



MANUEL DES SPÉCIALISTES

BROCHURE N° 5

(n° 158)

**Régie de
l'assurance maladie**

Québec 

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-48514-8



**MANUEL DES SPÉCIALISTES
BROCHURE N° 5**

MISE À JOUR : 29

DÉCEMBRE 2014

Veillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto et verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages.

MODIFICATION 70, en vigueur le 1^{er} janvier 2014, sauf mention contraire, ainsi que des modifications d'ordre administratif

INTRODUCTION

- Mise à jour

Pages : 1 et 2

TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ

- Modifications au tableau de la psychiatrie - **en vigueur le 13 mai 2013**
- Modifications au tableau de la psychiatrie

Page : 21

- Modification administrative

Pages : 13 et 24

DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives

Pages : 1, 15 et 16

PAIEMENT

- Modification à l'expression *dépôt direct* pour *virement bancaire (dépôt direct)*
- Correction au calendrier de paiement 2014

Pages : 1, 3, 6, 9 et 10

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajouts des messages explicatifs 855, 856 et 857

Page : 4

ANNEXE 40

- Modification administrative

Page : 4

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre suivante :
n° 199 du 2 décembre 2014.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-48514-8

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

La Brochure n° 5 vise à vous renseigner sur les modalités de facturation pour le mode de rémunération mixte.

À cet égard, elle contient notamment, la reproduction de textes officiels dont les annexes 38 et 40, des avis administratifs, le guide de rédaction de la demande de paiement et les messages explicatifs afférents.

Lorsque le texte de la brochure est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle du Québec ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

#

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Web**, section *Professionnels* pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant vos ententes et vos modalités de facturation.

#

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour de votre manuel, les info-lettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

Pour toute COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE (Centre d'assistance aux professionnels), veuillez consulter les coordonnées à la page suivante.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour sur le site Web ou papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour
ZZ	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : - le 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un avis, nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); - le 00 indique qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel; - tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction de la modification relative à l'Accord-cadre. - Si, sur une même page, les changements proviennent à la fois d'une modification, d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la modification a priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver le sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

Page

1.0 ANNEXE 38 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte	1
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE	1
2. <i>PER DIEM</i> ET <i>DEMI-PER DIEM</i>	2
3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	3
4. AUTRE RÉMUNÉRATION	5
5. RÈGLE D'APPLICATION	6
6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ	7
7. FORFAIT RÉSEAU	7
8. RESSOURCEMENT	8
9. ASSISTANCE CHIRURGICALE	8
10. MODALITÉS PARTICULIÈRES	8
11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ	8
# 12. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA <i>LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES</i> (Annexe 24 de l'Accord-cadre)	8
# 13. PROTOCOLE D'ACCORD	8
# 14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT	8
# 15. DIVERS	9
# 16. LIMITATION	10
17. PROCÉDURE D'AUTORISATION	11
# 18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE	12
2.0 TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ	1
LISTE DES SPÉCIALITÉS	
Allergie	1
Anatomo-pathologie	1
Anesthésiologie	2
Cardiologie	7
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	7
Chirurgie générale	8
Chirurgie orthopédique	9
Chirurgie plastique	10
# Chirurgie vasculaire	10
# Dermatologie	11
# Endocrinologie	11
# Gastro-entérologie	12
# Génétique médicale	12
# Gériatrie	13
# Hématologie-oncologie médicale (Groupe A)	15
# Hématologie-oncologie médicale (Groupe B)	16
# Médecine interne	16
# Médecine nucléaire	16
# Néphrologie	17
# Neurochirurgie	17
# Neurologie	17
# Obstétrique-gynécologie	18
# Ophtalmologie	19
# Oto-rhino-laryngologie	19
# Pédiatrie	20
# Physiatrie	21
# Pneumologie	22
# Psychiatrie	22
# Radiologie	23
# Radio-oncologie	24
# Rhumatologie	24
# Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail	26
# Urologie	30

	<i>Page</i>
3.0 DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE	1
Avant-propos	1
Rémunération différée	1
Frais de déplacement et de séjour	1
3.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE	3
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
3.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ	12
3.4 SECTEURS DE DISPENSATION	13
3.5 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	14
3.6 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION	15
4.0 PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence	1
4.4 ÉTAT DE COMPTE - RÉMUNÉRATION MIXTE	2
4.4.1 Description	3
4.4.2 Vérification des paiements	5
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	6
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	6
4.5.2 Demande de paiement en cours de traitement	6
4.5.3 Paiement refusé en partie	6
4.5.4 Paiement refusé en totalité	6
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
4.7 CODES DE TRANSACTION	8
4.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT	9
5.0 MESSAGES EXPLICATIFS	1
6.0 ANNEXE 40 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence	1
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE	1
2. RÉMUNÉRATION	1
3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	3
4. AUTRE RÉMUNÉRATION	4
# 5. RÈGLE D'APPLICATION	5
6. RESSOURCEMENT	5
7. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ	5
8. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (Annexe 24 de l'Accord-cadre)	6
9. PROTOCOLE D'ACCORD	6
10. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT	6
11. DIVERS	6
12. LIMITATION	8
13. PROCÉDURE D'AUTORISATION	8

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE.

1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

1.1 Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine spécialisée dans un département clinique, un service clinique ou, le cas échéant, un secteur d'activité d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

1.2 Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste, classé dans une spécialité visée en annexe, accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche.

Les activités médicales comprennent notamment les activités cliniques ou de laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine), ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire.

AVIS : *Utiliser un des codes d'activités suivants :*

065030 (Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065032 (Travail en équipe multidisciplinaire sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065053 (Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065056 (Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065057 (Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065150 (Activités de témoignage)

065151 (Activités d'évaluation)

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

1.3 Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

AVIS : *Utiliser le code d'activités **065022** (Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'université sauf pour la spécialité d'anesthésiologie).*

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

Les activités médico-administratives désignent :

- les activités effectuées par un médecin spécialiste comme chef de département clinique ou chef de service clinique, à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre de ses responsabilités de membre élu ou nommé à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, lesquelles sont rémunérées par le Protocole adopté à cette fin;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et son *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- les activités du médecin spécialiste à titre de responsable de programme clinique;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions du département clinique ou service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

AVIS : *Utiliser un des codes d'activités suivants :*

065021 (Activités comme chef de département ou de service sauf pour la spécialité d'anesthésiologie).

065020 (Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065019 (Activités à titre de responsable de programme clinique sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM

AVIS : *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743.*

2.1 Le médecin spécialiste reçoit un *per diem* pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

Pour une demi-journée d'activité, il reçoit un demi *per diem*.

2.2 Une journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de sept heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraire de votre discipline.*

2.3 Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activité, on applique les règles suivantes :

- i. Le calcul de la période moyenne d'activité est effectué par période de deux semaines;

AVIS : *La période est établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte. Voir le point 4.8 de la section Paiement - Rémunération mixte.*

- ii. Le médecin ne peut réclamer plus d'un *per diem* par jour;
- iii. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *demi per diem* au cours d'une journée où il ne participe à aucune des activités prévues à l'article 2.1;
- iv. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 2.1 a été inférieure à trois heures et demie;
- v. Aux fins de déterminer le nombre maximum de *demi per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de deux semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 2.1 au cours de cette période de deux semaines.

AVIS : *Un per diem équivaut à deux demi per diem .*

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

2.4 Le montant du *per diem* est de 704 \$. Le montant du demi *per diem* est de 352 \$.

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

AVIS : Les honoraires demandés par le médecin spécialiste doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de **sa spécialité**, pour les services médicaux dans la section Actes du formulaire Demande de paiement - Médecin (n° 1200), et pour les services de laboratoire (SLE) sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation (n° 1606).

Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste, durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit obligatoirement inscrire dans la case P.H. sur le formulaire Demande de paiement - Médecin (n° 1200), la plage horaire durant laquelle le service a été rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation (établissement, cabinet, domicile, etc.) :

De minuit à 7 h (nuit), la plage horaire	= 1
De 7 h à 12 h (a. m.), la plage horaire	= 2
De 12 h à 17 h (p. m.), la plage horaire	= 3
De 17 h à minuit (soir), la plage horaire	= 4

IMPORTANT : Pour le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **uniquement** à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire une plage horaire pour les services demandés est **limitée** aux périodes (dates de service) où il se rend dans cet établissement. En d'autre temps, la plage horaire n'est pas obligatoire.

3.1 Le médecin spécialiste reçoit également un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre pour la prestation de services médicaux entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), utiliser le modificateur **118**.

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

Les services médicaux visés ainsi que les suppléments d'honoraires applicables au sein d'une spécialité sont indiqués en annexe. Aux fins de la détermination et de l'application de ces suppléments d'honoraires, on applique les règles suivantes :

- i. Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un supplément d'honoraires, on retient le supplément d'honoraires le plus élevé;
- ii. Lorsque le supplément d'honoraires prévu au sein d'une spécialité varie en fonction du tarif ou du nombre d'unités anesthésiques d'un service médical, on détermine le supplément d'honoraires applicable à un service médical selon la tarification de base de ce service médical, sans égard à toute majoration, réduction ou autres modificateurs applicables en vertu des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre;

AVIS : On détermine le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical. Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du **rôle 4** qui n'est pas rémunérable, sauf dans le cas de l'assistance opératoire prévue à la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum. Pour un service médical à unités (rôle 1), on tient compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.

- iii. Aux fins de l'application d'un supplément d'honoraires à un service médical, on retient la tarification de ce service médical, une fois qu'il est tenu compte de toute majoration, réduction ou autres modificateurs applicables en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre;
- iv. En anesthésie, on applique le supplément d'honoraires sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

3.2 Toutefois, malgré l'absence de disposition spécifique à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toujours sur les services médicaux suivants :

- + - Constat de décès à distance (code 15264)
- + - Rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3) (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- + - Examen externe d'un cadavre (code 15312);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumé victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (codes 09071 et 09073);
- + - Formulaire - Certificat du médecin qualifié dans le cadre des prélèvements découlant des exigences du Code criminel (code 09820)
- + - Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques (code 15310);
- + - Prélèvement de sang veineux chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction (code 15311)
- Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public (codes 09825 et 09826);
- Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (codes 09900, 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09970 et 09971);
- Formulaire - Programme de dépistage du cancer du sein (codes 09814, 09815, 09816 et 09817);
- Formulaire - Programme d'aide aux victimes de l'hépatite C (code 09818);
- + - Validation et approbation d'une demande d'analyse de biologie médicale non disponible au Québec, avec rédaction du rapport AH-612 (code 70004).

AVIS : Ces services sont payables en tout temps dans l'établissement où le médecin spécialiste est autorisé au mode de rémunération mixte.

3.3 Nonobstant toutes dispositions au contraire dans les modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur le supplément payable en vertu de la Règle 28 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la Règle 7 du Préambule général de l'annexe 5.

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes concernés, utiliser le code d'acte **70000**. Les spécialités visées sont : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, dermatologie, médecine interne, néphrologie, neurologie, obstétrique-gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie et radio-oncologie.

Chirurgie générale : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 05050, 05052, 05054, 05404, 05455, 05462, 05468, 05471, 05477, 20127**, utiliser le code d'acte **70005**.

Pédiatrie : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **00234, 00249** et **00863**, utiliser le code d'acte **70002**.

Pour la facturation du PG-7 relativement aux codes concernés, utiliser le code d'acte **70003**. Les spécialités visées sont : cardiologie, médecine nucléaire, pédiatrie et radiologie diagnostique.

3.4 Toutefois, malgré l'absence de disposition spécifique à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique sur les honoraires additionnels payables en vertu de la Règle 15.2 de l'Addendum 4. – Chirurgie.

De plus, ces honoraires additionnels s'appliquent jusqu'à 21 h plutôt que 19 h.

AVIS : Pour la facturation du supplément d'honoraires à 100 % relativement à la règle 15.2 de l'addendum 4, utiliser le code d'acte **05916** pour l'honoraire additionnel a. m. et le code d'acte **05917** pour l'honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes.

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

4.1 Le médecin spécialiste reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre, en faisant toutefois abstraction de la Règle 14 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie et de la Règle 4 du Préambule général du Tarif de la Médecine de laboratoire, pour la prestation de services médicaux le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

Toutefois, les honoraires de visite de contrôle ne sont pas payables entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), utiliser le modificateur **119**.

Pour la facturation des services médicaux, inscrire la plage horaire 1 ou 4 et les honoraires à 100 %.

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

4.2 De plus, le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence au cours des périodes suivantes, a droit au paiement d'honoraires majorés :

- i. La majoration est de 70 % entre 7 h et minuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, et entre 21 h et minuit les autres jours;
- ii. La majoration est de 150 % entre minuit et 7 h, tous les jours.

AVIS : Pour les soins d'urgence en rémunération mixte, il faut obligatoirement utiliser les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des règles 4 et 14.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

	Début de l'opération (tous les rôles)
SOIR, du lundi au vendredi de 21 h à minuit	MOD = 109
NUIT, de minuit à 7 h	MOD = 110
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	MOD = 111
JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 21 h (aucune majoration)	-----

Remarque : Voir l'article 4.2 pour connaître la majoration applicable pour chacun des modificateurs

- + **4.3** Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences sont d'au moins 221 \$ entre minuit et 7 heures tous les jours et d'au moins 147 \$ entre 7 heures et minuit le samedi, le dimanche et les jours fériés ou entre 21 h et minuit les autres jours, à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 296 \$ et 147 \$ respectivement, pour chacune des périodes visées.

AVIS : Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :

- Code d'acte **09203** ou **92030** de minuit à 7 h;
- Code d'acte **09204** ou **92040** de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 21 h à minuit, les autres jours;
- Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6 du Manuel des médecins spécialistes.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, **le médecin doit choisir entre :**

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le **modificateur 094** ou un de ses multiples (sauf pour les codes d'acte **92030** ou **92040**).

5. RÈGLE D'APPLICATION

5.1 Pour les fins de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 ou des majorations d'honoraires prévues à l'article 4.2, on applique les règles suivantes :

- i. On retient l'heure du début de prestation du service.
- ii. En obstétrique, on retient l'heure de la naissance.
- iii. À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités : pour les unités de durée, on retient le temps de prestation du service qui coïncide avec les périodes visées aux articles précités; pour les unités de base, on retient l'heure du début de prestation du service.

6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.1 Le médecin spécialiste reçoit également le paiement du supplément de garde autrement payable en vertu de l'annexe 25 de l'Accord-cadre, selon les conditions qui y sont prévues. Toutefois, les jours considérés fériés sont ceux prévus à l'article 15.3.

AVIS : *Veillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.*

Des règles spécifiques peuvent cependant s'appliquer dans certaines spécialités. Celles-ci sont alors indiquées en annexe.

AVIS : *Pour avoir droit aux règles spécifiques de l'annexe 38, le médecin spécialiste doit effectuer sa garde dans la spécialité où il est classé.*

AVIS : *Pour les spécialités et les établissements visés par l'annexe 25, se reporter à cette annexe pour connaître les codes d'acte et les tarifs à réclamer. De plus, si en regard d'une spécialité et d'un établissement spécifique, un forfait de garde en disponibilité est accordé par une lettre d'entente aux conditions de l'annexe 25, le médecin doit demander les codes d'acte et les tarifs de cette lettre d'entente. Pour les autres situations, se reporter au tableau qui suit.*

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Suppléments pour la garde locale

AVIS : *La liste des codes d'acte et des tarifs pour les suppléments pour la garde locale est disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.*

7. FORFAIT RÉSEAU

7.1 Un supplément peut être payable au médecin spécialiste qui, comme membre d'un groupe concerté, participe à la prestation des services médicaux dans un établissement autre que celui où il exerce de façon principale.

Seuls les groupes de médecins assurant de façon permanente la prestation des soins et ayant été reconnus par les parties négociantes peuvent réclamer le paiement de ce supplément au cours de la période autorisée. L'avis d'autorisation indique le nom du médecin, la spécialité et l'établissement visé, la période d'application ainsi que le montant du supplément.

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS – FORFAIT RÉSEAU

Spécialités	Codes d'acte	Tarif (\$)
Hématologie-oncologie médicale (groupe A)	19004	170,00
Hématologie-oncologie médicale (groupe B)	19005	170,00
Autres disciplines	09780	170,00

AVIS : *Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (n° 1200) de la façon suivante; inscrire :*

- le code **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- la plage horaire correspondant, dans la case P.H.;
- le code d'acte susmentionné, dans la case ACTES;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

8. RESSOURCEMENT

Abrogé.

9. ASSISTANCE CHIRURGICALE

9.1 Le médecin spécialiste qui assiste un chirurgien au cours d'une journée a droit, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie sa présence, au paiement d'un per diem ou d'un demi per diem, selon sa période d'activité, mais n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu à l'article 3.1 pour son travail d'assistance chirurgicale, à l'exception toutefois de l'assistance opératoire prévue à la règle 13 de l'Addendum 4. Chirurgie et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum.

10. MODALITÉS PARTICULIÈRES

10.1 Le mode de rémunération mixte peut faire l'objet de modalités d'application différentes ou additionnelles au sein de certaines spécialités. Ces modalités sont indiquées en annexe.

