La modification aux codes de facturation **15854, 15855, 15856 et 15857** et l'abolition de leur note prennent effet le **30 mai 2019**;
- La modification à la 3^e note sous le code de facturation **20545** prend effet le **25 juillet 2024**;
- La modification au code de facturation **98012** prend effet le **25 septembre 2023**.

2.1 Anesthésiologie

La [sous-section Établissement de la section Anesthésiologie de l'onglet B – Tarification des visites](#) est modifiée.

La notion de demi-journée est retirée dans les cliniques d'évaluation préopératoire. Ainsi, le libellé des services codifiés **15485 à 15487** est modifié, et les services codifiés **15600 à 15602** sont abolis.

Les services codifiés **15485 à 15487** doivent être rendus dans une clinique d'évaluation préopératoire de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, sauf un jour férié. La [règle 13.4 de l'Addendum 8 – Anesthésiologie](#) est ajoutée. Elle contient l'information qui était dans la note sous le code de facturation **15602**, soit que la majoration d'honoraires selon l'âge ne s'applique pas à la clinique d'évaluation préopératoire (codes de facturation **15485 à 15487**).

Les cliniques d'évaluation préopératoire sont désignées par le comité conjoint MSSS–FMSQ. La liste sera disponible à la page [Listes de désignations et listes de garde](#). Les parties négociantes accordent un nombre de services par semaine pour l'ensemble des services codifiés **15485 à 15487** pour chaque établissement selon sa catégorie.

Vous ne pouvez facturer aucun autre service pour la même période où vous facturez un service codifié **15485 à 15487**. De même, aucun service en rôle 2 ne peut être facturé le même jour pour le même patient.

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin lorsque vous utilisez les codes de facturation **15485 à 15487**.
Inscrivez l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

À la [section Iris et corps ciliaire de l'onglet T – Appareil visuel](#), des unités en rôle 2 ont été ajoutées pour les services codifiés **07124 à 07126**. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **20 octobre 2023**.

2.2 Chirurgie générale

Les parties négociantes ont convenu d'un nouveau service pour remplacer un acte non tarifé (CRSS 5090 et 5091) : *Dissection sous-muqueuse endoscopique et résection de tumeur(s) gastrique(s) et/ou œsophagienne(s) effectuée en salle d'opération* (code de facturation **05115**).

De plus, le code de facturation **05115** est ajouté au 1^{er} paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 75 % au tableau des suppléments d'honoraires de la chirurgie générale de l'Annexe 38.

Ce service étant négocié rétroactivement au **9 août 2019**, dès à présent, nous refuserons tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé.

Si vous avez facturé l'acte non tarifé (CRSS 5090 ou 5091), vous n'avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

2.3 Chirurgie orthopédique

À la [sous-section Luxation de la section Extrémités – Membres supérieurs de l'onglet G – Musculo-squelettique](#), la note sous les services de réduction fermée (code de facturation **02546**) ou ouverte (code de facturation **02549**) d'une luxation gléno-humérale est modifiée. Vous ne pouvez pas facturer d'autre acte chirurgical de l'onglet G – Musculo-squelettique au même site et à la **même séance** lorsque vous facturez ces services. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

Les parties négociantes ont convenu d'un nouveau service pour remplacer un acte non tarifé (CRSS 0736) : *Si réparation tardive du biceps ou triceps distal (plus de 6 semaines), supplément* (code de facturation **02187**). Ainsi, ce service étant négocié rétroactivement au **4 janvier 2017**, dès à présent, nous refuserons tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé. De plus, le code de facturation **02187** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 90 % au tableau des suppléments d'honoraires de la chirurgie orthopédique de l'Annexe 38.

Les parties négociantes ont convenu d'un nouveau service pour remplacer un acte non tarifé (CRSS 5115) : *si associé avec reconstruction du ligament croisé antérieur, supplément* (code de facturation **02451**). Ainsi, ce service étant négocié rétroactivement au **28 août 2020**, dès à présent, nous refuserons tout service facturé avec le code de l'acte non tarifé. De plus, le code de facturation **02451** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 90 % au tableau des suppléments d'honoraires de la chirurgie orthopédique de l'Annexe 38.

Si vous avez facturé un acte non tarifé (CRSS 0736 ou 5115), vous n'avez aucune action à poser. Le paiement paraîtra à un prochain état de compte.

