



MANUEL DES OMNIPRATICIENS BROCHURE NO 1

MISE À JOUR : 95

DÉCEMBRE 2016

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : *Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les pages décalées*

AMENDEMENT N° 154 (à l'exclusion des articles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017)

AMENDEMENT N° 156 (à l'exclusion des articles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017)

AMENDEMENT N° 157

AUTRES DOCUMENTS OFFICIELS ET MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

- Table des matières

- Modifications administratives

Page : [5](#)

- Entente

- Amendement n° 154

- Annexe XXIII

Pages : [154](#), [169](#), [173](#) à 175, [177](#) à 179, [183](#) à 185, [191](#), [192](#), [194](#), [195](#), [198](#), [200](#) et [201](#)

- Modifications administratives

Pages : [47](#) et [174](#)

- Lettres d'entente

- Amendement n° 154

- Lettres d'entente n°s 223, 250, 294

- Ajout des lettres d'entente n°s 297, 299, 300, 301, 302

Pages : [334](#), [388](#), [471](#), [472](#) et [476](#) à 486

- Amendement n° 156

- Ajout de la Lettre d'entente n° 303

Page : [487](#)

- Modifications administratives

Page : [i-9](#)

- **Accords**

- Document officiel
 - Modification et signature de l'Accord n° 721

Page : [219](#)

- **Ententes particulières**

- Amendement n° 154
 - Santé publique (n° 24)
 - Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n° 40)
 - DSQ-DMÉ (n° 48)
 - PREM (n° 53)

Pages : [24-3](#) à 24-5, [40-22](#), [40-23](#), [40-26](#) à 40-29, [48-1](#) à 48-13, [A 48-1](#) à A 48-6, [53-1](#) à 53-7 et [A 53-1](#) à A 53-5

- Amendement n° 157
 - Modifications des ententes particulières n°s 1, 3, 6, 10, 17, 19, 21, 23, 24, 27, 29, 31, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49 et 51
 - Abrogation des ententes particulières n°s 5 et 14

Pages : [1-1](#), [1-3](#), [3-1](#), [3-3](#), [3-6](#), [A 3-1](#), [5-1](#), [6-2](#), [6-3](#), [10-1](#) à 10-3, [10-6](#) à 10-8, [A 10-1](#), [A 10-3](#), [14-1](#), [14-2](#), [17-1](#), [17-2](#), [17-4](#), [17-5](#), [19-1](#), [19-2](#), [21-1](#) à 21-3, [A 21-1](#), [23-1](#) à 23-3, [24-1](#), [24-5](#) à 24-8, [27-1](#), [29-1](#), [29-3](#) à 29-7, [A 29-1](#), [31-1](#) à 31-3, [A-31-1](#), [38-1](#) à 38-10, [40-1](#), [40-18](#), [40-19](#), [41-1](#), [41-2](#), [42-3](#) à 42-7, [43-1](#), [43-2](#), [43-4](#), [43-5](#), [43-7](#), [43-8](#), [44-1](#), [45-1](#) à 45-4, [49-1](#), [49-2](#) et [51-4](#)

- Modifications administratives

Pages : [i-1](#), [i-3](#), [1-2](#), [A 3-1](#), [5-1](#), [6-1](#), [6-2](#), [10-1](#), [10-2](#), [10-4](#), [10-6](#), [10-7](#), [A 10-1](#), [A 10-3](#), [14-2](#), [17-1](#), [17-3](#), [19-1](#), [21-2](#), [21-3](#), [A 21-1](#), [23-1](#), [24-4](#), [24-5](#), [27-3](#), [29-1](#), [29-5](#), [A 29-1](#), [31-2](#), [38-3](#), [38-7](#), [38-8](#), [41-1](#), [41-3](#), [42-4](#) à 42-6, [42-9](#), [43-1](#), [44-1](#) à 44-3, [45-1](#), [45-3](#), [48-12](#), [49-2](#), [A 53-1](#) et [A 53-4](#)

NOTE : Cette mise à jour comprend l'information publiée dans les infolettres suivantes :
155 / 2016-09-02, 196 / 2016-11-17, 249 / 2017-01-06, 266 / 2017-01-24,
296 / 2017-02-22, 004 / 2017-04-06, 072 / 2017-06-09

La légende suivante est en vigueur depuis janvier 2015.