11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

11.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en cabinet privé. Toutefois, s'il réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucun service dispensé avant 17 h en cabinet.*

11.2 Les parties négociantes peuvent toutefois autoriser l'application du mode de rémunération mixte afin de rémunérer les activités d'un médecin spécialiste en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où exerce ce médecin est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité et en complémentarité de ceux dispensés par l'établissement.

Les parties négociantes peuvent également fixer les autres conditions qu'elles jugent nécessaires avant d'autoriser l'application du mode de rémunération mixte en cabinet privé.

12. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (annexe 24 de l'Accord-cadre)

12.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et mentionnés à l'annexe 24 de l'Accord-cadre.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2.

13. PROTOCOLE D'ACCORD

13.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ou au Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe entre 7 h et 17 h.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucune activité réalisée avant 17 h en regard de ces trois protocoles d'accord.*

14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

14.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte au sein d'un hôpital, et qui dispense également des services au sein d'un autre hôpital, est rémunéré pour ces services selon le mode de rémunération applicable au sein de ce dernier.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré au sein de cet autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin ne peut facturer aucun service avant 17 h dans un hôpital où il ne détient pas une autorisation de facturer selon le mode de la rémunération mixte.*

15. DIVERS

15.1 Sous réserve de l'article 15.2, l'ensemble des dispositions prévues à l'Accord-cadre s'applique, avec les adaptations nécessaires, au médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, à l'exception toutefois des dispositions contenues aux annexes 13, 14, 15, 16, 21, 26, 30, 31 et 33.

15.2 L'application de certaines dispositions prévues à l'Accord-cadre s'effectue toutefois selon les modalités suivantes :

- i. En ce qui a trait aux annexes 10, 27 et 28, les majorations d'honoraires qui y sont prévues s'appliquent de 21 h à minuit plutôt que de 19 h à minuit, et de 7 h à minuit plutôt que de 8 h à minuit.
- ii. En ce qui a trait à l'annexe 11, les mesures qui y sont prévues peuvent faire l'objet de modalités d'application particulières au sein des départements, services ou secteurs d'activité visés par le mode de rémunération mixte. Ces modalités sont, le cas échéant, déterminées par les parties négociantes lors de l'acceptation d'une demande d'application du mode de rémunération mixte.
- iii. En ce qui a trait à l'annexe 29, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin qui, au cours d'une journée, assume la prise en charge d'une unité reconnue en vertu de l'annexe 29. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'annexe 29 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 117 (ou ses multiples) pour tous les services rendus lorsque le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 (codes d'acte 09294 et 09295) au cours d'une journée.*

Les services rendus en urgence doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'annexe 38. Les jours fériés qui s'appliquent sont ceux de l'annexe 38, article 15.3.

Les multiples du modificateur 117 sont les suivants :

022 - 117 = MOD 268
 050 - 117 = MOD 248
 094 - 117 = MOD 249
 108 - 117 = MOD 266
 109 - 117 = MOD 245
 110 - 117 = MOD 246
 111 - 117 = MOD 247
 117 - 172 = MOD 594
 117 - 199 = MOD 459

AVIS : *Lorsqu'il y a prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue en vertu de l'annexe 29, veuillez vous référer au forfait et au tarif prévus à l'annexe 25 pour la facturation d'un supplément de garde en disponibilité.*

- iv. En ce qui a trait à l'annexe 30, seules les dispositions prévues à l'article 1.2 de cette annexe s'appliquent. Les services médicaux visés sont sujets au supplément d'honoraires prévu en annexe.
- v. En ce qui a trait à l'annexe 39, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en chirurgie plastique qui, au cours d'une journée, dispense des soins dans une unité de grands brûlés désignée par les parties négociantes. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'annexe 39 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 192 pour tous les services dispensés en vertu de l'annexe 39, par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte.*

Les services rendus en urgence pour une raison autre qu'une brûlure doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'annexe 38.

- vi. En ce qui a trait à l'annexe 41, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en anesthésiologie qui, au cours d'une journée, dispense des soins dans un centre de douleur chronique reconnu par les parties négociantes. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'annexe 41 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours d'une journée.
- vii. En ce qui a trait à l'annexe 42, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en psychiatrie qui, au cours d'une demi-journée, réclame le paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4.1 de l'annexe 42. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'annexe 42 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette demi-journée.

AVIS : *Lorsqu'un des montants forfaitaires prévus à l'article 4.1 est réclamé (codes d'acte 98013, 98014, 98018 ou 98019), inscrire le modificateur 127 ou son multiple uniquement pour tous les autres services dispensés en vertu de l'annexe 42 par un psychiatre autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte dans l'établissement désigné et pour lequel il est soumis à ce mode de rémunération.*

Le multiple du modificateur 127 est le suivant :

$$094 - 127 = \text{MOD } 222 \text{ (constante } 1,0000)$$

15.3 Aux fins de la présente annexe, est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le jour de l'An, le lendemain du jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des patriotes, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du jour de l'An.

AVIS : *La Régie appliquera le calendrier des jours fériés qui figure au point 3.5 de la section Demande de paiement - Rémunération mixte, sauf si l'établissement concerné par les services facturés lui a fait connaître une date de célébration du jour férié différente pour son personnel infirmier.*

15.4 Un médecin spécialiste peut agir comme médecin-conseil pour l'élaboration ou l'exécution du programme de santé publique touchant le champ de sa discipline. Il doit y avoir été préalablement invité par le directeur régional de santé publique, le président directeur général de l'Institut national de santé publique ou le directeur général de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au moyen d'une demande écrite précisant la nature de sa participation et sa durée.

Celui qui est appelé comme médecin-conseil peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, l'autorisation des parties négociantes est nécessaire si le médecin ne bénéficie pas déjà de ce mode de rémunération mixte ou si sa participation comme médecin-conseil est requise pour une période s'étalant sur plus de 30 jours dans l'année civile.

Aux fins de l'application du mode de rémunération mixte, les activités médicales visées à l'article 1.2 comprennent également l'ensemble des activités prévues à l'article 1 du modèle de rémunération mixte de la Santé communautaire apparaissant en annexe.

16. LIMITATION

16.1 Le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui exercent dans un département, service ou secteur d'activité où s'applique ce mode, incluant ceux qui y exercent dans un contexte de remplacement ou, dans les cas spécifiques autorisés par les parties négociantes, ceux qui y exercent dans un contexte de support ou de pool de service.

Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle pour le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active, pour le médecin qui exerce dans un contexte de support ainsi que pour le médecin visé par l'annexe 16 de l'Accord-cadre; ce dernier pouvant plutôt conserver le mode de rémunération au salariat.

- + Également, une autre exception à cette règle s'applique pour le médecin qui exerce dans un établissement comportant plusieurs centres hospitaliers et où les modes de rémunération applicables dans une spécialité ne sont pas uniformes dans l'ensemble de ces centres hospitaliers. Ainsi, le médecin d'une discipline qui exerce de façon principale selon le mode de rémunération à l'acte dans un des centres hospitaliers d'un établissement peut demeurer rémunéré selon ce mode de rémunération lorsqu'il doit dispenser des services en urgence dans un autre centre hospitalier de cet établissement où le mode de rémunération mixte s'applique dans sa discipline. De même, le médecin d'une discipline qui exerce de façon principale selon le mode de rémunération mixte dans un des centres hospitaliers d'un établissement peut demeurer rémunéré selon ce mode de rémunération lorsqu'il doit dispenser des services en urgence dans un autre centre hospitalier de cet établissement où le mode de rémunération à l'acte s'applique dans sa discipline. De plus, les parties négociantes peuvent, sur désignation, permettre l'application de cette exception pour d'autres médecins qui exercent dans un contexte de support ou dans un contexte d'utilisation de plateaux techniques externes au sein d'autres centres hospitaliers.

Le médecin auquel s'applique le mode de rémunération mixte ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie que ceux prévus à la présente annexe.

- # **AVIS :** *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Il est important de mentionner qu'il s'agit d'une nomination dans le cadre d'un support.*

17. PROCÉDURE D'AUTORISATION

17.1 Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte est transmise par l'administration de l'établissement à la demande du département, service ou secteur d'activité concerné.

La demande fait état des médecins exerçant dans le département, service ou secteur d'activité concerné et du niveau d'activité de chacun de ces médecins.

17.2 La demande d'autorisation peut viser la reconnaissance spécifique par les parties négociantes d'un poste de support ou de pool de service au sein du département, service ou secteur d'activité concerné.

La demande fait alors état du niveau global d'activité des médecins qui participeront à la prestation des soins dans un contexte de support ou de pool de service.

AVIS : *L'autorisation d'un poste de support peut être accordée lorsqu'un surplus d'activités professionnelles nécessite l'ajout d'effectifs médicaux. L'administration de l'établissement doit faire une demande d'autorisation d'un poste de support aux parties négociantes, en l'occurrence, à la Direction générale des relations professionnelles du MSSS.*

L'autorisation d'un poste de « pool de service » composé d'un groupe de médecins spécialistes peut être donnée pour combler un poste vacant déjà autorisé dans les budgets d'effectifs médicaux d'un établissement. Pour ce faire, suivre la procédure décrite ci-dessus.

17.3 Les parties négociantes forment un comité aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'autorisation pour le paiement suivant le mode de rémunération mixte.

17.4 Le comité examine les demandes d'autorisation de paiement en considérant, notamment, le département, service ou secteur d'activité concerné, les médecins qui exercent au sein de ce département, service ou secteur d'activité, leur niveau de participation aux activités visées par la présente annexe et tout autre critère pouvant être déterminé par les parties négociantes.

17.5 Le comité recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte ainsi que la date du début d'application et de renouvellement annuel de l'autorisation.

17.6 L'avis d'autorisation comporte l'information nécessaire à l'application du mode de rémunération mixte dont l'identification de l'établissement et du département, service ou secteur d'activité concerné, la date d'application du mode de rémunération mixte, le nom des médecins du département, service ou secteur d'activité concerné - sauf lors de la reconnaissance d'un poste de support ou de pool de service - et le niveau global d'activité exprimé en équivalent temps complet.

- # **AVIS :** *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Il est important de mentionner s'il s'agit d'une nomination dans le cadre d'un « pool de service » ou de support.*

Dans le cas d'un « pool de service », seule la date de début de nomination doit être précisée pour couvrir toute la durée de la nomination. Indiquer « annexe 38 » dans la section Situation d'entente.

Pour un poste de support, préciser la période visée et fournir un avis pour chaque période en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Indiquer « annexe 38 » dans la section Situation d'entente. Le choix du mode de rémunération et la signature du médecin ne sont pas requis dans ce cas.

17.7 L'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération mixte se renouvelle automatiquement à chaque année, à moins que le département, service ou secteur d'activité demande de ne pas renouveler l'autorisation. Toutefois, les parties négociantes peuvent assujettir le renouvellement de l'autorisation aux conditions et modalités qu'elles déterminent.

AVIS : *L'administration d'un établissement doit informer les parties négociantes et la Régie, lorsqu'un médecin s'ajoute ou quitte le département, le service ou le secteur de dispensation où s'applique le mode de la rémunération mixte.*

17.8 La Régie donne effet aux avis d'autorisation qui lui sont présentés par les parties négociantes ou leurs représentants désignés.

18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE

18.1 Les parties négociantes conviennent de la nécessité de compléter les composantes du mode de rémunération mixte en déterminant, conjointement avec les milieux universitaires, les modalités d'application d'un forfait universitaire pour les médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalo-universitaire.

18.2 De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à effectuer les démarches nécessaires afin d'assurer le maintien d'une enveloppe de rémunération minimum de 33 millions \$ par année provenant du ministère de l'Éducation du Québec pour la rémunération des tâches universitaires effectuées par les médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalo-universitaire.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M. D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

2.0 TABLEAUX – RÉMUNÉRATION MIXTE

TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ

ALLERGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 45	Les services médicaux codés 00100, 00106, 00107, 00112, 00152, 00161, 00334, 00781, 00815, 00836, 09060, 09094, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09170, 15366, 15367, 15368, 15369, 15370, 15371, 15372, 15373, 15374, 15375, 15376, 15377, 15378, 15379, 15380, 15381, 16000, 20104, 20105, 20106, 20107, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20500, 20501, 20502, 20503, 20504 et 20505.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Abrogé.

ANESTHÉSIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30	Le service médical codé 07261 ainsi que les services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
50	Les services médicaux codés 09095 et 09096. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui ne font pas l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception des services médicaux codés 00080, 00915, 08925, 09135, 09145, 09148 et 09246.
63	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de deux ans.
+ 70	Le service médical codé 00585, lorsque dispensé dans une unité de soins intensifs non reconnue en vertu de l'Annexe 29.
+ 90	Tous les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8 de l'Accord-cadre.
100	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet Système cardiaque lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet Système nerveux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.
+	Les services médicaux codés 15482, 15483, 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

En anesthésiologie, le mode de rémunération mixte s'applique en tenant compte des modalités particulières prévues ci-après :

1. L'article 2 de l'Annexe 38 est remplacé par le suivant :**2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM**

2.1 Le médecin spécialiste reçoit un per diem pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

AVIS : Pour la facturation, voir l'onglet Demande de paiement - Rémunération mixte, partie 4 - deuxième exemple ligne du quantième 14 ou 15.

Pour une demi-journée d'activité, il reçoit un demi-per diem.

AVIS : *Pour la facturation, voir l'onglet Demande de paiement - Rémunération mixte, partie 4 - deuxième exemple du quantième 16.*

AVIS : *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (n° 3743). Utiliser un des codes d'activité suivants :*

Veillez utiliser un des codes d'activité suivants pour les activités médicales visées à l'article 1.2 de l'annexe 38 :

- **084030** (activité clinique sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- **084056** (activité clinique avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- **084053** (activité de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- **084057** (activité de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- **084032** (travail en équipe multidisciplinaire)

Veillez utiliser le code d'activité suivant pour les activités d'enseignement visées à l'article 1.3 de l'annexe 38 :

- **084022** (cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'Université)

Veillez utiliser les codes d'activité suivants pour les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'annexe 38 et effectuées entre 8 h et 15 h du lundi au vendredi à l'exception des jours fériés :

- **084021** (activité comme chef de département ou de service)
- **084020** (participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP)
- **084019** (activité à titre de responsable de programme clinique)

2.2 Une journée d'activité s'entend d'une période d'activité de sept heures au cours d'une même journée, entre 8 h et 15 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Une demi-journée d'activité s'entend d'une période d'activité de trois heures et demie au cours d'une même journée, durant la même période.

2.3 Le médecin ne peut réclamer plus d'un per diem ou deux demi per diem par jour.

2.4 Le montant du per diem est de 704 \$. Le montant du demi per diem est de 352 \$.

AVIS : *Le per diem est payable pour une période d'activité professionnelle de 7 heures pour une même journée.*

Pour une durée d'activité inférieure à 7 heures, mais d'au moins 3 heures et demi, le médecin anesthésiologiste peut réclamer un demi-per diem.

Aux fins de la détermination d'un demi-per diem, seules les heures effectuées dans une même journée sont comptabilisées.

2. Le premier paragraphe de l'article 3.1 de l'Annexe 38 est remplacé par le suivant :

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

3.1 Le médecin spécialiste en anesthésiologie reçoit un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-Cadre pour la prestation de services médicaux au cours des périodes suivantes :

- entre 8 h et 15 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour l'ensemble des services médicaux visés par un supplément d'honoraires;
- entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour les services autres que les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8.

3. L'article 4.1 de l'Annexe 38 est remplacé par le suivant :**4. AUTRE RÉMUNÉRATION**

4.1 Le médecin spécialiste en anesthésiologie reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre, en faisant toutefois abstraction de la Règle 14 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie et de la Règle 4 du Préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire, pour la prestation de services médicaux le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'au cours des périodes suivantes :

- entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, pour l'ensemble des services médicaux, sauf pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8;
- entre 21 h et 7 h du lundi au vendredi, pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8;
- + • entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 21 h, du lundi au vendredi, pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8. La majoration de 29 % de la tarification prévue à la Règle 12 s'applique toutefois jusqu'à 21 h plutôt que 19 h.

Toutefois, les honoraires de visite de contrôle ne sont pas payables entre 15 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : *Entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 21 h, utiliser le modificateur **919** ou ses multiples pour demander la majoration d'honoraires pour les services médicaux visés par la règle 12 de l'addendum 8.*

En dehors des plages de 7 h et 8 h et 15 h et 21 h, utiliser les modificateurs de suites d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

AVIS : *Pour les soins d'urgence en rémunération mixte, il faut obligatoirement utiliser les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des règles 4 et 14.*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

<i>Intervalle et majoration</i>	<i>Début de l'opération (tous les rôles)</i>	<i>Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)</i>
NUIT, du lundi au vendredi de minuit à 7 h (150 %)	110	113
JOUR, du lundi au vendredi de 7 h à 8 h (29 % *)	----- ou 919(*)	115 ou 226 *
JOUR, du lundi au vendredi de 8 h à 15 h (aucune majoration)	-----	115
JOUR, du lundi au vendredi de 15 h à 21 h (29 % *)	----- ou 919(*)	115 ou 226 *
SOIR, du lundi au vendredi de 21 h à minuit (70 %)	109	112
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de minuit à 7 h (150 %)	110	113
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit (70 %)	111	114

* Pour les services concernés par la règle 12 de l'Addendum 8.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENCE DANS UN ÉTABLISSEMENT OÙ LE MÉDECIN EST AUTORISÉ AU MODE MIXTE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

<i>Intervalle et majoration</i>	<i>Début de l'opération (tous les rôles)</i>	<i>Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)</i>
Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h (29 % *)	----- ou 919 *	116 ou 227 *
En tout autre temps	-----	116

* Pour les services concernés par la règle 12 de l'Addendum 8.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENCE DANS UN ÉTABLISSEMENT OÙ LE MÉDECIN EST NON AUTORISÉ AU MODE MIXTE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

<i>Intervalle et majoration</i>	<i>Début de l'opération (tous les rôles)</i>	<i>Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)</i>
Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h (29 % *)	----- ou 919 *	130 ou 224 *
En tout autre temps	-----	130

* Pour les services concernés par la règle 12 de l'Addendum 8.