2.4 Chirurgie plastique

Une note est ajoutée à l'[onglet F – Peau, phanères, tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses](#). Si vous êtes désigné à l'[Annexe 39](#), aucune autorisation de la RAMQ n'est nécessaire pour la correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales (codes de facturation **01405**, **01406**, **01416** et **01417**) lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou pour un patient post-brûlure au 3^e degré, dont les cicatrices causent des limitations fonctionnelles ou des plaies chroniques.

2.5 Médecine interne

Des visites ont été ajoutées à la [section Médecine interne de l'onglet B – Tarification des visites](#).

Vous pouvez désormais facturer la visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA (codes de facturation **15933** et **15934**).

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

Vous pouvez désormais facturer la visite à la demande d'une sage-femme, incluant la rédaction du rapport (codes de facturation **15080**, **15081** et **15090**).

Pour le professionnel référent, inscrivez le prénom et le nom de la sage-femme.

2.6 Microbiologie et pneumologie

Une visite a été ajoutée aux sections [Microbiologie-infectiologie](#) et [Pneumologie](#) de l'onglet B – Tarification des visites. Vous pouvez désormais facturer la visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA (codes de facturation **15933** et **15934**).

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

2.7 Obstétrique-gynécologie

Le libellé des services codifiés **15854** et **15855** est modifié et les notes sous les services codifiés **15854** à **15857** sont abolies. Pour ces services, **il n’y a plus de limitation liée au nombre de jours** où vous pouvez facturer ces services suivant une évaluation globale pour interruption volontaire de grossesse par médicament.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **30 mai 2019**.

2.8 Pédiatrie

Une note sous le service codifié **15543** est modifiée. La limitation relative au fait que ce service ne peut être facturé par un médecin de la même spécialité dans le même centre hospitalier **a été retirée**. De plus, ce service ne peut pas être facturé avec une autre visite par le même médecin **pour le même patient le même jour**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **24 janvier 2022**.

2.9 Physiothérapie

Les notes sous les suppléments de consultation codifiés **15321**, **15322**, **15328**, **15329**, **15334** et **15335** sont abolies. Ainsi, ils peuvent être facturés en plus d’un autre supplément. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **9 janvier 2017**.

À la [section Infiltration de médicament ou de substance thérapeutique ou ponction ou drainage par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoscopique ou scanographique de l’onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#) un nouveau service d’infiltration périneurale unique ou multiple par voie transcutanée sous guidage échoscopique (code de facturation **20601**) est ajouté. Vous pouvez facturer un maximum de 3 infiltrations par patient, par jour. Vous ne pouvez pas facturer ce service en plus du service codifié **20598**. Vous pouvez vous prévaloir d’une majoration de 100 % du tarif lorsque l’infiltration est faite avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence. Pour obtenir la majoration, utilisez l’élément de contexte **Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence**. Un maximum d’une majoration est payable par jour, par patient.

2.10 Urologie

Le nouveau service de consultation et de prise en charge d’un patient en vue d’une greffe rénale (code de facturation **15936**) est introduit. Vous pouvez facturer ce service un maximum d’une fois par patient par greffe. Pour facturer ce service, vous devez détenir des privilèges de pratique de greffe en établissement. Ainsi, votre établissement doit nous informer de vos privilèges de pratique par le formulaire [Avis d’assignation – Octroi de privilèges de pratique – Médecins spécialistes](#) (4575).

De plus, ce nouveau code de facturation est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d’honoraires de 70 % au tableau des suppléments d’honoraires de l’urologie de l’Annexe 38.

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

La note sous le service codifié **06248** est modifiée. Ce service ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site, **à la même séance**. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

3 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

Des modifications sont apportées à l’onglet K – *Ultrasonographie* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*.

À la [section Ultrasonographie ophtalmologique](#), le libellé des codes de facturation **08336**, **08337** et **08320** est modifié. De plus, si vous êtes un médecin spécialiste en ophtalmologie, vous ne pouvez pas utiliser les codes de facturation **08336** et **08337**.

À la [section Échographie digestive](#), le libellé du code de facturation **60704** est modifié.