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modification ou ajout de contenu administratif
 - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
 - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
 - T : Modification du tarif
 - S : Suppression de contenu administratif ou officiel
- 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 978-2-550-48079-2

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



ANNEXE XVIII :	
MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE PRÉVU À L'ARTICLE 30.00 DE L'ENTENTE GÉNÉRALE.	115
1.00 Dépannage dans un service d'urgence	115
2.00 Dépannage dans une unité de soins de courte durée	115
3.00 Dépannage en obstétrique et en anesthésie.	117
4.00 Dispositions générales.	119
5.00 Comité paritaire	120
6.00 Équipe intra-régionale (<i>abrogé par l'Amendement n° 85</i>)	
7.00 Mise en vigueur	120
ANNEXE XIX :	
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE (<i>Amendement n° 72 remplacé par Amendement n° 85</i>).	121
ANNEXE XX :	
# MAJORATIONS APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES DISPENSÉS EN HORAIRES DÉFAVORABLES.	126
# 1.00 Dispositions générales.	126
# 2.00 Dispositions relatives au mode de l'acte	126
# 3.00 Dispositions relatives aux modes du tarif horaire et des honoraires fixes.	126
# 4.00 Majorations applicables en cabinet et en établissement à l'exception des services d'urgence	127
# 5.00 Majorations et forfaits applicables aux services d'urgence	129
# 6.00 Dispositions spécifiques relatives à certains établissements	132
ANNEXE XXI :	
# RECONNAISSANCE DE L'EFFICIENCE.	133
# 1.00 Nombre de journées de pratique significatives travaillées	133
ANNEXE XXII :	
# MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES DANS CERTAINS MILIEUX DE PRATIQUE	137
# 1.00 Modes de rémunération.	137
# 2.00 Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération selon le mode de l'acte.	139
# 3.00 Modalités spécifiques au mode des honoraires fixes	150
# 4.00 Modalités spécifiques au mode du tarif horaire.	153
# 5.00 Dispositions transitoires	153
ANNEXE XXIII :	
# MODALITÉS SPÉCIFIQUES RELATIVES AU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE INSTAURÉ DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS	154
# 1.00 Modalités générales.	154
# 2.00 Modalités spécifiques	154
# 3.00 Secteur de pratique admissible.	159
# 4.00 Dispositions transitoires	169
2. LETTRES D'ENTENTE (<i>voir l'index au début de cette section</i>)	1
3. ACCORDS	1
4. ENTENTES PARTICULIÈRES (<i>voir l'index au début de cette section</i>)	1
5. DÉCRETS ET RÈGLEMENTS	1
6. PROTOCOLES D'ACCORD (<i>voir l'index au début de cette section</i>)	1

2.14 Malgré les dispositions qui précèdent, le médecin peut reporter à l'année suivante le solde de ses vacances jusqu'à un maximum de dix (10) jours. Ce solde ainsi accumulé ne doit jamais dépasser dix (10) jours.

Toutefois, dans le cas des paragraphes 2.11 et 2.12, le médecin peut reporter dans l'année où il reprend ses activités professionnelles ou l'année suivante le solde de ses vacances jusqu'à un maximum de vingt (20) jours. Dans ce cas, le solde ainsi accumulé ne doit jamais dépasser vingt (20) jours.