Remarque : Voir l'article 4.2 pour connaître la majoration applicable pour chacun des modificateurs.

4. L'article 5.1 de l'Annexe 38 s'applique en tenant compte des modifications apportées à l'article 4.1 ci-dessus.

- + 5. Les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'annexe 38 sont rémunérées à tarif horaire lorsqu'elles sont accomplies entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le tarif est de 100 \$ l'heure et s'applique pour une période d'activité continue de 60 minutes. Toutefois, les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'annexe 38 excluent la participation du médecin spécialiste aux activités médico-administratives prévues au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*.

AVIS : Les activités médico-administratives réalisées par le médecin spécialiste de 7 h à 8 h et de 15 h à 17 h doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (n° 1215). Utiliser un des codes suivants :

- **085021** (activité comme chef de département ou de service)
- **085020** (participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP)
- **085019** (activité à titre de responsable de programme clinique)

Une banque d'heures annuelle maximale de 10 000 heures est établie pour la rémunération des activités médico-administratives effectuées par les médecins anesthésiologistes au cours de ces périodes. Cette banque d'heures est répartie parmi l'ensemble des établissements en fonction du nombre d'anesthésiologistes prévu au plan des effectifs médicaux (PEM) à raison de 17 heures par anesthésiologiste.

La banque d'heures d'un établissement est sous la gestion du chef de département d'anesthésiologie qui doit veiller à une répartition équitable en fonction des tâches médico-administratives assumées par chacun des anesthésiologistes.

Toute demande de paiement de ce tarif horaire doit être contresignée par le chef de département d'anesthésiologie.

Le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement du tarif horaire au cours d'une période ne peut recevoir aucune autre rémunération de la Régie au cours de cette période.

CARDIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
20	Les services médicaux codés 16002, 16005 et 16007.
60	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246, 16002, 16005, 16007, 30010, 30110, 30120, et 30140.
+ 90	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 14 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246, 16001, 16002, 16004, 16005, 16006, 16007, 30010, 30110, 30120 et 30140.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
80	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246.
90	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Supplément d'honoraires		
	%	Services médicaux visés
+	42	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
+		Les services médicaux codés 00414, 00524, 00558, 00626, 00634, 00696, 09331, 09333, 09485, 15272, 20021, 20036, 20037 et 20038.
+	55	Les services médicaux codés 00276, 00277, 00303, 00356, 00357, 00365, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00863, 08348, 08365, 08370, 09060, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09337, 15386, 15387, 15388, 15389, 15391, 20163 et 20164.
	69	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
+		Les services médicaux codés 00852, 00853, 01037, 01038, 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 01228, 01230, 01233, 01234, 01250, 01251, 01252, 09308, 20577 à 20592.
		Les services médicaux codés 01365, 01366 et 01367, lorsque effectués dans les cas de mélanome.
	75	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
+		Les services médicaux codés 01231, 01232, 01424, 05062, 05063, 05064, 05299, 05522, 09305, 20127 et 20128.
	100	Les services médicaux 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
		Les services médicaux codés 01025 à 01028, 03047 à 03050, 05061 et 05510 à 05513.
+		Les services médicaux codés 01000 à 01300, lorsque dispensés à un patient de 12 ans ou moins.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
42	Les services médicaux codés 09060, 09150 et 09162.
+ 57	Les services médicaux codés 09160, 09170, 15131 et 15132.
62	Les services médicaux codés 09060, 09150 et 09162 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
+ 74	Les services médicaux 20146 et 20147.
92	Les services médicaux codés 09160 et 09170 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
+ 100	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, à l'exception du service médical codé 02505.
	Les services médicaux codés 02000, 02002, 02003, 02004, 02005, 02006, 02007, 02013, 02023, 02025, 02029, 02030, 02033, 02041, 02046, 02047, 02054, 02059, 02060, 02061, 02068, 02070, 02074, 02079, 02081, 02082, 02083, 02084, 02085, 02086, 02091, 02092, 02093, 02094, 02095, 02109, 02119, 02127, 02130, 02131, 02132, 02133, 02134, 02135, 02137, 02142, 02143, 02152, 02153, 02166, 02170, 02171, 02174, 02175, 02176, 02177, 02178, 02179, 02182, 02183, 02184, 02188, 02189, 02192, 02193, 02194, 02208, 02209, 02211, 02221, 02222, 02227, 02228, 02229, 02230, 02234, 02240, 02241, 02242, 02244, 02246, 02247, 02252, 02253, 02264, 02274, 02283, 02284, 02285, 02291, 02293, 02322, 02324, 02325, 02340, 02341, 02343, 02344, 02346, 02349, 02352, 02354, 02355, 02356, 02357, 02358, 02359, 02360, 02362, 02365, 02368, 02369, 02376, 02377, 02378, 02379, 02385, 02386, 02387, 02388, 02394, 02396, 02398, 02399, 02405, 02406, 02412, 02413, 02414, 02419, 02426, 02433, 02434, 02450, 02458, 02459, 02460, 02461, 02462, 02463, 02484, 02500, 02501, 02532, 02543, 02551, 02552, 02554, 02555, 02556, 02558, 02560, 02561, 02562, 02563, 02565, 02596, 02625, 02658, 02674, 02686, 02700, 02706, 02713, 02717, 02718, 02722, 02741, 02746, 02747, 02748, 02774, 02778, 02779, 02780, 02781, 02783, 02784, 02785, 02786, 02787, 02788, 02789, 02790, 02791, 02796, 02797, 02798, 02799, 02801, 02802, 02803, 02808, 02811, 02813, 02816, 02822, 02839, 02840, 02841, 02860, 02864, 02865, 02866, 02867, 02868, 02869, 02870, 02871, 02874, 02892, 02897, 02906, 02907, 02913, 02914, 02915, 02916, 02917, 02934, 02936, 02937, 02938, 02939, 02943, 02944, 02948, 02950, 02951, 02952, 02953, 02954, 02955, 02991, 02992, 02993, 02994, 02995, 02996, 09502, 09505, 09506, 09507, 09508, 09509, 09510, 09511, 09512, 09524, 09528, 09530, 09531, 09532, 09535, 09536, 09555, 09563, 09564, 09566, 09567, 09582, 18012, 18013, 18014, 18031, 18032, 18056, 18058, 18059, 18060, 18061, 18066, 18071, 18072, 18073, 18074, 18077, 18078, 18104, 18113, 18125, 18126, 18127, 18138, 18140, 18170, 18171, 18172 et 18173, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246 et 18001 à 18006.
+ 75	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de 14 ans ou moins, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246 et 18001 à 18006.
+ 85	Les services médicaux codés 18001 à 18006, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans.
+ 90	Les services médicaux codés 01032, 01039, 01300 à 01500, 02009, 02017, 02018, 02019, 02031, 02048, 02070, 02089, 02180, 02190, 02191, 02322, 02331, 02337, 02352, 02354, 02355, 02356, 02357, 02367, 02385, 02394, 02443, 02444, 02446, 02447, 02505, 02507, 02508, 02513, 02514, 02515, 02516, 02517, 02518, 02520, 02521, 02522, 02523, 02524, 02527, 05408 à 05915, 07379, 07380, 07412, 07415, 07417, 09553, 18120 et 18121.
+ 100	Les services médicaux codés 02007, 02008, 02012, 02014, 02015, 02038, 02040, 02042, 02050, 02067, 02082, 02083, 02090, 02125, 02126, 02138, 02160, 02198, 02201, 02202, 02219, 02227, 02271, 02273, 02275, 02276, 02300, 02301, 02308, 02312, 02324, 02327, 02328, 02330, 02332, 02363, 02372, 02373, 02377, 02382, 02383, 02396, 02397, 02409, 02448, 02479, 02554, 02650, 02658, 02659, 02674, 02698, 02699, 02704, 02706, 02713, 02718, 02726, 02729, 02741, 02750, 02783, 02784, 02785, 02786, 02787, 02788, 02789, 02790, 02791, 02792, 02793, 02835, 02836, 02895, 02896, 02897, 02898, 02914, 02926, 02928, 02932, 02934, 02939, 02956, 02958, 02960, 02985, 05316, 05317, 05318, 05319, 05320, 05321, 05322, 05329, 05330, 05335, 05337, 07172, 07189, 07333, 07352, 07473, 07474, 07770, 07772, 07790, 07791, 07792, 07793, 07797, 07798, 09537, 09581, 09582, 09597, 18045, 18046, 18047, 18048, 18049, 18050, 18051, 18052, 18053, 18054, 18055, 18056, 18057, 18058, 18059, 18060, 18061, 18102 et 18103.
+ 100	Les services médicaux codés 01033, 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357 lorsque dispensés à un patient de 14 ans ou moins.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE VASCULAIRE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 37	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
+ 50	Les services médicaux codés 00276, 00277, 00414, 00524, 00558, 00626, 00634, 00696, 09331, 09333, 09485, 20021, 20036, 20037 et 20038.
+ 64	Les services médicaux codés 00303, 00356, 00357, 00365, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00863, 08348, 08365, 08370, 09060, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09170 et 09337.
+ 70	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
+ 100	Les services médicaux codés 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 01228, 01230, 01233, 01234, 01250, 01251, 01252, 09308 et 20577 à 20592.
+ 100	Les services médicaux codés 01365, 01366 et 01367, lorsque effectués dans les cas de mélanome.
+ 100	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
+ 100	Les services médicaux codés 01231, 01232, 01424, 05062, 05063, 05064 et 05299.
+ 100	Les services médicaux 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
+ 100	Les services médicaux codés 01025 à 01028, 03047 à 03050, 05061 et 05510 à 05513.

DERMATOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
34	Le service médical codé 15168.
39	Le service médical codé 15172.
46	Le service médical codé 15173.
55	Les services médicaux codés 06074, 06075 et 20109.
+ 75	Les services médicaux codés, 00165, 00167, 00192, 00194, 00213, 00214, 00215, 00245, 00820, 01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01110, 01112, 01121, 01122, 01123, 01124, 01130, 01131, 01132, 01133, 01134, 01215, 01216, 01302, 01303, 01327, 09061, 09183, 09186, 09188, 09297, 15488, 15490, 15492, 15493, 15494, 16013, 16016, 16021, 20060, 20061, 20106, 20117, 20118, 20119, 20143 et 20144.
+ 100	Les services médicaux codés 09181, 09184, 09250, 15491, 16014, 16017, 16018, 16020, 16022, 20107 et 20108.
+	Les services médicaux codés, 00165, 00167, 00192, 00194, 00213, 00214, 00215, 00245, 00820, 01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01110, 01112, 01121, 01122, 01123, 01124, 01130, 01131, 01132, 01133, 01134, 01215, 01216, 01302, 01303, 01327, 09061, 09183, 09186, 09188, 09297, 15490, 15492, 15493, 15494, 16013, 16016, 16021, 20060, 20061, 20106, 20117, 20118, 20119, 20143 et 20144 lorsque dispensés à un patient de 10 ans et moins.
+	Les services médicaux codés 01222 et 01223 lorsque dispensés à un patient de 12 ans et moins.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

ENDOCRINOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09078, 09080, 09148, 09152 et 09164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l'Addendum 7 - Médecine nucléaire, sous la rubrique Épreuves in vitro
+ 44	Les services médicaux codés 09094 et 09176
+ 47	Abrogé.
+ 50	Les services médicaux codés 09060, 09150, 09160, 09170 et 15195
+ 56	Les services médicaux codés 00237 et 00343
	Tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09078, 09080, 09148, 09152 et 09164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l'Addendum 7 - Médecine nucléaire, sous la rubrique Épreuves in vitro
+ 62	Les services médicaux codés 00345 et 09168
	Les services médicaux codés 09060, 09094, 09150, 09170 et 09176, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans
+ 66	Le service médical codé 09162.
+ 78	Les services médicaux codés 09160 et 09162, lorsque dispensé à un patient de moins de 16 ans
+ 100	Les services médicaux codés 00024, 15417, 15418, 15419, 15420, 15422, 15423, 15424, 15425, 15426, 15427, 15428, 15429, 15430, 16030, 16031, 20130 et 20132
	Les services médicaux codés 00237 et 00343, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Supplément d'honoraires		
%	Services médicaux visés	
+ 20	Les services médicaux codés 09377, 09378, 09379, 09380 et 09381.	
+ 50	Les services médicaux codés, 00181, 00364, 00390, 00573, 00574, 00626, 00634, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00749, 00750, 00862, 00863, 00865, 00866, 00874, 08348, 08349, 08365, 09094, 09337, 09375, 09485, 09488, 20030, 20039, 20042, 20043, 20075 et 20135.	
+ 75	Les services médicaux codés 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15352, 15353, 15354, 15355, 20063, 20064, 20136 et 20137.	
+ 100	Les services médicaux codés 15351, 16035, 16036, 16037, 16038 et 20139.	
+	Les services médicaux codés 00181, 00364, 00390, 00573, 00574, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00749, 00750, 00862, 00863, 00865, 00866, 00874, 08348, 08349, 08365, 09060, 09094, 09150, 09160, 09162, 09170, 09337, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 09488, 15273, 15274, 15275, 15276, 15352, 15353, 15354, 15355, 20030, 20043, 20075, 20087, 20088, 20089, 20090, 20091, 20092, 20135, 20136 et 20137, lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans.	

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

Supplément d'honoraires		
%	Services médicaux visés	
+ 60	Les services médicaux codés 09008, 09009, 09010, 09013, 09014, 09015, 09016, 09017, 09018, 09021, 09022, 09023, 09024, 09025, 09060, 09094, 09147, 09148, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 09601, 09602, 09603, 09606, 09607, 09608, 09609, 09612, 09613, 09614, 09615, 09616, 09617, 09618, 09619, 09620, 09621, 09623, 09626, 09627, 09628, 09629, 09630, 09631, 09632, 09633, 09634, 09635, 09636, 09637, 09638, 09639, 09640, 09641, 09642, 09643, 09644, 09645, 09646, 09647, 09648, 09658, 09659, 09660, 09661, 09662, 09663, 09664, 09665, 09666, 09667, 09668, 09669, 09670, 09671, 09672, 09673, 09674, 09675, 09676, 09677, 09678, 09679, 09680, 09681, 09682, 15431, 15432, 15433, 16039 et 16040	

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

GÉRIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
80	Les services médicaux 00024, 00025, 00034, 00035, 00036, 00042, 00043, 00046, 00047, 00048, 15072, 15073, 15106, 15107, 15133, 15139, 15162, 15163, 15175, 15176, 15177, 15240, 15241, 15242, 15243, 15244, 15245, 15495, 15496, 15497, 15498, 15499, 15502, 15503, 15504, 15505, 15506, 15507, 15508, 15509, 15510, 15511 et 15512.
100	Le service médical codé 15501.

AVIS : Pour les codes d'acte **15133, 15162 et 15163 ainsi que leur consultation**; inscrire le code d'établissement où le gériatre est autorisé au mode de rémunération mixte et non celui où la consultation a été effectuée.

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le code d'établissement où le service a été rendu.

AVIS : Pour les codes d'acte **15175, 15176 et 15177 ainsi que leur visite principale**; inscrire le code d'établissement où le gériatre est autorisé au mode de rémunération mixte et non celui où la visite principale a été effectuée.

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le code d'établissement où le service a été rendu.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

1. Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné ainsi que de l'application de la rémunération à l'acte prévue aux articles 4.1 et 4.2 de l'Annexe 38, on tient également compte des services médicaux suivants :

1.1 Admission d'un patient dans une unité de soins

Le médecin spécialiste en gériatrie qui admet à son nom, comme médecin traitant dans une unité de soins, un patient qui a déjà été vu en consultation par un autre médecin, peut se prévaloir de la tarification prévue pour l'admission d'un patient, à raison d'une seule fois au cours du même séjour hospitalier.

Il ne peut alors réclamer le tarif de la visite principale ou de la visite de transfert durant le séjour hospitalier de ce patient. Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle et sont payables, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'Annexe 38.

Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (échelle de Berg < 45/56) ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN) la médication homéopathique et la médication en vente libre) peut réclamer le paiement d'une deuxième (2^e) visite principale à partir de la septième (7^e) journée de la date d'admission et, par la suite, une visite principale sera payable par période de sept (7) jours depuis la dernière visite principale.

Le médecin gériatre qui a vu le patient en consultation au cours du même séjour hospitalier ne peut se prévaloir de la tarification prévue pour l'admission d'un patient.

00025 Admission d'un patient dans une unité de soins 70 \$

AVIS : Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.