À la [section Angioradiologie de l'onglet H – Radiologie diagnostique](#), la précision *supplément* est ajoutée au libellé du code de facturation **08400**. Le supplément codifié **08400** est réservé aux médecins radiologistes et s'applique au service *Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) – Insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste* (code de facturation **08401**).

4 Lettres d'entente modifiées ou adoptées

4.1 Lettre d'entente n° 3

À l'[annexe de la Lettre d'entente n° 3](#), les services suivants sont retirés :

- Extraction d'un stérilet;
- Libération du frein de la langue pour enfant de 2 ans ou moins (code de facturation **05501**).

Ainsi, ces services ne sont plus inclus dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

4.2 Lettre d'entente n° 172

Les articles [1.4](#) et [1.5](#) de la *Lettre d'entente n° 172* sont modifiés. Peu importe votre spécialité, vous pouvez effectuer les évaluations suivantes :

- Évaluation médicale en vue d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement (code de facturation **98003**);
- Évaluation médicale en vue du suivi d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement (code de facturation **98004**).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **20 octobre 2023**.

L'article 2 est modifié. Vous pouvez vous prévaloir des modalités de cet article si vous êtes appelé à témoigner dans le cadre d'une enquête publique du coroner. Le libellé du service codifié **98012** devient *Temps de vacation à la cour, au tribunal administratif ou dans une salle d'audience d'une enquête publique du coroner*.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **25 septembre 2023**.

4.3 Lettre d'entente n° 259

Dans la [Lettre d'entente n° 259](#), toutes les références à « 23 semaines » sont remplacées par « 22 semaines ».

4.4 Lettre d'entente n° 263

La [Lettre d'entente n° 263 concernant la rémunération des médecins spécialistes participant à la conception et à la construction de la solution provinciale du Dossier santé numérique dans le cadre des projets vitrines](#) est introduite.

Cette lettre d'entente entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2024** et se termine le **29 novembre 2025**, à moins d'avis contraire des parties négociantes.

Si vous avez accompli des activités professionnelles à titre de médecin spécialiste nommé comme membre d'un comité aviseur, d'un groupe de travail ou d'un groupe de consultation ad hoc, vous pouvez vous prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente. Ces groupes et comités sont composés de professionnels de la santé, dont des médecins, et sont chargés de contribuer à l'élaboration, à la validation et à l'optimisation des fonctionnalités du **Dossier santé numérique (DSN)**.

4.4.1 Activités professionnelles visées

Les **comités aviseurs** élaborent des orientations tactiques et des priorités d'implantation du DSN, en prenant en compte les besoins des différents acteurs du système de santé. Les **groupes de travail** sont chargés d'analyser, de discuter et de recommander les ajustements nécessaires pour adapter le DSN aux besoins particuliers du Québec. Les **groupes de consultation ad hoc** se réunissent lorsque requis pour préparer, revoir et intégrer les outils de travail plus spécifiques selon les différentes spécialités ou différents types de pratique médicale.

Les activités professionnelles visées sont les suivantes :

- l'exercice des responsabilités attribuées au comité ou au groupe;
- la participation aux réunions du comité ou du groupe ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin.

Les réunions doivent faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Les présences doivent être consignées et un procès-verbal de ces réunions doit être préparé et remis aux membres.

Vous pouvez participer aux comités et aux groupes en étant sur place ou à distance, mais vous ne pouvez pas y participer par conférence téléphonique.

4.4.2 Rémunération

Les activités sont rémunérées à tarif horaire selon un taux de 211 \$ qui s'applique au prorata par période de 15 minutes continues et complétées.

Utilisez la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215). La demande de paiement doit contenir uniquement les codes d'activité du Dossier santé numérique.

Dans la section **Établissement**, inscrivez le nom et le numéro de l'établissement pour lequel vous participez aux activités :

- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (94403);
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (94408).

Dans la section **Activités**, inscrivez :

- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération **TH**;
- le code d'activité **330420**;
- le secteur de dispensation (si requis);
- les heures effectuées.

Sélectionnez la plage horaire.

Si l'activité est réalisée à distance, utilisez le secteur de dispensation **60**.

De plus, si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où vous vous trouvez, inscrivez :

- la lettre **A** dans le champ **C.S.**;
- dans le champ **Renseignements complémentaires** :
 - le numéro d'établissement ou de localité du lieu où vous vous trouvez,
 - la date des services,
 - la période de référence, s'il y a lieu.