AVIS : *La Régie reporte jusqu'à dix (10) jours de vacances annuelles accumulés, sans que vous en fassiez la demande. Le médecin qui ne désire pas reporter ses vacances accumulées doit aviser la Régie avant la fin du mois d'avril. Ces jours seront alors payés par la Régie.*

Le médecin qui quitte le mode des honoraires fixes et renonce à son droit de report afin d'être payé rapidement pour ses congés non utilisés (congés annuels, fériés et heures supplémentaires), doit, après s'être assuré que toutes ses demandes de paiement ont été transmises à la Régie, faire part de sa décision et de sa date de départ en écrivant à l'adresse suivante :

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

Nonobstant les dispositions du paragraphe 2.09, le médecin a droit, en cas de départ, au report des vacances qu'il a acquises à ce moment si, dans les trois (3) mois de son départ, il avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ et le report est sujet aux règles prévues aux alinéas précédents et au paragraphe 2.15.

2.15 L'établissement doit, à la demande du médecin, reporter à l'année suivante les vacances qui sont dues à ce médecin, lorsque celui-ci, à la demande du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions, consent à changer sa période de vacances déjà approuvée. Le médecin en prévient la Régie en conséquence.

AVIS : *Le médecin transmet à la Régie avant la fin du mois d'avril copie de la demande écrite que l'établissement lui a remise à la suite du changement d'une période de vacances déjà approuvée.*

2.16 Les jours de vacances reportés aux termes des paragraphes 2.10 à 2.15 sont payés selon la méthode prévue au paragraphe 2.05 en fonction de la période-témoin de vingt (20) semaines qui devait être utilisée si ces jours de vacances avaient été pris dans l'année où ils étaient dus.

2.17 Le présent paragraphe s'applique avec l'accord du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions.

Lorsqu'un médecin a, en réserve, en date du 30 avril 1989, vingt (20) jours ou moins de vacances accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1^{er} mai 1989, ces vacances doivent être utilisées au cours de la période du 1^{er} mai 1989 au 30 avril 1990 ou reportées selon les dispositions prévues à l'article 2.00. Ces jours de vacances sont payés sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24. Le paiement du ou des jours de vacances pris par anticipation au cours de la période s'échelonnant du 1^{er} mai 1988 au 30 avril 1989 est ajusté rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1^{er} janvier 1989.

Lorsqu'un médecin a, en réserve, en date du 30 avril 1989, plus de vingt (20) jours de vacances accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1^{er} mai 1989, ces jours de vacances en surplus des vingt (20) premiers constituent une réserve que le médecin doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1^{er} mai 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de vacances, le médecin est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 1/2) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de vacances ainsi pris.

3.00 CONGÉS FÉRIÉS

3.01 Le médecin a droit à treize (13) jours de congés fériés par année, du 1^{er} mai au 30 avril.

Sous réserve du paragraphe 3.02, ces congés sont les suivants : la Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

AVIS : Utiliser le code de congé 40.

Voir le tableau des congés fériés à l'onglet Rédaction de la demande de paiement de la Brochure n° 2. Ce tableau est utilisé pour déterminer les droits du médecin en début ou en fin d'emploi ainsi que lors de la prise d'un congé qui suspend le droit aux congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède quatre semaines (paragraphe 4.13, annexe VI de l'Entente).

Ce tableau est également utilisé pour l'application de l'article 3.04 de l'annexe VI de l'Entente. Si un jour de congé férié est célébré dans l'établissement ou dans l'installation où vous exercez à une date différente de celle du tableau, vous devez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de l'établissement ou de l'installation.

L'établissement doit faire parvenir à la Régie, avant le 1^{er} mai de chaque année, la liste des congés fériés pour chacune de ses installations et la date de leur célébration. L'information doit être transmise au :

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

ou par télécopieur au 418 646-8110

Le calendrier de la Régie ainsi que les calendriers spécifiques des établissements ou des installations sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, sous l'onglet Facturation de votre profession.

En plus des congés fériés prévus au présent paragraphe, les médecins exerçant en psychiatrie ou en toxicomanie dans les établissements ou parties d'établissements où le personnel a droit à cinq (5) jours ouvrables additionnels de congé ont droit également à ces cinq (5) jours additionnels de congé. Il en va de même pour le médecin qui exerce dans un établissement visé par l'entente particulière du Grand Nord ou par l'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la région du Nunavik (17), du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09).