1.2 Visite de départ

Abrogé.

1.3 Entrevue avec un tiers

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin gériatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

15106	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	26,10 \$
-------	---	----------

AVIS : *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

1.4 Intervention de suivi en établissement - longue intervention

Au titre de l'intervention de suivi en établissement - longue intervention, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

Pour une intervention de suivi dont la durée est de quinze minutes ou plus, le médecin gériatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade.

15107	Longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	26,10 \$
-------	---	----------

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE A)

Supplément d'honoraires		
	%	Services médicaux visés
+	34	Les services médicaux codés Les services médicaux codés 50030, 50070, 50090, 50100, 50110, 52050, 52060, 56100, 56110, 56125, 56140, 56150, 57040, 60000, 60001, 60004, 60005, 60007, 60008, 60010 à 60021, 60030 à 60053 et 60060 à 60067
+	90	Les services médicaux codés 00094, 00095, 00234, 00249, 00273, 00281, 00282, 00406, 00433, 00434, 00439, 00440, 00593, 00595, 00596, 00734, 09012, 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09176, 09779, 15121, 15281, 15513, 15514, 16003, 16053, 16054, 20507, 20508, 20595, 50040, 52070, 60002, 60003 et 60006

Modalités particulières

1. La détermination du groupe auquel appartient le médecin est déterminé conformément à l'article 3 de l'*addendum 1 - Médecine* de l'*annexe 4* de l'*Accord-cadre*.
2. Nonobstant l'article 4 de l'*annexe 38*, l'ensemble des examens de laboratoire prévu à l'*addendum 6* de l'*annexe 5* de l'*Accord-cadre* ne peut faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article, à l'exception de la Plasmaphérèse massive (code 52070). Toutefois, à l'exception du code 52070, les examens de laboratoire visés ci-dessus par un supplément d'honoraires demeurent payables le samedi, le dimanche, un jour férié et entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, selon le pourcentage du supplément d'honoraires prévu ci-dessus.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire visés par un supplément d'honoraires, inscrire le modificateur **146** lorsque les services sont rendus le samedi, le dimanche, un jour férié et entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

- + 3. À l'Hôpital Sainte-Justine, à l'Hôpital de Montréal pour enfants et au CHUQ-CHUL (Centre Mère-Enfant), le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'*annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 120 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'*annexe 38* ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

- + 4. Aux fins de l'application des plafonnements d'activités prévus aux articles 4.1 et 4.2 de l'*addendum 6* de l'*annexe 5* de l'*Accord-cadre*, les gains de pratique de laboratoire sujets au paiement du supplément d'honoraires de 34 % ou de 90 % sont normalisés. On calcule ces gains de pratique comme s'ils étaient payés suivant la tarification de base. Pour le surplus, les examens de laboratoire sont payés selon le pourcentage prévu aux plafonnements d'activités mais en appliquant ce pourcentage à l'encontre du supplément d'honoraires de 34 % ou de 90 % prévu pour les examens de laboratoire.

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE B)

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 90	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 15010, 15022 et 15028

Modalités particulières

1. La détermination du groupe auquel appartient le médecin est déterminé conformément à l'article 3 de l'Addendum 1 - Médecine de l'Annexe 4 de l'Accord-cadre.
2. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 120 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

MÉDECINE INTERNE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 42	Le service médical codé 15403
+ 60	Les services médicaux codés 00028, 00034, 00036, 00038, 00042, 00043, 00048, 00051, 00053, 00054, 00125, 00234, 00235, 00253, 00273, 00276, 00281, 00309, 00313, 00350, 00414, 00430, 00431, 00489, 00530, 00558, 00582, 00585, 00596, 00597, 00685, 00691, 00693, 00697, 00700, 00703, 00751, 00803, 00815, 00897, 00898, 00899, 00928, 08303, 08309, 08352, 08360, 08388, 08390, 08391, 08392, 08393, 08394, 08479, 09304, 09306, 09307, 09362, 09363, 09418, 15396, 15397, 15398, 15399, 15400, 15401, 15404, 20115, 20176, 20177 et 20178
+ 100	Les services médicaux codés 00024, 09403, 09404, 09405, 15402, 16047, 16048, 16049, 16050 et 16051

AVIS : Pour le code d'acte **15398**, inscrire exceptionnellement la plage horaire 3 lorsque dispensé entre 17 h 00 et 19 h 00.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

NÉPHROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
51	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246
+ 100	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

NEUROCHIRURGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 79	Les services médicaux codés 00088, 00202, 00220, 00596, 00614, 00625, 00629, 01000 à 07999, 09439, 09440, 09441, 09494, 09495, 09496, 09500 à 09599, 15123, 16063, 16064, 16065, 16066, 18011 à 18999, 20537, 20538 et 20596
+ 100	Les services médicaux codés 09160, 09168, 09170 et 15515 Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies, lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants

Modalités particulières

1. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le montant du supplément de garde locale en disponibilité payable en vertu de l'article 5.1 de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 120 \$ en semaine et de 300 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

NEUROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 40	Les services médicaux codés 00145, 00158, 00208, 00209, 00210, 00216, 00255, 00355, 00356, 00357, 00358, 00360, 00363, 00366, 00378, 00386, 00388, 00394, 00509, 00513, 00514, 00554, 00579, 00593, 00595, 00596, 00612, 00613, 00623, 00624, 00649, 00650, 00727, 00728, 00787, 00788, 00794, 00827, 00889, 00890, 00891, 08452, 08472, 08473, 08474, 08475, 08483, 08490, 08491, 08494, 08495, 09336, 09356, 09411, 09412, 09423, 20133, 20134, 20145, 20146, 20147, 20152, 20153, 20537, 20538, 20593, 20595, 40010, 40020, 40040, 40060, 40090, 40100, 40110, 40120, 40130, 40140, 40150, 40160, 40170, 40180, 40190, 40200, 40210 et 40220
42	Le service médical codé 08425
+ 58	Les services médicaux codés 00024, 09060, 09094, 09108, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 16070 et 16071
+ 100	Les services médicaux codés 00359, 15135, 15136, 15137, 16072, 16073, 16074 et 20083

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 38	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09156, 09164, 09166 et 09246.
+ 45	Les services médicaux codés 08312, 08315, 08317, 08318, 08323, 08324, 08339, 15109, 15110, 15125 et 15127.
+ 60	Les services médicaux codés 00109, 00177, 00354, 00375, 00470, 00472, 00558, 00582, 00583, 00603, 00734, 04199, 04243, 04244, 05011, 06038, 06041, 06042, 06043, 06052, 06062, 06066, 06070, 06074, 06075, 06086, 06141, 06145, 06146, 06169, 06170, 06172, 06173, 06178, 06189, 06249, 06258, 06263, 06294, 06356, 06398, 06399, 06415, 06421, 06451, 06452, 06461, 06466, 06810, 06811, 06812, 06900, 06903, 06904, 06906, 06908, 06909, 06912, 06920, 06925, 06926, 06933, 06942, 06948, 06949, 06952, 06960, 06961, 06962 à 06973, 09064, 09157, 09167, 09192, 09306, 09329, 09467, 15086, 15087, 15088, 15089, 15095, 15096, 15097, 15098, 15126, 15129, 15198, 15199, 15294, 15295, 15297, 15298, 15527, 15528, 15529, 16089, 16090, 20017 et 20154.
+ 75	Les services médicaux codés 00320, 06067, 06069, 06072, 06073, 06085, 06097, 06148, 06149, 06156, 06157, 06158, 06177, 06188, 06191, 06194, 06201, 06216, 06225, 06233, 06260, 06261, 06262, 06265, 06266, 06267, 06268, 06270, 06271, 06272, 06273, 06274, 06276, 06278, 06279, 06288, 06289, 06299, 06300, 06303, 06357, 06381, 06400, 06404, 06405, 06406, 06408, 06410, 06411, 06412, 06414, 06419, 06420, 06422, 06424, 06425, 06427, 06428, 06429, 06430, 06434, 06458, 06460, 06462, 06465, 06475, 06913, 06915, 06919, 06924, 06929, 06934, 06940, 06945, 06946, 06950, 09160, 09170, 09176, 09284, 09287, 09288, 09289, 09300, 15081, 15082, 15090, 15091, 15522, 15526, 16079, 16080, 16081, 16082, 16083, 16084, 16085, 16086, 16087, 16088 et 16091.
+ 90	Les services médicaux codés 06058, 06068, 06098, 06099, 06154, 06164, 06208, 06231, 06251, 06264, 06416, 06426, 06457, 06467, 06468, 06469, 06470, 06471, 06472, 06473, 06474, 06476, 06477, 06478, 06479, 06905, 15523, 15524, 15525, 15530 et 15531.
+ 95	Les services médicaux codés 00817, 00834, 00861, 05507, 06928, 06930, 09282, 09283, 20052, 20053, 20054, 20055 et 20056.
+	Les services médicaux codés 00027, 01205, 01228, 01230, 01231, 04199, 06038, 06041, 06042, 06052, 06068, 06069, 06073, 06156, 06157, 06158, 06191, 06194, 06208, 06216, 06225, 06231, 06233, 06249, 06270, 06271, 06272, 06278, 06279, 06289, 06294, 09168, 09192, 15082, 15083, 15084, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15094, 15097, 15098, 15140 et 15143 lorsque dispensés par un médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

Au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le médecin qui exerce en cabinet privé et qui doit se rendre d'urgence à l'hôpital est rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte (100 %) pour les services médicaux suivants qu'il y dispense : services médicaux codés 06903, 06912, 06913, 06919, 06929, 06940, 06945, 06946 et 06950. Il ne peut réclamer le paiement d'un per diem ou demi per diem pour la durée de prestation de ces services.

AVIS : Inscrire le modificateur **120** pour les services énumérés ci-dessus, lorsque le médecin exerce en cabinet privé et qu'il doit se rendre d'urgence à l'hôpital.

OPHTALMOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Les services médicaux codés 08320, 08373, 20057, 20058 et 20059
60	Les services médicaux codés 09060, 09124, 09125, 09150, 09160, 09253, 09255, 09282, 09283, 15018, 15019, 15100, 15101, 15102, 15178, 15179, 15180, 15181, 15182, 16095 et 16096
	Les services médicaux codés 08320, 20057, 20058 et 20059, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans
68	Les services médicaux codés 01000 à 07234, 07237 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999
90	Les services médicaux codés 09060, 09124, 09125, 09150, 09160, 09253, 09255, 09282, 09283, 15018, 15019, 15100, 15101, 15102, 16095 et 16096, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans
+ 100	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans
+	Les services médicaux codés 00860, 07235, 07236, 09168, 15532, 15533, 15534, 15535, 15536, 15537 et 20155

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
56	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599, et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
	Les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques.
+	Les services médicaux codés 09060, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09282, 09283, 15183, 15184, 15459, 15460, 15461, 15463, 15464 et 16098.
67	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
80	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
+ 84	Les services médicaux codés 09168, 01000 à 07999, 09500 à 09599, 15461, 15463, 15464 et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.
+ 95	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599, 15183, 15184 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.
+ 98	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

PÉDIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 85	Les services médicaux codés 00079, 00152, 00231, 00234, 00249, 00255, 00276, 00301, 00307, 00336, 00337, 00343, 00345, 00432, 00489, 00585, 00593, 00595, 00596, 00597, 00611, 00615, 00616, 00634, 00647, 00691, 00697, 00700, 00703, 00721, 00749, 00750, 00777, 00815, 00862, 00863, 00874, 01013, 01196, 01320, 01323, 02546, 02657, 02749, 03194, 07197, 09305, 09306, 09307, 09313, 09316, 09370, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 09403, 09404, 09405, 09418, 18041, 18045, 18046, 18049, 18050, 18105, 20129, 20156, 20500, 20504 et 20595.
+ 100	Les services médicaux codés 00024, 00081, 00083, 00086, 09060, 09094, 09095, 09096, 09147, 09150, 09170, 09176, 09160, 09162, 09296, 15112, 15114, 15115, 15165, 15166, 15185, 15186, 15539, 15540, 15541, 15542, 15543, 15544, 15545, 15546, 15547, 15548, 15549, 15550, 15551, 16100 et 16102.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde sauf pour les suppléments de garde en maladies infectieuses, vous référer à l'article 6.1 de l'annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

Modalités particulières

1. Le montant du supplément de garde locale payable en maladies infectieuses en vertu de l'article 5.1 de l'Annexe 25 est de 180 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

PHYSIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
55	Tous les services médicaux mentionnés au chapitre <i>Actes diagnostiques et thérapeutiques</i> ainsi que les services médicaux codés 07011, 07775, 07845, 07846, 07847, 07848, 18136 et 18137. Les services médicaux codés 00024, 09060, 09094, 09108, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15321, 15322, 15323, 15324, 15325, 15326, 15328, 15329 et 15330. Les services médicaux codés 15344, 15345, 15346, 15347, 15349 et 15350 lorsque dispensés dans un centre de réadaptation désigné par les parties négociantes.
+ 65	Les services médicaux codés 15331, 15332, 15333, 15334, 15335, 15336, 15337, 15338, 15339, 15340 et 15343 lorsque dispensés dans un centre de réadaptation désigné par les parties négociantes. Les services médicaux codés 15344, 15345, 15346, 15347, 15349 et 15350 lorsque dispensés dans une unité de réadaptation lourde à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, au Centre de réadaptation Marie Enfant, au CHU Sainte-Justine ou à l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec. Les services médicaux codés 09108, 09162, 09170, 15328, 15329 et 15330 lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine. Les services médicaux codés 00024, 09060, 09094, 09108, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15321, 15322, 15323, 15324, 15325, 15326, 15328, 15329 et 15330 lorsque dispensés à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et au CHUM.
+ 75	Les services médicaux codés 15331, 15332, 15333, 15334, 15335, 15336, 15337, 15338, 15339, 15340 et 15343 lorsque dispensés dans une unité de réadaptation lourde à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, au Centre de réadaptation Marie Enfant, au CHU Sainte-Justine ou à l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec. Les services médicaux codés 00024, 09060, 09094, 09150, 09160, 15321, 15322, 15323, 15324, 15325 et 15326 lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

PNEUMOLOGIE

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
79	Les services médicaux codés 09095, 09096, 09108, 09160, 09170, 09403, 09404 et 09405. Les services médicaux codés 00900, 00927, 00928, 00990 et 00991 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs.	107 \$	214 \$
100	Les services médicaux codés 09060, 09095, 09096, 09108, 09150, 09154, 09160, 09162, 09170, 09403, 09404, 09405 et 15187, lorsque dispensés à un patient de 18 ans ou moins par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.		

Modalités particulières

1. Aux fins de l'application de l'article 4 de l'Annexe 38, les services médicaux mentionnés à l'Annexe 7, au chapitre Épreuves de fonctions respiratoires ne peuvent faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article.
2. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'Annexe 25 est de 190 \$ en semaine et de 450 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié. Il en est de même au CHUQ-CHUL et au CHUS-Hôpital Fleurimont pour le supplément de garde en disponibilité en pneumologie pédiatrique.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, se reporter au tableau de l'article 6.1 de l'annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

PSYCHIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 08941, 08972, 08982 et 09246.
60	Les services médicaux codés 00024, 08783, 08784, 08785, 08787, 08788, 08790, 08792, 08793, 08816, 08820, 08821, 08822, 08823, 08824, 08825, 08826, 08827, 08832, 08834, 08835, 08836, 08841, 08842, 08843, 08844, 08845, 08846, 08847, 08849, 08850, 08851, 08852, 08853, 08932, 08940, 08947, 08970, 08971, 08974, 08975, 08976, 08977, 08980, 08981, 08984, 08985, 08986, 08987, 15553, 15554, 15565, 15566, 15567, 15568, 15569, 15570, 15571, 15572, 15573, 15574, 15575, 15576, 15577, 15578, 15579, 15580, 15581, 15582, 15583, 15584, 15585, 15586, 15587, 15588, 15589, 15590, 15591, 15592, 15593, 15594, 15595, 16105, 16106, 16107, 20538 et 98020.
80	Les services médicaux codés 00794, 00795, 08786, 08789, 08791, 08794, 08936, 08937 et 20157.

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

RADIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
36	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925 et 09246.
55	Les services médicaux codés 08035, 08042, 08053, 08054, 08055, 08056, 08057, 08058, 08059, 08060, 08062, 08063, 08064, 08065, 08066, 08067, 08068, 08069, 08074, 08075, 08080, 08082, 08083, 08084, 08085, 08086, 08087, 08088, 08090, 08091, 08092, 08093, 08100, 08101, 08102, 08108, 08109, 08110, 08111, 08112, 08113, 08114, 08115, 08116, 08117, 08118, 08119, 08127, 08128, 08132, 08133, 08149, 08151, 08154, 08156, 08157, 08158, 08159, 08160, 08161, 08162, 08163, 08164, 08165, 08166, 08171, 08179, 08180, 08182, 08247, 08270, 08271, 08272, 08273, 08280, 08281 et 08282 lorsque dispensés dans un des centres hospitaliers suivants : - CHUM, Campus Hôtel-Dieu - CHUM, Campus Notre-Dame - CHUM, Campus St-Luc - Institut de cardiologie de Montréal - CUSM (Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital neurologique de Montréal) - L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis - CHUQ, Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec - CHUQ, Pavillon CHUL - CHUQ, Pavillon St-François d'Assise - Hôpital Laval - CUSE, Site Fleurimont
55	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans dans un des centres hospitaliers suivants : - Hôpital Ste-Justine - CUSM (L'Hôpital de Montréal pour enfants) - CHUQ – Pavillon CHUL - CUSE, Site Fleurimont AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (formulaire 1606), inscrire le modificateur 124 pour tout service rendu à un patient de moins de 16 ans, en semaine entre 7 h et 17 h, sauf un jour férié.