Votre demande de paiement doit être contresignée par le responsable du comité ou du groupe ou par une personne autorisée de l'établissement.

Rémunération mixte

Si votre mode de rémunération est selon le **mode mixte**, les activités prévues sont rémunérées selon le mode de rémunération qui s'applique à vous au cours de la période où les activités sont effectuées. Si le mode de rémunération mixte s'applique, les activités sont rémunérées selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Si vous êtes un **médecin anesthésiologiste**, le supplément d'honoraires de 50 % s'applique pour la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, sauf un jour férié. Toutefois, si vous vous prévalez de la rémunération prévue à la présente lettre d'entente pour les périodes de 7 h à 8 h ou de 15 h à 17 h du lundi au vendredi, sauf un jour férié, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération prévue selon l'[article 5 du modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie](#) pour la même période.

Si vous êtes un **médecin classé en biochimie médicale ou en microbiologie-infectiologie**, les activités prévues sont rémunérées à 50 % lorsqu'elles sont effectuées de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, sauf un jour férié.

Si le mode de rémunération mixte s'applique, utilisez le code d'activité à tarif horaire **331420**.

Frais de déplacement

Si vous devez vous déplacer de plus de 40 km pour accomplir l'activité, vous avez droit au remboursement de vos frais et de votre temps de déplacement selon les conditions de l'Annexe 23. Consultez la section Frais de déplacement et de séjour du [Guide de facturation – Honoraires forfaitaires et salariat](#).

4.4.3 Autres modalités

La rémunération versée dans le cadre de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base pour l'application de la rémunération différente (Annexe 19).

La rémunération versée n'est pas considérée dans l'application :

- des plafonnements de gains de pratique de l'[Annexe 8](#);
- de la limitation prévue à l'[article 1.4.6 de l'Annexe 19](#);
- des plafonnements de gains de pratique prévus au [Protocole d'accord – Chercheurs boursiers](#).

Les plafonnements de pratique particulière (PG 13 à 16) sont modifiés en conséquence.

Si nous ou un tiers vous rémunérons déjà pour votre participation à une activité, vous ne pouvez pas vous prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.

En plus des modalités de la présente lettre d'entente, vous pouvez vous prévaloir des modalités suivantes :

- *Annexe 25 concernant la rémunération de la garde en disponibilité;*
- Forfaits de prise en charge prévus à l'Annexe 29;
- Forfait quotidien d'une unité de grands brûlés prévu à l'Annexe 39;
- *Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du Système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.);*
- Forfait pour clinique de chimiothérapie;
- Forfait pour médecin répondant en salle de traitement ambulatoire du cancer;
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence;
- *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.*

4.4.4 Banque d'heures

Une banque de **35 748 heures** est allouée à la rémunération des médecins qui participent aux comités et groupes pour la mise en œuvre du DSN.

5 Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)

Le [2^e paragraphe de l'Annexe 23](#) est modifié. Dans le cadre de l'Annexe 23, vous pouvez vous prévaloir des frais de déplacement dans toutes les installations du réseau de la santé et non seulement en centre hospitalier. De plus, une installation réfère également à un site de mission dans le cas de la santé publique et médecine préventive.

La notion de consultant est retirée de l'[Annexe 23](#). Par conséquent, les articles 1.1 à 1.3 sont modifiés. Vos frais de déplacement sont remboursés lorsque vous parcourez plus de 40 km pour rendre des services dans une autre installation que votre installation de pratique principale. L'installation de pratique principale réfère à celle où vous tirez la majorité de vos gains de pratique lorsqu'ils sont considérés selon votre rémunération de base. La distance est calculée à partir du point de départ (au Québec) d'où le déplacement commence jusqu'à l'installation où vous êtes appelé à rendre des services. Les frais de séjour sont remboursés par l'établissement duquel relève l'installation qui fait appel à vos services.

6 Rémunération mixte (Annexe 38)

6.1 Chirurgie orthopédique

Les codes de facturation **02185, 02569, 02592, 02593, 02945, 09568, 18114** et **18174** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 % lorsque rendus à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.

