

> Médecins spécialistes

Mesures de l'Institut de la pertinence des actes médicaux : modifications à votre entente

L'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) a adopté de nouvelles mesures visant à respecter les exigences de l'entente entre le Secrétariat du Conseil du trésor et votre fédération.

Ces changements entrent en vigueur le **1^{er} décembre 2021**.

1 Facturation des services en radiologie diagnostique

À compter du **1^{er} décembre 2021**, vous devez utiliser la *Facture de services médicaux – Médecins spécialistes* pour tous les services prévus à l'onglet [H – Radiologie diagnostique](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement* (SLE).

Vous ne devez plus utiliser la *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte* (1606).

1.1 Instructions de facturation – Facture de services médicaux

Pour chacun des services en radiologie diagnostique que vous facturez sur la *Facture de services médicaux – Médecins spécialistes*, vous devez inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui reçoit le service;
- le zéro au début du code de facturation correspondant au service;
- le numéro du médecin, du dentiste ou de l'infirmière praticienne spécialisée ayant demandé l'examen radiologique. Si le numéro n'est pas connu, inscrire son prénom, son nom et sa profession. Si vous êtes également le médecin traitant, inscrire votre propre numéro;
- tous les renseignements requis pour le paiement du service facturé.

Par conséquent, les frais de déplacement en lien avec un service rendu selon le mode de rémunération à l'acte doivent être facturés sur la *Facture de frais de déplacement*. Pour connaître les instructions de facturation, vous pouvez consulter la section *Facture de frais de déplacement* du [Guide de facturation – Rémunération à l'acte](#) ou la rubrique [Frais de déplacement](#), sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession.


Avec l'adoption de ce changement, nous retirerons prochainement l'onglet *V – Radiologie diagnostique* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*. De plus, nous ajouterons un zéro au début de chacun des codes de facturation de l'onglet *H – Radiologie diagnostique* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*.

1.2 Instructions de facturation – Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606)

Pour la facturation des services de radiologie diagnostique sur la demande de paiement 1606, vous devez vous assurer que **la période se termine au plus tard le 30 novembre 2021**. Si la période excède cette date, votre demande sera entièrement refusée.

1.3 Avis d'assignation (formulaire 3051)

L'établissement dans lequel vous détenez une nomination en radiologie diagnostique n'a plus à nous transmettre le formulaire *Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens* (3051).

Courriel, site Web et fils RSS	Téléphone	Heures d'ouverture
www.ramq.gouv.qc.ca/courriel	Québec 418 780-4208	Du lundi au vendredi,
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels	Montréal 514 687-3612	de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
Abonnez-vous à nos fils RSS 	Ailleurs au Québec 1 888 330-3023	(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

2 Suppléments de durée pour les visites d'une durée inhabituelle

Pour que le supplément de durée soit payable pour les visites d'une durée inhabituelle pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe, comme prévu à l'[article 1](#) de l'*Addendum 1 – Médecine* et à l'[article 2.8](#) de l'*Addendum 4 – Chirurgie* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, vous devez désormais inscrire les renseignements suivants :

- le ou les codes de diagnostic associés à la visite d'une durée inhabituelle qui nécessite la facturation d'un supplément de durée;
- les heures de début et de fin de la visite qui nécessite la facturation d'un supplément de durée;
- les heures de début et de fin pour chacun des services rendus entre 7 h et 19 h au cours de la même journée que le supplément de durée, dans le même lieu.

En l'absence de ces renseignements, le supplément de durée sera refusé.

Instructions de facturation

Inscrire le ou les codes de diagnostic sur la facture qui comprend le supplément de durée.

Inscrire les heures de début et de fin pour le supplément de durée. Ces heures doivent être les mêmes que celles de la visite.

3 Limitation aux conditions de facturation

Les limitations aux conditions de facturation sont modifiées pour des services en psychiatrie, en urologie, en cardiologie et en gynécologie du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte* ainsi qu'en médecine nucléaire du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*.

3.1 Consultations – Psychiatrie

À la section [Psychiatrie](#) de l'onglet *B – Tarification des visites*, les consultations en cabinet privé (code de facturation **09165**), en clinique externe (code de facturation **09170**) et en clinique externe d'un centre de réadaptation (code de facturation **15346**), y compris les consultations en local sous gestion du gouvernement (code de facturation **09212**), sont limitées à une consultation par patient, par psychiatre, par période de 12 mois, pour l'ensemble de ces consultations.

3.2 Électrocardiogramme dynamique – Cardiologie

À la section *Cardiologie* de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, le service « Électrocardiogramme dynamique (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation » (code de facturation [00350](#)) est limité à 1 examen par patient, par période de 7 jours.

3.3 Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile – Urologie

À la section *Urologie* de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, le service « Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile » (code de facturation [00302](#)) ne peut pas être facturé par un spécialiste en médecine d'urgence.

3.4 Plastie des petites lèvres ou circoncision – Gynécologie

À la section [Vulve et orifice inférieur du vagin](#) de l'onglet *P – Gynécologie*, le service « Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux » (code de facturation **06258**) ne peut être facturé que chez les patientes ayant terminé leur puberté, dans l'une des situations suivantes :

1. Petites lèvres mesurant plus de 5 centimètres dans la plus grande largeur;
2. Impact fonctionnel significatif pour la sexualité et/ou la miction avec deuxième opinion préalable;
3. Impact psychologique majeur de l'apparence des petites lèvres avec deuxième opinion ou opinion préalable d'un professionnel de la santé mentale.

Ces restrictions ne s'appliquent pas dans le contexte d'une circoncision (pour phimosis clitoridien), ni pour une femme étant inscrite sur une liste d'attente en date du 1^{er} novembre 2021 en vue d'obtenir une chirurgie des petites lèvres.

3.5 Étude du taux d'épuration – Médecine nucléaire

À la section [Divers](#) de l'onglet *F – Médecine nucléaire* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, le service « Étude du taux d'épuration » (code de facturation **08690**) ne peut être facturé pour l'analyse d'un test respiratoire à l'urée marquée au C14 pour la recherche d'infection active à *Helicobacter pylori*.