Modalités particulières

Le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 120 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, se reporter au tableau de l'article 6.1 de l'annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

RADIO-ONCOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
79	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09060, 09078, 09080, 09094, 09136, 09141, 09144, 09146, 09147, 09148, 09152, 09162, 09164, 09246 et 09296

Modalités particulières

1. Le montant du supplément de garde locale en disponibilité payable en vertu de l'article 5.1 de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 300 \$ chaque jour de semaine où, pour une durée et période déterminées par les parties négociantes, le médecin spécialiste en radio-oncologie prolonge sa disponibilité de services dans un centre hospitalier désigné qui accroît sa capacité de traitement en radio-oncologie.

AVIS : Pour la facturation de ce supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte **19071**. Se référer à l'article 6.1 de l'annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent pour les instructions de facturation.

Les établissements désignés sont :

- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CHUQ - Hôtel-Dieu de Québec
- Centre hospitalier régional de Rimouski
- CSSS de Gatineau - Hôpital de Gatineau
- Hôpital Cité de la Santé
- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hôpital Notre-Dame
- Pavillon Saint-Vallier du CSSS de Chicoutimi

#

RHUMATOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
45	Les services médicaux codés 00024, 00034, 00036, 00042, 00043, 00235, 00430, 00431, 15471, 15472, 15473, 15474, 15475, 15477, 15478, 15480, 20142 et 20149
52	Les services médicaux codés 00034 et 00042, lorsque dispensés à un patient atteint d'une pathologie spécifiée par les parties négociantes
	Le service médical codé 15473
80	Le service médical codé 09402
	Les services médicaux codés 00024, 00034, 00036, 00042, 00043, 00235, 00430, 00431, 15287, 15288, 15289, 15290, 15291, 15475, 15476, 15478, 15479, 20095, 20096 et 20097, lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

En rhumatologie, sous réserve du paragraphe suivant, le mode de rémunération mixte s'applique, en tenant compte des modalités particulières prévues ci-après :

1) Aux fins de l'application de l'article 1.2 et des autres dispositions de l'Annexe 38, les activités médicales rémunérées par le biais du mode de rémunération mixte ne comprennent pas les activités effectuées à la clinique externe de l'établissement. Par conséquent, entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés :

- Les heures d'activités médicales effectuées à la clinique externe ne peuvent être prises en considération aux fins du calcul d'un per diem ou d'un demi per diem. Le médecin ne peut donc réclamer le paiement d'un demi per diem ou d'un per diem au cours d'une période où il dispense des services médicaux à la clinique externe de l'établissement;

- Le médecin n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu au modèle de rémunération mixte pour les activités médicales accomplies à la clinique externe.

En lieu et place, le médecin reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre, incluant les honoraires de visites de contrôle.

- 2) Le médecin qui a réclamé le paiement d'honoraires à l'acte pour des services médicaux dispensés à la clinique externe de l'établissement, ne peut, au cours de la même journée, réclamer le paiement d'un per diem pour ses autres activités, et ce, même si le nombre d'heures d'activités payables en vertu du mode de rémunération mixte et accomplies à l'extérieur de la clinique externe auraient pu lui permettre de réclamer un tel per diem. Il ne peut alors réclamer qu'un demi per diem, le cas échéant.
- 3) Nonobstant ce qui précède et de façon exceptionnelle, le médecin peut continuer d'être rémunéré selon le mode de rémunération mixte lorsqu'il est appelé à voir à la clinique externe, dans un contexte ambulatoire, un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge, le cas échéant. Cette exception ne s'applique toutefois que pour le médecin qui, au cours d'une journée, du lundi au vendredi, est assigné de jour dans son établissement afin d'assurer une disponibilité de service en rhumatologie pour les patients hospitalisés et de l'urgence.

AVIS : *Pour les services rendus en clinique externe dans un contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge, le cas échéant, inscrire le modificateur **076** ou son multiple afin d'être rémunéré selon le mode mixte.*

*Le multiple du modificateur **076** est le suivant :*

*065 - 076 = MOD **288** (constante 1,1500)*

Toutefois, les modalités prévues au premier paragraphe ne s'appliquent pas à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et à l'Hôpital de Montréal pour enfants. De plus, pour le médecin rhumatologue désigné par les parties négociantes et qui exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire, ces modalités ne s'appliquent également pas au cours d'une journée où il exerce en rhumatologie pédiatrique.

AVIS : *Lorsque le médecin rhumatologue désigné par les parties négociantes exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire et qu'il a exercé en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée, inscrire le modificateur **176** ou son multiple, afin d'être non soumis aux modalités particulières.*

*Le multiple du modificateur **176** est le suivant :*

*065 - 176 = MOD **271** (constante 1,1500)*

+ SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 46	Les services médicaux codés 00024, 09060, 09078, 09080, 09094, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15614, 16112, 16113, 16114, 16115, 16116, 16117, 16118, 16119, 16120, 16121, 16122, 16123, 16124, 16125, 16126, 16127, 16128, 16129, 16130, 16131, 19650, 19651, 19652, 19653 et 19654.

Modalités particulières

1. Aux fins de l'application de l'article 1.2 de l'Annexe 38, on entend par activités médicales :

AVIS : Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (n° 3743). Utiliser un des codes d'activité suivants :

067XXX (activité effectuée dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)

079XXX (activité effectuée pour l'Institut national de santé publique)

066XXX (autre activité)

+ 1.1 L'ensemble des activités suivantes effectuées par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail rattaché à un département clinique en santé publique et ayant des mandats confiés ou approuvés par le directeur (régional) de santé publique ou le président directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec ou le directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la réalisation du programme de santé publique ou des responsabilités légales spécifiques des directeurs de santé publique :

- La conception, la réalisation et l'évaluation du programme de santé publique, soit :

i. Connaissance et surveillance de la santé (épidémiologie);

AVIS : Utiliser le code d'activité **066037** ou **067037** ou **079037** (planification-programmation-évaluation).

ii. Protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.);

AVIS : Par maladie professionnelle (CSST), on entend une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique du travail ou relié directement aux risques particuliers à ce travail.

iii. Prévention de la maladie et promotion de la santé (santé mentale, personnes âgées, santé cardio-vasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.);

AVIS : Utiliser le code d'activité **066047** ou **067047** ou **079047** (Exécution).

iv. Organisation des services préventifs, évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population.

AVIS : Utiliser le code d'activité **066038** ou **067038** ou **079038** (Coordination).

- La prestation de services médicaux, incluant :

i. Les visites des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences et les cliniques externes;

AVIS : Utiliser le code d'activité **066030** (Services cliniques).

ii. Les interventions faites auprès de personnes dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une activité du programme de santé publique;

AVIS : Utiliser le code d'activité **066032** ou **079032** (Rencontres multidisciplinaires).

iii. La prestation d'avis médicaux auprès de :

- médecins;
- professionnels de la santé;
- ressources du milieu;
- groupes de bénéficiaires;
- autres, incluant les communications avec les intervenants et les rédactions d'opinion.

AVIS : Utiliser le code d'activité **066091** ou **079091** (Avis médicaux).

- Les services rendus dans le cadre de programmes contractuels de santé et sécurité du travail.

AVIS : Utiliser les codes d'activité **0670XX**.

ou :

- + **1.2** L'activité clinique du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail exerçant à l'intérieur d'un département clinique d'un établissement, après avoir été autorisé par les parties négociantes.

AVIS : Selon le type d'activité, utiliser un des codes d'activité suivants :

067XXX (activité effectuée dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)

079XXX (activité effectuée pour l'Institut national de santé publique)

066XXX (autre activité)

- + **2.** Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné ainsi que de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 de l'annexe 38, on tient également compte des services médicaux suivants :

+ **2.1 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population, par heure complétée**

- + L'acte médical en connaissance et surveillance du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail comprend le recours à des méthodes descriptives et analytiques (ex. : épidémiologiques, statistiques...), de documentation, de validation, d'appréciation, d'interprétation ou d'évaluation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, le développement de systèmes de surveillance et, selon le cas, définir les enjeux sanitaires idoines.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

- + 19650 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population, par heure complétée 190 \$

+ **2.2 Promotion et prévention de la santé de la population, par heure complétée**

- + L'acte médical de prévention et promotion du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en œuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivi d'interventions qui visent à préserver et améliorer la santé et le mieux-être de la population; cet acte implique selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

- + 19651 Promotion et prévention de la santé de la population, par heure complétée 190 \$

+ 2.3 Protection de la santé de la population, par heure complétée

- + L'acte médical de protection de la santé de la population du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, d'enquête, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en œuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivi d'interventions et de mesures de contrôle qui visent à protéger la population de situations d'exposition comportant une menace à la santé publique; cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

- + 19652 Protection de la santé de la population, par heure complétée 190 \$

+ 2.4 Évaluation des interventions, programmes et services de santé, par heure complétée

- + L'acte médical d'évaluation et de suivi de programmes de santé de la population et de modes d'intervention en santé du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, de conception et préparation de devis, de validation et de recueil de données, d'analyse, de synthèse, de rédaction de rapports et diffusion de résultats; cet acte implique aussi, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative ainsi que les activités de mobilisation idoines.

Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

- + 19653 Évaluation des interventions, programmes et services de santé, par heure complétée 190 \$

+ 2.5 Avis médical et expertise, par heure complétée

- + L'avis médical et l'expertise populationnelle du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail comprend, selon le cas, des fonctions de documentation, de validation, d'appréciation et d'interprétation, de recommandations, de mobilisation, de diffusion d'une opinion en rapport avec son champs d'expertise auprès de médecins, professionnels de la santé, ressources du milieu, groupes de bénéficiaires ou autres. Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

- + 19654 Avis médical et expertise, par heure complétée. 190 \$

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié (codes **19650** à **19654**) dans la case ACTES;
- la plage horaire dans la case P.H.;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

3. Le médecin visé à l'article 1.1 est payé suivant un tarif horaire particulier lorsqu'il doit se rendre dans un établissement de santé ou au site d'une mission pour une intervention urgente le samedi, le dimanche ou un jour férié, ou entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi. Il en est de même pour le médecin visé à l'article 1.1 qui est convoqué par un organisme reconnu afin de dispenser des services pendant cette période.

+	19787	Première demi-heure	160 \$
+	19788	Par quart d'heure additionnel	85 \$

AVIS : Voir l'avis sous l'article 15.3 de l'annexe 38.

AVIS : Pour réclamer le forfait de garde en intervention urgente ou lors d'une convocation par un organisme reconnu, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- le code **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19787** (première demi-heure) et **19788** (par quart d'heure additionnel) dans la case ACTES;
- la plage horaire dans la case P.H.;
- le code d'établissement où les services ont été rendus, dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

+ 4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse dans une direction de santé publique.

Le supplément de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse est de 120 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 240 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable par jour, par direction de santé publique.

Un seul supplément de garde en maladie infectieuse est payable par jour, par direction de santé publique.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Garde Week-end et jour férié		Garde, les autres jours	
	Codes d'acte	Tarif (\$)	Codes d'acte	Tarif (\$)
+ Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail				
- Santé environnementale	19039	240,00	19038	120,00
- Maladie infectieuse	19051	240,00	19050	120,00

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- le code **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- la plage horaire correspondant à celle du début de la garde dans la case P.H.;
- le code d'acte susmentionné, dans la case ACTES;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

UROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Les services médicaux codés 00496, 00499, 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, à l'exception du service médical codé 06232 Les services médicaux codés 00319, 00320 et 00372, lorsque effectués sous anesthésie régionale ou générale
+ 70	Les services médicaux codés 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09176, 09296, 15598, 16109 et 16110
+ 100	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599, 15597 et 18011 à 18999, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans
+	Les services médicaux codés 06087 et 06094

AVIS : Veuillez vous référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

3.0 DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE

(formulaire 3743)

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins admissibles au paiement selon le mode de la rémunération mixte, un approvisionnement de demandes de paiement.

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement - rémunération mixte sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

- # Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de la demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, c'est à dire année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 15 septembre 20AA s'écrit AA.09.15.

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon le mode de la rémunération mixte. Se reporter au Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* à la section 3.5 *Rémunération différente - Liste des localités*.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la Régie lorsque la rémunération différente s'applique.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

Vous devez généralement réclamer les frais de déplacement et de séjour sur un formulaire *Demande de paiement - Médecin* (1200), où vous réclamez déjà un ou des services rendus à une personne assurée pendant votre séjour.

Dans le cas où les services rendus ne vous permettent pas d'identifier une personne assurée, comme en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, utilisez néanmoins le formulaire *Demande de paiement - Médecin* (1200) pour réclamer vos frais de déplacement en inscrivant le NAM fictif suivant : **XXXX01010112**.

Par ailleurs, les professionnels facturant uniquement des services de laboratoire sur le formulaire *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte* (1606) peuvent y facturer leurs frais de déplacement.

Veuillez référer aux sections pertinentes de vos manuels de facturation pour plus de détails sur les instructions de facturation des frais de déplacement.

RÉMUNÉRATION MIXTE (formulaire 3743)

1234		DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte				Régie de l'assurance maladie Québec											
PROFESSIONNEL		ÉTABLISSEMENT		PÉRIODE		CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE											
PRÉNOM		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU GROUPE		C.S.									
①		②		③		④		⑤									
NOM		NUMÉRO		DÉBUTANT		SE TERMINANT		SAMEDI									
DÉPARTEMENT OU SERVICE				ANNÉE		ANNÉE		LE									
				MOIS		MOIS		LE									
				JOUR		JOUR		JOUR									
				⑥		⑦		⑧									
HORAIRE		ACTIVITÉS															
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	AM	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM
	M X			1				2				3					61
	M X			4				5				6					62
	M X			7				8				9					63
④	M X			10	⑤			11				12					⑥
	M X			13				14				15					65
	M X			16				17				18					66
	M X			19				20				21					67
	M X			22				23				24					68
	M X			25				26				27					69
	M X			28				29				30					70
	M X			31				32				33					71
	M X			34				35				36					72
	M X			37				38				39					73
	M X			40				41				42					74
	M X			43				44				45					75
	M X			46				47				48					76
	M X			49				50				51					77
	M X			52				53				54					78
	M X			55				56				57					79
	M X			58				59				60					80
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																	
⑩																	
⑪																	
⑫																	
⑬																	
⑭																	
⑮																	
⑯																	
⑰																	
⑱																	
⑲																	
⑳																	
㉑																	
㉒																	
㉓																	
㉔																	
㉕																	
㉖																	
㉗																	
㉘																	
㉙																	
㉚																	
㉛																	
㉜																	
㉝																	
㉞																	
㉟																	
㊱																	
㊲																	
㊳																	
㊴																	
㊵																	
㊶																	
㊷																	
㊸																	
㊹																	
㊺																	
㊻																	
㊼																	
㊽																	
㊾																	
㊿																	

3.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte treize parties :

1. Professionnel.
2. Établissement.
3. Période.
4. Horaire.
5. Activités.
6. Per diem.
7. Total des heures travaillées.
8. Nombre de per diem.
9. C.S. (Considération spéciale).
10. Renseignements complémentaires.
11. Nombre de documents annexés.
12. Signature du professionnel ou du mandataire.
13. Signature du chef de département clinique ou du chef de service.

Remarque : La partie supérieure gauche comporte un numéro d'identification à quatre (4) chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

PARTIE 1

Professionnel

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro du compte administratif (groupe) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à une société de professionnels dont il est membre.

PARTIE 2

Établissement

L'identification de l'établissement où les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription du contrat pour la rémunération mixte.
- le nom du département ou du service où est autorisé le mode de rémunération mixte pour la spécialité concernée.

PARTIE 3

Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **quatorze (14) jours consécutifs débutant un dimanche et se terminant un samedi**, pour une période de deux semaines établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte fourni par la Régie (voir la section 4.8 du présent document).

PARTIE 4

Horaire

- Quantième

Cette partie permet au médecin d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés. Le quantième s'exprime en utilisant deux chiffres.

- Plage horaire

Cette partie permet d'indiquer la période de la journée où les activités ont été accomplies et, s'il y a lieu, la période de la journée pour laquelle un demi *per diem* est réclamé.

Le médecin indique par un « X » dans quelle période de la journée les activités ont été réalisées. La journée indiquée par le quantième se divise en deux périodes qui sont les suivantes :

Avant-midi (A.M.) : de 7 h à 12 h

Après-midi (P.M.) : de 12 h à 17 h

Pour les spécialistes en anesthésiologie, les périodes sont les suivantes :

Avant-midi (A.M.) : de 8 h à 12 h

Après-midi (P.M.) : de 12 h à 15 h

L'identification de la plage horaire est **essentielle**. Le médecin peut sélectionner une seule plage horaire ou les deux (A.M., P.M. ou les deux) pour une même ligne de facturation d'activités. Toutefois, lorsque l'activité chevauche deux périodes de plage horaire et **qu'un demi *per diem* seulement est réclamé** pour l'activité, le médecin doit obligatoirement cocher une seule période de plage horaire, selon la période de la journée où le plus grand nombre d'heures a été fait. Dans le cas d'égalité, le médecin doit indiquer un code de plage horaire à son choix.