Les codes de facturation **02162, 02185, 02186, 02218, 02258, 02265, 02350, 02351, 02415, 02435, 02452, 02453, 02454, 02569, 02590, 02591, 02592, 02593, 02656, 02728, 02738, 02881, 02890, 02891, 02945, 02959, 02978, 09568, 18063, 18110, 18114, 18118, 18119, 18122, 18129, 18174** et **18194** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 90 %.

6.2 Dermatologie

Les codes de facturation **01013, 01405, 01406** et **01432** sont ajoutés au 1^{er} paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

6.3 Gastro-entérologie

Le code de facturation **08925** est ajouté au 1^{er} paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

Le code de facturation **09078** est déplacé du 2^e au 1^{er} paragraphe de la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %. Ainsi, pour ce service, vous avez droit au supplément d'honoraires de 100 % en tout temps. Cela n'est plus limité au service rendu à un patient de moins de 18 ans.

6.4 Médecine interne

Le code de facturation **00389** est ajouté au nouveau supplément d'honoraires de 51 %.

Les codes de facturation **00390, 00750, 00754, 00862, 00874, 09488, 20042, 20064** et **20135** sont ajoutés au nouveau supplément d'honoraires de 53 %.

Les codes de facturation **00237, 00345, 00353, 00777, 08342, 08343, 08346, 08374, 08396, 08426, 08427, 09334, 09472, 15081, 15090, 15934, 20075** et **20517** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 60 %.

Le code de facturation **00215** est ajouté au nouveau supplément d'honoraires de 75 %.

Les codes de facturation **09246** et **20130** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

6.5 Obstétrique-gynécologie

Le code de facturation **06071** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 60 %.

Les codes de facturation **06001, 06373, 06407, 06494** et **06495** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 75 %.

Le code de facturation **06144** est ajouté à la liste des services médicaux du 1^{er} paragraphe du supplément d'honoraires de 90 %.

Le 2^e paragraphe du supplément d'honoraires de 90 % est modifié. Les services médicaux énumérés dans ce paragraphe n'ont plus à être rendus par un médecin désigné par les parties négociantes, mais doivent être rendus par un médecin détenant un certificat de spécialiste en oncologie gynécologique reconnu par le Collège des médecins du Québec. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **20 octobre 2023**.

6.6 Pédiatrie

Les codes de facturation **15568, 15569, 15581, 15582, 15592** et **15593** sont ajoutés à la liste des services médicaux du nouveau supplément d'honoraires de 65 %.

6.7 Physiatrie

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est ajouté aux 2^e et 3^e paragraphes de la liste des établissements où les services peuvent être rendus du supplément d'honoraires de 75 %. Cette modification est en vigueur pour la période rétroactive du **29 septembre 2019** au **30 septembre 2021**.

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est ajouté à la liste des établissements du supplément d'honoraires de 85 %. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **12 janvier 2024**.

6.8 Pneumologie

Le code de facturation **15934** est ajouté aux listes des services médicaux du supplément d'honoraires de 79 % et de 100 %, lorsque rendus à un patient de 18 ans ou moins par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.

7 Programme de congé parental (Annexe 43)

L'[Annexe 43](#) est remplacée à compter du **24 mars 2025**, à l'exception de l'article 6 qui est ajouté rétroactivement au **6 mars 2024**.

Les articles [3.1](#) et [3.2](#) de l'Annexe 43 concernant le congé de maternité sont modifiés. Vous avez droit au congé de maternité lorsque vous subissez une interruption de grossesse (spontanée, volontaire ou médicale) ou qu'il y a une situation de mortinaissance ou d'un enfant mort-né postérieure à la 19^e semaine de grossesse. Dans le cas d'une interruption de grossesse, la période de 12 semaines du congé de maternité doit se terminer au plus tard 20 semaines après la semaine où survient l'interruption de grossesse.

Au programme de congé parental est ajouté le congé de paternité ou congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant et le congé pour projet de grossesse pour autrui.

Allocation hebdomadaire

L'allocation hebdomadaire maximale est maintenant de **3 000 \$** pendant la période du congé de maternité, de paternité ou de congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant, d'adoption ou de projet de grossesse pour autrui.

Si vous avez une pratique active en cabinet privé, l'allocation hebdomadaire additionnelle maximale est maintenant de **1 500 \$**.