Les congés prévus au sous-paragraphe précédent sont calculés au médecin au prorata des mois ouvrés.

AVIS : Utiliser le code de congé 41.

Toute période d'invalidité de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation des cinq (5) jours additionnels de congé et ce, indépendamment de ce qui est prévu ci-dessus. Toutefois, pendant une période de retour progressif prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13) mois d'une période d'invalidité ou pendant une période de rééducation prévue au paragraphe 8.05 de la présente annexe, le médecin accumule des jours de congés additionnels pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

3.02 Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement à moins d'accord à ce contraire entre le médecin et le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions. Les congés additionnels prévus au troisième sous-paragraphe du paragraphe 3.01 sont pris après accord entre le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, et le médecin concerné.

Toute modification aux dates des congés fériés ne peut, même si les périodes de référence ne sont pas les mêmes pour le personnel professionnel et pour le médecin, donner à ce dernier le droit à plus de treize (13) congés fériés par période de référence.

3.03 À l'occasion de la prise d'un congé férié, le médecin est rémunéré à raison de 1/5 du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24.

Il en est de même pour les autres congés prévus au troisième sous-paragraphe du paragraphe 3.01.

3.04 Lorsque le médecin est tenu d'exercer ses fonctions l'un de ces jours fériés ou lorsqu'il s'agit d'un médecin dont l'horaire régulier d'activités professionnelles ne coïncide pas avec la date d'un congé férié, son congé lui est accordé, à la date convenue entre le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, et le médecin concerné, dans la mesure où cette date se situe dans les quatre (4) semaines qui précèdent ou suivent le jour de congé férié et dans la mesure où ce report se situe dans la période du 1^{er} mai au 30 avril au cours de laquelle ce congé est prévu.

c) les dispositions du paragraphe 1.06 de la présente annexe s'appliquent.

AVIS : *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes de modificateurs pour les services rémunérés à l'acte ou les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à honoraires fixes.*

AVIS : *Vous référer aux paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour connaître les codes d'activité à facturer.*

4.00 Modalités spécifiques au mode du tarif horaire

4.01 La rémunération à tarif horaire du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département paraissant à un des paragraphes 2.01, 2.02, 2.03 et 2.04 ci-dessus, couvre, sous réserve du paragraphe 1.02 de la présente annexe, l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

- a) une prime de responsabilité s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés aux présentes. Cette prime est de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013;
- b) il peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe 2.2.6 E 8) relatif à la réponse téléphonique du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale s'il exerce dans une unité ou services énumérés au paragraphe 2.02 ci-dessus;
- c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel que paraissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9), 2.2.6 F 8) ou 2.2.6 G 7) du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir un avis de service (3547) pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire. Préciser qu'il s'agit de l'annexe XXII, sélectionner le secteur d'activité concerné et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

AVIS : *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes de modificateurs pour les services rémunérés à l'acte durant une période de garde en disponibilité ou les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à tarif horaire.*

AVIS : *Vous référer aux paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour connaître les codes d'activité à facturer.*

5.00 Dispositions transitoires

5.01 Malgré le paragraphe 1.01, le médecin, sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, peut opter, au cours des trois premiers mois d'application de la présente annexe, pour un autre mode de rémunération que le sien au moment de la date de mise en application de la présente annexe. Cette disposition vaut également pour le médecin à honoraires fixes en ce qui a trait à l'option pour le régime B.

Annexe à l'annexe XXII

Liste des établissements ou installations visés par les paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03 de l'annexe XXII

AVIS : *Les listes des établissements et installations désignés dans cette annexe sont disponibles sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

ANNEXE XXIII

Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés**1.00 Modalités générales**

1.01 Le médecin, lorsqu'il exerce au Québec dans un des secteurs de pratique admissibles, centres, programmes, unités, services ou départements d'un établissement, identifiés au paragraphe 3.00 ci-dessous, peut opter pour le mode de rémunération mixte ou, pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, selon la formule spécifique à ce mode.