Exemples :

Si un médecin effectue 2 heures d'activités de 10h30 à 12h30 et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher que la période A.M.

Si un médecin effectue 4 heures d'activités de 10 h à 14 h et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher qu'une seule période, soit A.M. ou P.M., à son choix.

#

Exemple de facturation : Rémunération mixte - annexe 38

1234															DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte										Régie de l'assurance maladie Québec				
PROFESSIONNEL PRENOM					NOM					N° DU PROFESSIONNEL					N° DU GROUPE					C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES							
ÉTABLISSEMENT NOM										NUMÉRO					PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE														
DÉPARTEMENT OU SERVICE										DÉBUTANT DIMANCHE LE					SE TERMINANT SAMEDI LE														
										ANNÉE MOIS JOUR					ANNÉE MOIS JOUR														
HORAIRE															ACTIVITÉS														
QUANTITÉ	MODE DE RÉMUNÉRATION	AM	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM												
18	M X X		X	1	0 6 5 0 1 9	0 1	0 1 2 5	2	0 6 5 0 2 0	0 1	0 2 5 0	3					61	0 5											
19	M X X	X		4	0 6 5 0 2 0	0 1	1 0 0 0	5				6					62	1 0											
20	M X		X	7	0 6 5 0 3 0	0 1	0 2 5 0	8				9					63	0 5											
21	M X X			10	0 6 5 0 3 0	0 1	0 1 0 0	11				12					64	0 0											
22	M X X		X	13	0 6 5 0 1 9	0 1	0 1 0 0	14	0 6 5 0 2 0	0 1	0 1 0 0	15	0 6 5 0 3 0	0 1	0 1 0 0		65	0 5											
22	M X		X	16	0 6 5 0 2 2	0 1	0 3 0 0	17				18					66	0 5											
	M X			19				20				21					67												
	M X			22				23				24					68												
	M X			25				26				27					69												
	M X			28				29				30					70												
	M X			31				32				33					71												
	M X			34				35				36					72												
	M X			37				38				39					73												
	M X			40				41				42					74												
	M X			43				44				45					75												
	M X			46				47				48					76												
	M X			49				50				51					77												
	M X			52				53				54					78												
	M X			55				56				57					79												
	M X			58				59				60					80												
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															0 2 3 2 5					3 0									
															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES					NRE DE PER DIEM									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE															SIGNATURE DU CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE OU DU CHEF DE SERVICE														
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.															(OU DE LA PERSONNE QUI EN ASSUME LES RESPONSABILITÉS)														
DATE															DATE														
ANNÉE MOIS JOUR															ANNÉE MOIS JOUR														
3743 292 01/05															EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL														

Exemple de facturation : Anesthésiologiste

1234		DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte										Régie de l'assurance maladie Québec																																					
PROFESSIONNEL PRÉNOM										NOM										N° DU PROFESSIONNEL					N° DU GROUPE					C.S.					NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES														
ÉTABLISSEMENT NOM															NUMÉRO										PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE																								
DÉPARTEMENT OU SERVICE																									DÉBUTANT ANNÉE MOIS JOUR					SE TERMINANT ANNÉE MOIS JOUR					SAMEDI LE JOUR														
HORAIRE															ACTIVITÉS																														(Per diem = 1,0 ou Demi per diem = 0,5)				
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	AM	PM	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	PER DIEM																												
1 4	M X	X	X	1	0 8 4 0 5 3		0 2 0 0	2	0 8 4 0 3 0		0 1 0 0	3	0 8 4 0 5 7		0 4 0 0	61	1 0																																
1 5	M X	X	X	4	0 8 4 0 3 0		0 1 0 0	5	0 8 4 0 2 1		0 1 0 0	6	0 8 4 0 5 6		0 1 0 0	62	1 0																																
1 5	M X	X	X	7	0 8 4 0 3 2		0 4 0 0	8				9				63	0 0																																
1 6	M X	X	X	10	0 8 4 0 3 0		0 4 0 0	11				12				64	0 5																																
	M X			13				14				15				65																																	
	M X			16				17				18				66																																	
	M X			19				20				21				67																																	
	M X			22				23				24				68																																	
	M X			25				26				27				69																																	
	M X			28				29				30				70																																	
	M X			31				32				33				71																																	
	M X			34				35				36				72																																	
	M X			37				38				39				73																																	
	M X			40				41				42				74																																	
	M X			43				44				45				75																																	
	M X			46				47				48				76																																	
	M X			49				50				51				77																																	
	M X			52				53				54				78																																	
	M X			55				56				57				79																																	
	M X			58				59				60				80																																	

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															0 1 8 0 0										2 5				
															TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES										NBRE DE PER DIEM				
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE															SIGNATURE DU CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE OU DU CHEF DE SERVICE														
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.															(OU DE LA PERSONNE QUI EN ASSUME LES RESPONSABILITÉS)														
DATE ANNÉE MOIS JOUR															DATE ANNÉE MOIS JOUR														

3743 292 01/05

EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL

PARTIE 5**Activités**

Indication des heures effectuées

Cette partie qui comporte 20 lignes ou 60 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il a accompli des activités visées par la rémunération mixte.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Codes d'activité

Le code d'activité est composé de six chiffres.

Le médecin indique habituellement les codes correspondant aux activités accomplies. Il doit utiliser une référence par type d'activités réalisées au cours de la journée.

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, voir la section 3.3 du présent document.

- Secteur disp. (secteur de dispensation)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il n'est pas obligatoire de remplir cette case, il est utilisé en tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », voir la section 3.4 du présent document.

- Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03,75.

Remarque : Tous les services médicaux doivent être facturés dans la section *Actes* sur le formulaire *Demande de paiement – Médecin* (n° 1200) en inscrivant la valeur de référence dans la case *P.H.* (plage horaire) ou sur le formulaire *Demande de paiement – Assurance hospitalisation* (n° 1606).

PARTIE 6**Per diem**

Inscrire le nombre de *per diem* (1) ou de *demi-per diem* (0,5) demandé pour les activités mentionnées sur la ligne.

Le médecin ne peut pas demander plus d'un *per diem* ou deux *demi per diem* par jour.

Si aucun *per diem* n'est demandé, cette case doit être laissée vide ou à zéro.

Aucun *per diem* ne peut être demandé si aucune heure d'activité n'est présente sur la ligne.

Pour demander deux *demi per diem*, soit un *per diem* pour un quantième, au moins 03.50 heures d'activités doivent être présentes sur la ligne.

Pour les spécialistes en anesthésiologie, un minimum de 3,5 heures d'activités doit être présent sur la ligne pour réclamer un *demi-per diem*. De plus, un minimum de 7 heures d'activités est requis sur la ligne pour réclamer un *per diem*.

1234		DEMANDE DE PAIEMENT Rémunération mixte										Régie de l'assurance maladie Québec							
PROFESSIONNEL				NOM				N° DU PROFESSIONNEL				N° DU GROUPE		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES			
														A		2			
ÉTABLISSEMENT										PÉRIODE									
NOM										NUMÉRO									
DÉPARTEMENT OU SERVICE										CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE									
										DÉBUTANT DIMANCHE LE SE TERMINANT SAMEDI LE									
										ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR									
(Par diem = 1,0 ou Demi per diem = 0,5)																			
HORAIRE																			
QUANT.	MODE DE RÉMUNÉRATION	AM	PM	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	PER DIEM		
	M X			1				2				3					61		
	M X			4				5				6					62		
	M X			7				8				9					63		
	M X			10				11				12					64		
	M X			13				14				15					65		
	M X			16				17				18					66		
	M X			19				20				21					67		
	M X			22				23				24					68		
	M X			25				26				27					69		
	M X			28				29				30					70		
	M X			31				32				33					71		
	M X			34				35				36					72		
	M X			37				38				39					73		
	M X			40				41				42					74		
	M X			43				44				45					75		
	M X			46				47				48					76		
	M X			49				50				51					77		
	M X			52				53				54					78		
	M X			55				56				57					79		
	M X			58				59				60					80		
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																			
0 2 3 2 5 3 0																			
TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES NBR DE PER DIEM																			
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE																			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																			
R. Untel																			
DATE ANNÉE MOIS JOUR 0 8 0 6 3 0																			
SIGNATURE DU CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE OU DU CHEF DE SERVICE																			
(OU DE LA PERSONNE QUI EN ASSUME LES RESPONSABILITÉS)																			
Jacques Responsable																			
DATE ANNÉE MOIS JOUR 0 8 0 7 0 3																			
3743 292 01/05 EXEMPLAIRE DU PROFESSIONNEL																			

PARTIE 7**Total des heures travaillées**

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

PARTIE 8**Nombre de per diem**

La somme des *per diem* inscrits

Pour déterminer le nombre maximum de *demi-per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de 14 jours, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues au cours de cette période et on arrondit à l'unité inférieure. Ainsi, 27 heures d'activités / 3,5 = 7,71 $\Rightarrow$ 7 *demi-per diem* = $\Rightarrow$ 3,5 *per diem*.

Par contre, cette règle de calcul ne s'applique pas aux spécialistes en anesthésiologie. Le nombre maximum de *demi-per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de 14 jours est de 20 à condition que le nombre minimum d'heures requis pour réclamer un *demi-per diem* soit respecté (3,5 heures).

PARTIE 9**C.S. (considération spéciale)**

LETTRE A: Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation

LETTRE B: Refacturation après annulation ou refus de paiement

Dans ce cas, inscrire un « **B** » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

PARTIE 10**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 9, la lettre « **A** » ou « **B** » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire *Document complémentaire* (n° 1944). Voir le *Manuel des médecins spécialistes* sous l'onglet *Formulaires* et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone.

PARTIE 11**Nombre de documents annexés**

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone.

PARTIE 12**Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire.

PARTIE 13**Signature du chef de département clinique ou du chef de service**

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

3.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ**# Activités médicales :**

- 065030** : Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 065032** : Travail en équipe multidisciplinaire
- 065053** : Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 065056** : Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 065057** : Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 065150** : Activités de témoignage
- 065151** : Activités d'évaluation
- 065152** : Services de télépathologie

Activités médico-administratives :

- 065019** : Activités à titre de responsable de programme clinique
- 065020** : Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP
- 065021** : Activités comme chef de département ou de service

Activités d'enseignement :

- 065022** : Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés de l'université

Anesthésiologie :

- 084019** : Activités à titre de responsable de programme clinique
- 084020** : Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP
- 084021** : Activités comme chef de département ou de service
- 084022** : Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'université
- 084030** : Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 084032** : Travail en équipe multidisciplinaire
- 084053** : Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 084056** : Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine
- 084057** : Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine

Santé communautaire

Remarque : Le médecin doit utiliser les codes d'activité suivants :

067XXX (activité effectuée dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)
079XXX (activité effectuée pour l'Institut national de santé publique)
066XXX (autre activité)

066037 ou **067037** ou **079037** : planification-programmation-évaluation

- connaissance et surveillance de la santé (épidémiologie)
- planification des activités des intervenants en santé publique

066038 ou **067038** ou **079038** : coordination

- organisation des services préventifs, évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population
- coordination des activités des intervenants en santé publique

066047 ou **067047** ou **079047** : exécution

- protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.)
- prévention de la maladie et promotion de la santé (santé mentale, personnes âgées, santé cardiovasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.)

066030 : prestation de services médicaux incluant

- les visites des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences et les cliniques externes

066032 ou **079032** : prestation de services médicaux incluant

- les interventions faites auprès de personnes dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une activité du programme de santé publique

066091 ou **079091** : prestation de services médicaux incluant

- la prestation d'avis médicaux auprès de médecins, de professionnels de la santé, de ressources du milieu, de groupes de bénéficiaires ou autres, incluant les communications avec les intervenants et les rédactions d'opinions

Couverture par le régime d'assurance maladie de certains services de santé durant le délai de carence

0XX098 : services de santé durant le délai de carence

3.4 SECTEURS DE DISPENSATION

S'applique dans tout établissement sauf en CLSC

- 01** clinique externe
- 02** moyen séjour
- 03** courte durée (section générale)
- 04** longue durée - soins prolongés
- 05** longue durée - hébergement
- 06** unité de soins coronariens ou de soins intensifs
- 07** clinique d'urgence
- 08** département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code en centre hospitalier de soins psychiatriques)
- 09** hôpital de jour
- 10** hôpital à domicile
- 11** laboratoire

3.5 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

Remarque : La période de référence pour les jours fériés s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

# JOURS FÉRIÉS	2012 / 2013	2013 / 2014	2014 / 2015
Journée nationale des Patriotes	21 mai 2012	20 mai 2013	19 mai 2014
Fête nationale du Québec	25 juin 2012	24 juin 2013	24 juin 2014
Fête du Canada	2 juillet 2012	1 ^{er} juillet 2013	1 ^{er} juillet 2014
Fête du Travail	3 septembre 2012	2 septembre 2013	1 ^{er} septembre 2014
Action de grâces	8 octobre 2012	14 octobre 2013	13 octobre 2014
Veille de Noël	24 décembre 2012	24 décembre 2013	24 décembre 2014
Fête de Noël	25 décembre 2012	25 décembre 2013	25 décembre 2014
Lendemain de Noël	26 décembre 2012	26 décembre 2013	26 décembre 2014
Veille du jour de l'An	31 décembre 2012	31 décembre 2013	31 décembre 2014
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 2013	1 ^{er} janvier 2014	1 ^{er} janvier 2015
Lendemain du jour de l'An	2 janvier 2013	2 janvier 2014	2 janvier 2015
Vendredi saint	29 mars 2013	18 avril 2014	3 avril 2015
Lundi de Pâques	1 ^{er} avril 2013	21 avril 2014	6 avril 2015

Remarque : En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 1^{er} mai de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier ci-dessus qui est retenu.

Le médecin doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

Le calendrier de la Régie ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont diffusés dans le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Calendriers](#) de l'onglet *Facturation*.

3.6 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION - ANNÉE 2015

Autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte (formulaire *Demande de paiement - Rémunération mixte* (3743)).

La période de facturation du mode de rémunération mixte est de deux semaines. Les dates inscrites dans la case *PÉRIODE* du formulaire *Demande de paiement - Rémunération mixte* (3743) doivent obligatoirement correspondre à l'une des périodes du calendrier ci-dessous.

CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION 2015		
Mois	Du dimanche	Au samedi
Janvier	2014-12-28	2015-01-10
	2015-01-11	2015-01-24
	2015-01-25	2015-02-07
Février	2015-02-08	2015-02-21
	2015-02-22	2015-03-07
Mars	2015-03-08	2015-03-21
	2015-03-22	2015-04-04
Avril	2015-04-05	2015-04-18
	2015-04-19	2015-05-02
Mai	2015-05-03	2015-05-16
	2015-05-17	2015-05-30
Juin	2015-05-31	2015-06-13
	2015-06-14	2015-06-27
Juillet	2015-06-28	2015-07-11
	2015-07-12	2015-07-25
	2015-07-26	2015-08-08
Août	2015-08-09	2015-08-22
	2015-08-23	2015-09-05
Septembre	2015-09-06	2015-09-19
	2015-09-20	2015-10-03
Octobre	2015-10-04	2015-10-17
	2015-10-18	2015-10-31
Novembre	2015-11-01	2015-11-14
	2015-11-15	2015-11-28
	2015-11-29	2015-12-12
Décembre	2015-12-13	2015-12-26

Afin de recevoir des paiements régulièrement, veuillez vous assurer de respecter **le calendrier des dates limites de réception des demandes de paiement**.

3.6 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION - ANNÉE 2016

CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION 2016		
Mois	Du dimanche	Au samedi
Janvier	2015-12-27	2016-01-09
	2016-01-10	2016-01-23
	2016-01-24	2016-02-06
Février	2016-02-07	2016-02-20
	2016-02-21	2016-03-05
Mars	2016-03-06	2016-03-19
	2016-03-20	2016-04-02
Avril	2016-04-03	2016-04-16
	2016-04-17	2016-04-30
Mai	2016-05-01	2016-05-14
	2016-05-15	2016-05-28
	2016-05-29	2016-06-11
Juin	2016-06-12	2016-06-25
	2016-06-26	2016-07-09
Juillet	2016-07-10	2016-07-23
	2016-07-24	2016-08-06
Août	2016-08-07	2016-08-20
	2016-08-21	2016-09-03
Septembre	2016-09-04	2016-09-17
	2016-09-18	2016-10-01
Octobre	2016-10-02	2016-10-15
	2016-10-16	2016-10-29
	2016-10-30	2016-11-12
Novembre	2016-11-13	2016-11-26
	2016-11-27	2016-12-10
Décembre	2016-12-11	2016-12-24

Afin de recevoir des paiements régulièrement, veuillez vous assurer de respecter **le calendrier des dates limites de réception des demandes de paiement**.