Congé de paternité ou congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant (art. 4)

Vous pouvez vous prévaloir du [congé de paternité ou du congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant](#) si vous êtes le parent d'un enfant né au cours de la période d'application du programme de congé parental et que vous n'avez pas donné naissance à cet enfant. Il est d'une durée de **6 semaines**.

Si vous bénéficiez du [congé d'adoption](#) ou du [congé pour projet de grossesse pour autrui](#), vous ne pouvez pas vous prévaloir du congé de paternité ou du congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant. De même, vous ne pouvez pas vous en prévaloir si vous avez accepté de fournir votre matériel reproductif à titre de tiers sans être partie à un projet parental.

Congé pour projet de grossesse pour autrui (art. 6)

Pour vous prévaloir du [congé pour projet de grossesse pour autrui](#), vous devez faire partie d'un projet de grossesse pour autrui dont l'enfant naît ou est prévu naître lors de la période d'application du programme de congé parental.

Ce congé est d'un maximum de 6 semaines consécutives. Vous pouvez répartir le congé à votre convenance, avant ou après la prise en charge de l'enfant. La répartition doit toutefois commencer un dimanche et se terminer un samedi et comprendre le jour de la prise en charge de l'enfant. Exceptionnellement, la répartition peut commencer le dimanche suivant la prise en charge de l'enfant.

On entend par « projet de grossesse pour autrui » un projet parental qui se forme lorsque vous avez décidé, afin d'avoir un enfant, de recourir à une femme ou à une personne qui n'est pas partie au projet parental pour donner naissance à cet enfant.

Si vous et l'autre parent êtes des médecins spécialistes, vous pouvez tous les deux vous prévaloir des présentes dispositions. Chacun d'entre vous peut prendre la période de congé de 6 semaines consécutives et la somme des congés peut être répartie entre vous selon les modalités que vous fixez. Toutefois, vous devez en informer le comité conjoint.

Ces dispositions s'appliquent seulement à une naissance issue d'un projet de grossesse qui survient à compter du 6 mars 2024, à moins que vous puissiez démontrer que la grossesse a commencé après le 5 juin 2023.

L'article 3.6 de l'Annexe 47 est modifié. Vous pouvez vous absenter temporairement jusqu'à un maximum de 52 semaines pour un congé pour projet de grossesse pour autrui sans que cela remette en question le maintien de votre nomination et de vos privilèges.

8 Protocole d'accord – Activités médico-administratives

L'[article 3 du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé](#) est modifié. Les activités visées par ce protocole n'ont pas à se dérouler dans un établissement. De plus, votre participation à une réunion en visioconférence n'a plus à être entre des établissements de santé ou des installations d'un établissement de santé.

Si l'activité est réalisée ailleurs que dans un établissement, inscrivez le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ **Établissement**.

Si l'activité est réalisée à distance, inscrivez le secteur de dispensation **60**.

De plus, si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où le médecin se trouve, inscrivez :

- la lettre **A** dans le champ **C.S.**;
- dans le champ **Renseignements complémentaires** :
 - le numéro d'établissement ou de localité du lieu où vous vous trouvez,
 - la date des services,
 - la période de référence, s'il y a lieu.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **14 mai 2022**.

9 Protocole d'accord – Centre antipoison du Québec ou ÉVAQ

L'[article 5](#) est modifié. **Est retirée la limitation** relative au fait que vous n'avez droit qu'à la moitié du montant forfaitaire lorsque vous faites la prise en charge de la couverture provinciale des activités en toxicologie (art. 3.1.3). Par conséquent, les codes d'activité **078129** et **078309** sont abolis.

10 Programme de Procréation médicalement assistée

Dans les infolettres [342](#) du 5 mars 2024 et [017](#) du 19 avril 2024, nous vous avons demandé de retenir votre facturation pour le service de biopsie embryonnaire et de test génétique préimplantatoire rendu à une personne qui présente un risque élevé de concevoir un enfant atteint d'une maladie héréditaire monogénique ou d'un remaniement chromosomique hérité grave, invalidant ou mortel. À la suite des négociations, il n'y aura pas de rémunération pour ce service. Ainsi, aucune modification ne sera apportée au service en ligne Procréation médicalement assistée et aucune facturation à la RAMQ n'est nécessaire pour ce service. Vous n'avez plus à utiliser le formulaire Demande d'autorisation du service de biopsie embryonnaire et de test génétique préimplantatoire (4556).