4.0 PAIEMENT – RÉMUNÉRATION MIXTE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le médecin doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date de la dispensation des services.**

4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du médecin traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement ou de virement bancaire (*dépôt direct*).
- # Le virement bancaire (*dépôt direct*) se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

La Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies dans les 45 jours de leur réception.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les 45 jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les trois mois de la date des services.

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

Le **rapport d'erreurs** est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les renseignements concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le *Manuel de facturation* informatisé.

4.4 ÉTAT DE COMPTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3							
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM	N ^o DU PROFESSIONNEL	N ^o DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N ^o DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N ^o DU PAIEMENT	PAGE
UNTEL	PIERRE	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-10-24 (T)	001	
				20AA-11-04	20AA-10-14 (P)	0R-44	DE 002
1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL PIERRE 1125 GRANDE ALLÉE OUEST QUÉBEC QC G1K 7T3		Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776					
9		SOMMAIRE					
MESSAGES GÉNÉRAUX							
SPÉCIMEN							
OR341 - 4702 092007							
VOIR AU VERSO							

Remarque : Cet exemple illustre un état de compte. Il est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se référer aux autres manuels ou brochures de la Régie.

4.4.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

4.4.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM. Les nom et prénom du médecin.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL. Numéro du médecin (sept chiffres).
3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT. Numéro de l'établissement.
- # 4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT BANCAIRE (*DÉPÔT DIRECT*). Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE. Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : lettre « **P** » -papier, « **T** » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT. Ce numéro peut servir de référence au besoin.
8. PAGE. La pagination est reliée au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de huit pages.
9. NOM ET ADRESSE. Nom et adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Ce dernier renseignement est présent uniquement sur la première page de l'état de compte.

4.4.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paielements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé.

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

2^e page et pages subséquentes de l'état de compte - Rémunération mixte (suite)

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE				Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3	
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT
UNTEL PIERRE		0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-04	20AA-10-24 (T) 20AA-10-14 (P)	002 DE 002
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a
			DÉTAIL DU PAIEMENT RÉMUNÉRATION MIXTE				
			REMARQUE :				
			RÉSOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.				
			FIN DU RELEVÉ				
			VOIR AU VERSO				

4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéro de la demande de paiement de rémunération mixte par ordre croissant.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour; ex. : AA-08-28.
- 3a.** CODE TRA. Code de la transaction TRA décrivant l'état du règlement de votre demande de paiement (voir 4.7, onglet *Paiement*).
- 4a.** NATURE DU MONTANT. Libellé décrivant sommairement les codes d'activité et le *per diem* ainsi que la période de facturation.
- 5a.** BASE DE CALCUL. Le nombre de journées (J), ou d'heures (H) ou de *per diem* (P) payés ou rectifiés.
- 6a.** MONTANT. Le montant du paiement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique « Paiements et retenues » du sommaire de votre état de compte. La mention « sans objet » (s/o) s'affichera pour les heures effectuées dans le cadre de la rémunération mixte. Ces heures servent uniquement au calcul du nombre de *per diem* à payer.
- 7a.** RÉF. DEM. Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a.** MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent sous Description des codes de messages explicatifs / Rémunération mixte (voir 5.0).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE. Le nombre de jours, d'heures ou de *per diem* payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE. Le nombre de jours, d'heures ou de *per diem* payé après révision.

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis (voir 4.0). Le médecin doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « **TRA** » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne *ACTE* suivi du code de transaction « **TRA** » 02, 10 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir la section *Messages explicatifs*).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec motifs à l'appui ou demander des explications additionnelles doit lui présenter une **demande de révision**.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « **TRA** » 02, 10, 11 ou 22 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir la section *Messages explicatifs*). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne *ACTE*.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Pour la refacturation à l'acte, inscrire la **lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la **date de l'état de compte** sur lequel il figure le cas échéant.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire contester la décision de la Régie.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (Voir à la section MESSAGES EXPLICATIFS).

Pour obtenir paiement, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

IMPORTANT : Pour la refacturation à l'acte, inscrire la **lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure le cas échéant.

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir la section MESSAGES EXPLICATIFS).

(Aucun code)

Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra sur un état de compte subséquent avec un code 10, 11 ou 12. (Ne pas faire de demande de révision).
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, paraîtra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- # 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- # 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- # 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- # 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- # 90- Ajustements spéciaux de révision.
- # 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- # 96- D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- # 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- # 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT - 2014

Régie de
l'assurance maladie
Québec



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2014

JANVIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)			1	2	3	4
		1	2	3	4	
(3)	6	7	8	9	10	11
	5	6	7	8	9	10
(4)	13	14	15	16	17	18
	12	13	14	15	16	17
(5)	20	21	22	23	24	25
	19	20	21	22	23	24
(6)	27	28	29	30	31	
	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
						1
(7)	34	35	36	37	38	39
	2	3	4	5	6	7
(8)	41	42	43	44	45	46
	9	10	11	12	13	14
(9)	48	49	50	51	52	53
	16	17	18	19	20	21
(10)	55	56	57	58	59	60
	23	24	25	26	27	28

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
						1
(11)	62	63	64	65	66	67
	2	3	4	5	6	7
(12)	69	70	71	72	73	74
	9	10	11	12	13	14
(13)	76	77	78	79	80	81
	16	17	18	19	20	21
(14)	83	84	85	86	87	88
	23	24	25	26	27	28
(15)	30	31				

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)						95
		1	2	3	4	5
(16)	97	98	99	100	101	102
	6	7	8	9	10	11
(17)	104	105	106	107	108	109
	13	14	15	16	17	18
(18)	111	112	113	114	115	116
	20	21	22	23	24	25
(19)	118	119	120	121	122	123
	27	28	29	30		

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)						123
				1	2	3
(20)	125	126	127	128	129	130
	4	5	6	7	8	9
(21)	132	133	134	135	136	137
	11	12	13	14	15	16
(22)	139	140	141	142	143	144
	18	19	20	21	22	23
(23)	146	147	148	149	150	151
	25	26	27	28	29	30

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	157	158
	1	2	3	4	5	6
(25)	160	161	162	163	164	165
	8	9	10	11	12	13
(26)	167	168	169	170	171	172
	15	16	17	18	19	20
(27)	174	175	176	177	178	179
	22	23	24	25	26	27
(28)	181	182	183	184	185	186
	29	30				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)						186
		1	2	3	4	5
(29)	188	189	190	191	192	193
	6	7	8	9	10	11
(30)	195	196	197	198	199	200
	13	14	15	16	17	18
(31)	202	203	204	205	206	207
	20	21	22	23	24	25
(32)	209	210	211	212	213	214
	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						214
				1	2	
(33)	216	217	218	219	220	221
	3	4	5	6	7	8
(34)	223	224	225	226	227	228
	10	11	12	13	14	15
(35)	230	231	232	233	234	235
	17	18	19	20	21	22
(36)	237	238	239	240	241	242
	24	25	26	27	28	29
(37)	31					

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	245	246	247	248	249
	1	2	3	4	5	6
(38)	251	252	253	254	255	256
	7	8	9	10	11	12
(39)	258	259	260	261	262	263
	14	15	16	17	18	19
(40)	265	266	267	268	269	270
	21	22	23	24	25	26
(41)	272	273	274	275	276	277
	28	29	30			

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)						277
			1	2	3	4
(42)	279	280	281	282	283	284
	5	6	7	8	9	10
(43)	286	287	288	289	290	291
	12	13	14	15	16	17
(44)	293	294	295	296	297	298
	19	20	21	22	23	24
(45)	300	301	302	303	304	305
	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
						1
(46)	307	308	309	310	311	312
	2	3	4	5	6	7
(47)	314	315	316	317	318	319
	9	10	11	12	13	14
(48)	321	322	323	324	325	326
	16	17	18	19	20	21
(49)	328	329	330	331	332	333
	23	24	25	26	27	28
(50)	30					

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	339	340
	1	2	3	4	5	6
(51)	342	343	344	345	346	347
	7	8	9	10	11	12
(52)	349	350	351	352	353	354
	14	15	16	17	18	19
(53)	356	357	358	359	360	361
	21	22	23	24	25	26
(54)	363	364	365	366	367	368
	28	29	30	31		

7095 292 14/03

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT - 2015

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRES
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2015

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)				1	2	3
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
(4)	12	13	14	15	16	17
11	12	13	14	15	16	17
(5)	19	20	21	22	23	24
18	19	20	21	22	23	24
(6)	26	27	28	29	30	31
25	26	27	28	29	30	31

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	34	35	36	37	38
1	2	3	4	5	6	7
(8)	40	41	42	43	44	45
8	9	10	11	12	13	14
(9)	47	48	49	50	51	52
15	16	17	18	19	20	21
(10)	54	55	56	57	58	59
22	23	24	25	26	27	28

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	62	63	64	65	66
1	2	3	4	5	6	7
(12)	68	69	70	71	72	73
8	9	10	11	12	13	14
(13)	75	76	77	78	79	80
15	16	17	18	19	20	21
(14)	82	83	84	85	86	87
22	23	24	25	26	27	28
(15)	89	90	91	92	93	94
29	30	31				

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			1	2	3	4
(16)	96	97	98	99	100	101
5	6	7	8	9	10	11
(17)	103	104	105	106	107	108
12	13	14	15	16	17	18
(18)	110	111	112	113	114	115
19	20	21	22	23	24	25
(19)	117	118	119	120	121	122
26	27	28	29	30		

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)					1	2
(20)	124	125	126	127	128	129
3	4	5	6	7	8	9
(21)	131	132	133	134	135	136
10	11	12	13	14	15	16
(22)	138	139	140	141	142	143
17	18	19	20	21	22	23
(23)	145	146	147	148	149	150
24	25	26	27	28	29	30
31						

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	156	157
1	2	3	4	5	6	
(25)	159	160	161	162	163	164
7	8	9	10	11	12	13
(26)	166	167	168	169	170	171
14	15	16	17	18	19	20
(27)	173	174	175	176	177	178
21	22	23	24	25	26	27
(28)	180	181	182	183	184	185
28	29	30				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			1	2	3	4
(29)	187	188	189	190	191	192
5	6	7	8	9	10	11
(30)	194	195	196	197	198	199
12	13	14	15	16	17	18
(31)	201	202	203	204	205	206
19	20	21	22	23	24	25
(32)	208	209	210	211	212	213
26	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						1
(33)	215	216	217	218	219	220
2	3	4	5	6	7	8
(34)	222	223	224	225	226	227
9	10	11	12	13	14	15
(35)	229	230	231	232	233	234
16	17	18	19	20	21	22
(36)	236	237	238	239	240	241
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		1	2	3	4	5
(38)	250	251	252	253	254	255
6	7	8	9	10	11	12
(39)	257	258	259	260	261	262
13	14	15	16	17	18	19
(40)	264	265	266	267	268	269
20	21	22	23	24	25	26
(41)	271	272	273	274	275	276
27	28	29	30			

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				1	2	3
(42)	278	279	280	281	282	283
4	5	6	7	8	9	10
(43)	285	286	287	288	289	290
11	12	13	14	15	16	17
(44)	292	293	294	295	296	297
18	19	20	21	22	23	24
(45)	299	300	301	302	303	304
25	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	310	311
1	2	3	4	5	6	7
(47)	313	314	315	316	317	318
8	9	10	11	12	13	14
(48)	320	321	322	323	324	325
15	16	17	18	19	20	21
(49)	327	328	329	330	331	332
22	23	24	25	26	27	28
(50)	334	335	336	337	338	339
29	30					

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)		1	2	3	4	5
(51)	341	342	343	344	345	346
6	7	8	9	10	11	12
(52)	348	349	350	351	352	353
13	14	15	16	17	18	19
(53)	355	356	357	358	359	360
20	21	22	23	24	25	26
(2)	362	363	364	365	366	367
27	28	29	30	31		

7095 292 13/09

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.0 MESSAGES EXPLICATIFS – RÉMUNÉRATION MIXTE

- 094** Les crédits de jours de ressourcement sont épuisés ou le nombre de *per diem* cumulés est insuffisant pour payer le ressourcement.
- 103** Les services ont été dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 115** La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie d'un programme de perfectionnement.
- 129** Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 135** La journée facturée vous est refusée parce qu'elle ne figure pas sur l'attestation fournie.
- 152** Honoraires payés directement au médecin parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numérique figure sur la demande de paiement.
- 160** La signature du médecin est absente.
- 161** La signature du chef de département clinique ou de service est absente.
- 162** Les signatures du médecin et du chef de département clinique ou de service sont absentes.
- # **169** L'envoi électronique de cette demande de paiement n'est pas permis durant la période où votre droit de transmission pour ce mode de rémunération est suspendu. Veuillez refacturer en utilisant la version papier de la demande de paiement.
- 200** Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- 220** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue et qu'une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.
- 298** Les services dispensés à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- 299** La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300** La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 302** La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 305** La période de facturation excède la limite permise.
- 306** L'autorisation de services avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309** La date des services est postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312** Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas autorisés en mode de rémunération mixte.
- 315** Le délai de facturation, de refacturation ou de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'Entente.
- 322** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 324** Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 323** L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 325** L'activité identifiée par le code n'est pas autorisée à votre contrat.
- 359** Les fractions d'heures facturées en minutes ont été rectifiées en centièmes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 364** La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365** Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366** Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activité facturé.
- 370** La plage horaire n'est pas indiquée.

- 408 Aucune activité ni *per diem* ne paraît sur la demande.
- 476 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- 550 Rectification d'une demande de paiement payée.
- 551 Annulation d'une demande de paiement payée.
- 555 Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- 556 Rectification effectuée à votre demande.
- 557 Rectification d'un paiement. Une lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 603 L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 604 Demande de paiement mutilée.
- 605 Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié.
- 613 Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération conformément aux dispositions prévues dans l'entente et à celles relatives à la rémunération différente, s'il y a lieu.
- 614 Demande de paiement annulée à votre demande.
- 615 Annulation d'une demande de paiement qui vous a été incorrectement payée à cause d'une erreur du numéro du médecin.
- 630 Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 632 Le délai permis pour une demande de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 633 Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 634 Révision en cours.
- 635 Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- 650 Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 651 Pour faire suite aux communications antérieures.
- 652 Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 653 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 704 La pièce justificative reçue pour la journée de ressourcement est conforme aux exigences de l'Entente.
- 800 La valeur du *per diem* est absente, non valide ou illisible.
- 801 Aucune heure d'activités n'est acceptée pour le quantième.
- 802 *Per diem* payé sur la demande où les heures ont été acceptées.
- 803 Demi-*per diem* payé sur la demande où les heures ont été acceptées.
- 805 Vous devez obligatoirement nous faire parvenir l'attestation de présence.
- 806 Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au séjour de ressourcement.
- 807 Nombre de *per diem* maximum déjà payé pour le quantième.
- 810 Nombre de *per diem* maximum déjà payé pour le quantième compte tenu du nombre d'heures d'activités accepté.
- 811 Seulement un demi-*per diem* payé compte tenu que les heures acceptées pour le quantième sont inférieures à 3,5 heures.
- 812 Puisqu'un jour de ressourcement est déjà payé pour ce quantième, aucune heure d'activités, aucun *per diem* et aucun autre ressourcement ne peuvent être considérés.

- 813** Jour de ressourcement non payable, puisque vous êtes soumis à l'article 3.1 de l'annexe 19 (réf. : annexe 38, article 8.9).
- 814** À la suite de la Modification 61 à l'Accord-cadre de l'Entente des médecins spécialistes, les codes d'activité **065001** et **084001** ont été abolis au 1^{er} avril 2012. À compter de cette date, vous devez facturer les formations reçues selon les instructions de facturation à l'annexe 44 de la Brochure n° 1.
- 815** Le nombre de demi-*per diem* réclamé pour la période dépasse le maximum établi selon vos heures d'activités de la période (réf. : annexe 38, article 2.3 v).
- 816** Le code d'activité **009096** (prime de remplacement) doit être facturé avec le code d'acte **09213** sur le formulaire 1200.
- 817** Nous sommes en attente de l'autorisation pour la rémunération mixte de la part des parties négociantes.
- 818** Seul un service dispensé un jour ouvrable, selon le calendrier de votre établissement ou de la Régie, est admissible à la rémunération mixte.
- 819** Le numéro de la demande de paiement est absent, incomplet, illisible ou non valide. Cette demande paraît sous le numéro 0001.
- 820** Selon nos dossiers, les services ont été dispensés durant la période où vous étiez inadmissible à recevoir un paiement selon le mode de rémunération mixte.
- 821** La période de facturation est non conforme aux périodes de la rémunération mixte. La période a été réajustée selon le calendrier.
- 822** La nature du service est incompatible avec le code d'emploi du temps de la rémunération mixte.
- 825** Le dispensateur n'est pas un médecin spécialiste à la date de service.
- 826** Service, *per diem* ou ressourcement déjà payé (double facturation).
- 827** Conformément à l'article 15.2 iii) de l'annexe 38, le mode de rémunération mixte ne s'applique pas au cours d'une journée où le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue en vertu de l'annexe 29.
- 830** Le maximum de *per diem* qu'il est possible de facturer pour un quantième est dépassé.
- 831** Pour être considérées aux fins de la rémunération mixte dans cet établissement, les heures d'activités doivent avoir été réalisées sur place. Veuillez refacturer ces heures dans l'établissement où elles ont été faites.
- 832** Rectification d'une demande de paiement.
- 833** Demande de paiement déjà payée (double facturation).
- 836** Le total des *per diem* facturés a été rectifié en fonction du total des *per diem* calculés par la Régie.
- 837** Demande de paiement annulée, car aucun *per diem* ni ressourcement n'a été réclamé.
- 838** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'annexe 38, en obstétrique-gynécologie, le médecin ne peut demander le paiement d'un *per diem* ou d'un demi-*per diem* pour la durée de prestation des services pour lesquels il est rémunéré à 100 % selon le mode de rémunération à l'acte.
- 839** Demande de paiement annulée : les corrections sont effectuées sur la demande initiale.
- 840** Ce service n'est pas rémunérable la fin de semaine.

- 841** Les pièces justificatives reçues pour le ressourcement sont inacceptables.
- 842** L'attestation de présence doit être émise par l'organisme qui dispense la formation.
- 843** Ce service a déjà été facturé sur une autre demande de paiement et a servi au calcul des *per diem* payés pour cette période de facturation.
- 844** Le médecin qui reçoit l'allocation de fin de carrière ne peut demander d'indemnité de ressourcement.
- 850** Le médecin qui a agi à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 852** Seulement un demi-*per diem* payé compte tenu que les heures acceptées pour le quantième sont inférieures à sept heures.
- 853** Le nombre d'heures acceptées pour le quantième est inférieur à 3,5 heures.
- 854** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'annexe 38, en rhumatologie, le médecin ne peut demander le paiement de plus d'un demi-*per diem*.
- # **855** Conformément à l'article 15.2 v) de l'annexe 38, le mode de rémunération mixte ne s'applique pas au médecin en chirurgie plastique qui, au cours d'une journée, est responsable des soins chirurgicaux dans une unité de grands brûlés en vertu de l'annexe 39.
- # **856** Conformément à l'article 15.2 vi) de l'annexe 38, le mode de rémunération mixte ne s'applique pas au médecin en anesthésiologie qui, au cours d'une journée, assure une disponibilité de service sur place auprès des patients d'un centre de douleur chronique en vertu de l'annexe 41.
- # **857** Conformément à l'article 15.2 vii) de l'annexe 38, le médecin en psychiatrie qui, au cours d'une demi-journée, réclame le paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4.1 de l'annexe 42, ne peut demander le paiement d'un *per diem*, d'un demi-*per diem* ou d'heures pour la durée de prestation de ces services.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.

6.0 ANNEXE 40 - RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE.

1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

1.1 Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine d'urgence dans un département ou un service clinique d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

1.2 Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste en médecine d'urgence accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche. À ce titre, les activités médicales désignent :

AVIS : *Les activités réalisées selon l'Annexe 40, doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215. Inscrire TH dans la case MODE DE RÉMUNÉRATION.*

1.2.1 Les activités cliniques accomplies par le médecin à la salle d'urgence d'un établissement, dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine); et

AVIS : *Utiliser le code d'activité 077113.*

1.2.2 Les activités cliniques accomplies par le médecin en clinique externe ou auprès des patients admis d'un établissement, dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine);

AVIS : *Utiliser le code d'activité 077114.*

1.3 Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste en médecine d'urgence et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

Les activités médico-administratives désignent :

- Les activités accomplies par le médecin, dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination et reliées à l'élaboration, l'évaluation et la coordination de programme en médecine d'urgence pour son établissement;
- les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence comme chef de département clinique ou chef de service clinique, à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre de ses responsabilités de membre élu ou nommé à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, lesquelles sont rémunérées par le Protocole adopté à cette fin;
- la participation aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et son Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- la participation aux réunions du département ou du service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

AVIS : *Utiliser le code d'activités 077115 pour les activités médico-administratives ou le code d'activités 077116 pour les activités d'enseignement.*

2. RÉMUNÉRATION

2.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoit le paiement d'un montant forfaitaire pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

+ Ce montant forfaitaire est de 402 \$. Il est versé pour une période d'activité de quatre (4) heures.

2.2 Pour une période d'activité moindre, ce montant forfaitaire est divisible en taux horaire, étant entendu que la rémunération d'une heure d'activité nécessite une période d'activité continue de 60 minutes, à défaut de quoi elle n'est pas payable.

AVIS : *La facturation d'une fraction d'heure n'est pas permise.*

Toutefois, le médecin qui ne se trouve pas sur les lieux de l'établissement et qui, dans un contexte de débordement et suite à une demande de support de ses confrères, est appelé à s'y rendre afin de dispenser des services à la salle d'urgence, a droit à une rémunération minimale correspondant à deux (2) heures d'activité.

2.3 Pour les activités visées à l'article 1.2.1, le montant forfaitaire peut être réclamé pour toute activité accomplie pendant la journée, de 8 h à 8 h le lendemain, du dimanche au samedi.

AVIS : *De 0 h à 8 h, la plage horaire = NUIT*

De 8 h à 12 h, la plage horaire = AM

De 12 h à 16 h, la plage horaire = PM

De 16 h à 0 h, la plage horaire = SOIR

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage horaire n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

Pour les activités visées à l'article 1.2.2, le montant forfaitaire ne peut être réclamé que pour les activités accomplies au cours de la période de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : *De 7 h à 12 h, la plage horaire = AM*

De 12 h à 19 h, la plage horaire = PM

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage horaire n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

Pour les activités visées à l'article 1.3, le montant forfaitaire ne peut être réclamé que pour les activités accomplies au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : *De 7 h à 12 h, la plage horaire = AM*

De 12 h à 17 h, la plage horaire = PM

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage horaire n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

2.4 La rémunération des activités visées à l'article 1 est sujette aux règles suivantes :

- i. Le médecin qui réclame le paiement de plus d'un montant forfaitaire au cours d'une journée (soit plus de quatre (4) heures) pour les activités prévues à l'article 1.2.1 ne peut réclamer le paiement de plus d'un montant forfaitaire au cours de cette journée (soit plus de quatre (4) heures) pour d'autres types d'activité.
- ii. Un médecin ne peut réclamer le paiement de plus de deux montants forfaitaires au total au cours d'une journée (soit plus de huit (8) heures) pour les activités prévues aux articles 1.2.2 et 1.3.

Nombre de montants forfaitaires autorisé pour certaines activités

2.5 Un nombre global de montants forfaitaires est autorisé, pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé, aux fins de la rémunération des activités médico-administratives et d'enseignement visées à l'article 1.3.

Le nombre de montants forfaitaires autorisé sur une base annuelle est de 13 500. Celui-ci est déterminé en fonction du nombre de médecins spécialistes exerçant en médecine d'urgence au moment de l'introduction du mode de rémunération mixte et est réévalué de façon périodique par les parties négociantes afin de tenir compte de divers facteurs, dont l'évolution du nombre de médecins spécialistes exerçant en médecine d'urgence.

2.6 Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte doit être accompagnée d'une demande d'attribution d'un nombre de montants forfaitaires pour la rémunération des activités visées à l'article 1.3 et accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence visés par la demande. Cette demande doit faire état du nombre de montants forfaitaires demandés et contenir l'information requise par les parties négociantes.

Ces demandes sont référées par les parties négociantes pour recommandation au comité conjoint formé en vertu de l'Annexe 38.

2.7 Le comité conjoint examine les demandes qui lui sont déférées en tenant compte de divers facteurs dont, notamment, le nombre de médecins spécialistes en médecine d'urgence qui accomplissent ce type d'activité au sein de l'établissement, la mission, le plan d'effectifs médicaux, le plan d'organisation et le volume d'activité de l'établissement et la présence de médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département ou service.

Le comité voit également à la réévaluation périodique du nombre de forfaits alloués aux établissements, évalue toute demande de révision et accomplit tout autre mandat que lui confient les parties négociantes.

Le comité recommande aux parties négociantes le nombre de montants forfaitaires à être alloué à un établissement.

2.8 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à la rémunération des activités ci-dessus visées.

2.9 Le médecin spécialiste qui agit à titre de chef du département ou du service de médecine d'urgence ou, à défaut, le médecin désigné par les parties négociantes, est responsable de la répartition de ces forfaits parmi les médecins spécialistes en médecine d'urgence du département ou du service.

2.10 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence ne peut, pour la rémunération des activités visées à l'article 1.3, réclamer le paiement d'un plus grand nombre de montants forfaitaires que celui qui lui a été attribué en vertu de l'article 2.9.

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

3.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement d'une rémunération forfaitaire en vertu de l'article 2 reçoit également un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre pour tous les services médicaux qu'il dispense dans l'établissement au cours de cette journée.

AVIS : Les honoraires demandés par le médecin spécialiste en médecine d'urgence doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de l'annexe 40, pour les services médicaux dans la section Actes du formulaire Demande de paiement - Médecin (1200).

Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste en médecine d'urgence durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** inscrire dans la case P.H. sur le formulaire 1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu, **et ce, peu importe le lieu de dispensation** (établissement, cabinet, domicile, etc.) :

De minuit à 8 h (nuit), la plage horaire = 1

De 8 h à 12 h (A. M.), la plage horaire = 2

De 12 h à 16 h (P. M.), la plage horaire = 3

De 16 h à minuit (soir), la plage horaire = 4

IMPORTANT : Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **uniquement** à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire une plage horaire pour les services demandés est **limitée** aux périodes (dates de service) où il se rend dans cet établissement. En d'autre temps, l'indication de la plage horaire n'est pas obligatoire.

3.2 Toutefois, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toujours sur les services médicaux suivants :

- Constat de décès à distance (code 15264);
- Rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3) (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (codes 09071 et 09073);
- Formulaire - Certificat du médecin qualifié dans le cadre des prélèvements découlant des exigences du Code criminel (code 09820)
- Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public (codes 09825 et 09826);
- Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et par la Loi sur les accidents du travail (codes 09900, 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09970 et 09971);
- Formulaires - Programme de dépistage du cancer du sein (codes 09814, 09815, 09816 et 09817);
- Formulaire - Programme d'aide aux victimes de l'hépatite C (code 09818).

AVIS : Ces services sont payables en tout temps dans l'établissement où le médecin spécialiste en médecine d'urgence est autorisé au mode de rémunération mixte.

3.3 Également, le médecin d'une unité d'hospitalisation qui doit examiner un patient à l'urgence, afin de déterminer la nécessité d'une admission dans une unité d'hospitalisation, est rémunéré à l'acte.

AVIS : Voir les codes d'acte **15607 et 15611** sous l'onglet B – Tarification des visites dans le Manuel des médecins spécialistes. Un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toujours sur ces actes.

3.4 Nonobstant toutes dispositions au contraire dans le modèle de rémunération mixte produit en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur le supplément payable en vertu de la Règle 28 du préambule général de l'annexe 4.

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **00746, 00777, 01011, 01015, 01215, 01216, 05144, 06062 et 07068**, utiliser le code **70006**. Pour les autres codes concernés, utiliser le code d'acte **70000**.

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

4.1 Sous réserve de l'article 3.1 ci-dessus, le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre pour les services médicaux qu'il dispense dans l'établissement auprès des patients admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Inscrire le modificateur **189** et les honoraires à 100 % pour les services rendus auprès d'un patient admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié, **si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé.**

Toutefois, les honoraires de la visite auprès d'un patient admis ne sont pas payables entre 19 h et 7 h, du lundi au vendredi, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : Inscrire le modificateur **188** et les honoraires à 100 % pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, entre 19 h et 7 h, et ce, **si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé.**

4.2 De plus, les majorations d'honoraires prévues à l'Addendum 11 de l'Annexe 4 s'appliquent également à la rémunération forfaitaire payable en vertu de l'article 2, pour les activités accomplies à la salle d'urgence, pendant les périodes visées.

AVIS : La rémunération forfaitaire est ajustée par la Régie lorsqu'une majoration s'applique.

- + **4.3** Le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoit la rémunération à l'acte payable en vertu du Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique pour les consultations téléphoniques qu'il effectue en dehors de la période pour laquelle il a, le cas échéant, réclamé le paiement d'une rémunération forfaitaire en vertu de l'article 2 de la présente annexe.

5. RÈGLE D'APPLICATION

5.1 Pour les fins de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 ou des majorations d'honoraires applicables en vertu de l'Addendum 11 de l'Annexe 4, on retient les règles suivantes :

- i. On retient l'heure du début de prestation du service;
- ii. En obstétrique, on retient l'heure de la naissance;
- iii. Lorsqu'un montant forfaitaire est réclamé pour une période d'activité qui ne se situe que partiellement au cours d'une des périodes de majoration prévues à l'Addendum 11, ce montant forfaitaire doit alors être divisé en taux horaire et on n'applique une majoration que pour les heures accomplies pendant cette période de majoration.

6. RESSOURCEMENT

Abrogé.

7. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

7.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en cabinet privé. Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire.

7.2 Les parties négociantes peuvent toutefois autoriser l'application du mode de rémunération mixte afin de rémunérer les activités d'un médecin en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où exerce ce médecin est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité et en complémentarité de ceux dispensés par l'établissement.

Les parties négociantes peuvent également fixer les autres conditions qu'elles jugent nécessaires avant d'autoriser l'application du mode de rémunération mixte en cabinet privé.

8. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

(Annexe 24 de l'Accord-cadre)

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et mentionnés à l'Annexe 24 de l'Accord-cadre.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2.

9. PROTOCOLE D'ACCORD

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ou au Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire.

10. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

10.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte au sein d'un hôpital et qui dispense également des services au sein d'un autre hôpital, est rémunéré pour ces services selon le mode de rémunération applicable au sein de ce dernier.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré au sein de cet autre hôpital pour les services dispensés au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.

11. DIVERS

11.1 Sous réserve de l'article 11.2, l'ensemble des dispositions prévues à l'Accord-cadre s'applique, avec les adaptations nécessaires, au médecin spécialiste en médecine d'urgence rémunéré selon le mode de rémunération mixte, à l'exception toutefois des dispositions contenues aux annexes 10, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 26, 27, 28, 30, 31, 33 et 38.

11.2 En ce qui a trait à l'Annexe 29, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin qui, au cours d'une journée, assume la prise en charge d'une unité reconnue en vertu de l'Annexe 29. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 29 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 121 (ou ses multiples) pour tous les services rendus lorsque le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 (codes d'acte 09294 et 09295) au cours d'une journée.*

Les services rendus en urgence doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'addendum 11. Les jours fériés qui s'appliquent sont ceux de l'annexe 40, article 11.3.

Les multiples du modificateur 121 sont les suivants :

050 - 121 = MOD 665
094 - 121 = MOD 666
108 - 121 = MOD 267
121 - 184 = MOD 699
121 - 185 = MOD 663
121 - 186 = MOD 664

11.3 Aux fins de la présente annexe, est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des Patriotes, la Fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du Jour de l'An.

AVIS : *La Régie appliquera le calendrier des jours fériés qui figure au point 3.5 de la section Demande de paiement - Rémunération mixte de la Brochure n° 5, sauf si l'établissement concerné par les services facturés lui a fait connaître une date de célébration du jour férié différente pour son personnel infirmier.*

11.4 Un médecin spécialiste en médecine d'urgence peut agir comme médecin-conseil pour l'élaboration ou l'exécution du programme de santé publique touchant le champ de sa discipline. Il doit y avoir été préalablement invité par le directeur régional de santé publique, le président directeur général de l'Institut national de santé publique ou le directeur général de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au moyen d'une demande écrite précisant la nature de sa participation et sa durée.

Celui qui est appelé comme médecin-conseil peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, l'autorisation des parties négociantes est nécessaire si le médecin ne bénéficie pas déjà de ce mode de rémunération mixte ou si sa participation comme médecin-conseil est requise pour une période s'étalant sur plus de 30 jours dans l'année civile.

Aux fins de l'application du mode de rémunération mixte, les activités médicales visées à l'article 1.2 comprennent également l'ensemble des activités prévues à l'article 2.1 du modèle de rémunération mixte de la Santé communautaire apparaissant à l'Annexe 38.

AVIS : *Utiliser un des codes d'activité suivants :*

Pour les services rendus en santé communautaire :

080030 (Services cliniques)
080032 (Rencontres multidisciplinaires)
080037 (Planification - programmation - évaluation)
080038 (Coordination)
080047 (Exécution)
080091 (Avis médicaux)

Pour les services rendus en santé communautaire dans le cadre de programmes contractuels de santé et sécurité du travail :

081030 (Services cliniques)
081032 (Rencontres multidisciplinaires)
081037 (Planification - programmation - évaluation)
081038 (Coordination)
081047 (Exécution)
081091 (Avis médicaux)

Ces activités peuvent être accomplies au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

De 7 h à 12 h, la plage horaire = A. M.

De 12 h à 17 h, la plage horaire = P. M.

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

12. LIMITATION

12.1 Le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui exercent dans un département ou service où s'applique ce mode, incluant ceux qui y exercent dans un contexte de remplacement ou, dans les cas spécifiques autorisés par les parties négociantes, ceux qui y exercent dans un contexte de support ou de pool de service.

Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle pour le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active.

Le médecin auquel s'applique le mode de rémunération mixte ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie que ceux prévus à la présente annexe.

13. PROCÉDURE D'AUTORISATION

13.1 Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte est transmise, évaluée et autorisée selon la procédure prévue à l'article 17 de l'Annexe 38.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour de mai 2006.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE (de l'Annexe 40)
MÉDECINE D'URGENCE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
+ 56	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080 et 08925.