- + **1.02** Au moment de sa nomination ou à tout autre moment, sans attendre le renouvellement de sa nomination, pour chacune des installations physiques d'un établissement, le médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte et cela, s'il y a lieu, pour chaque installation, centre, programme, unité, service ou département ou leur regroupement.

Toutefois, le médecin qui détient déjà une nomination dans un établissement lors de la mise sur pied d'un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination, peut opter pour le mode de rémunération mixte pour cette activité.

1.03 Le médecin qui a opté pour le mode mixte de rémunération peut modifier son mode de rémunération au moment du renouvellement de sa nomination.

Toutefois, le médecin qui détient ou a détenu un avis de service selon le mode de rémunération mixte peut, au sein de l'installation en cause, une seule fois opter pour le mode du tarif horaire selon l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- a) Sans égard à la date du renouvellement de sa nomination, le médecin qui se prévaut du mode mixte dans une installation visée peut opter pour le tarif horaire durant les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause. Si cette limite survient lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé de la durée de son absence temporaire durant ces vingt-quatre (24) mois de façon à lui assurer le bénéfice des vingt-quatre (24) mois d'exercice pour effectuer son choix. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.
- b) Lorsque le choix du mode de rémunération mixte par le médecin est exercé dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de ce mode dans le secteur de pratique ou l'installation en cause, la possibilité de se prévaloir du tarif horaire est prolongée au premier renouvellement de nomination qui survient après les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode mixte dans l'installation en cause. Si cette limite est atteinte lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé à la date du premier renouvellement de nomination qui survient suite à la fin de l'absence du médecin pour invalidité ou maternité. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.

1.04 L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option exercée par le médecin.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin rémunéré exclusivement selon le mode de rémunération mixte, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique concerné et inscrire la période couverte par l'avis de service. Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes qui quitte ce mode pour être rémunéré exclusivement selon la rémunération mixte, l'établissement doit aussi faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) pour confirmer la fin de la nomination à honoraires fixes en plus du formulaire 3547 pour la rémunération mixte.*

2.00 Modalités spécifiques**Activités professionnelles rémunérées**

2.01 La rémunération, selon le mode de rémunération mixte, prévue à la présente annexe, couvre les activités professionnelles suivantes :

3.03 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu de l'*Entente particulière relative au Grand-Nord*, de l'*Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord*, de l'*Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau*, ainsi que de l'*Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles*.

S

**VOIR LES ANNEXES I, II ET III À L'ANNEXE XXIII
AUX PAGES SUIVANTES**

ANNEXE I À L'ANNEXE XXIII

**SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES, RÈGLES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES
PAR SECTEUR DE PRATIQUE VISÉ PAR LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE
(PARAGRAPHE 2.06 DE L'ANNEXE XXIII)**

A – SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
52,1	42052, 42053, 42054, 42055, 42056, 42057, 42058, 42059, 42081, 42082, 42083, 42084, 42085, 42086, 42087
40	42061, 42062, 42063, 42064, 42075
Supplément d'honoraires applicable au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
21,2	42052, 42053, 42054, 42055, 42056, 42057, 42058, 42059, 42081, 42082, 42083, 42084, 42085, 42086, 42087

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales en santé publique les activités réalisées par le médecin pour le compte ou auprès d'une direction régionale de santé publique, de l'Institut national de santé publique du Québec ou de la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, le tout en favorisant particulièrement le soutien aux services de première ligne, la supervision clinique et le transfert des connaissances.

Ces activités médicales comprennent également les activités réalisées dans le cadre contractuel avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) dont les activités reliées au programme de retrait préventif et au programme spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III, tels que reconnus par la CSST.

- 1.1 Les activités médicales en santé publique se définissent comme les activités de conception, de réalisation et d'évaluation du programme de santé publique et des responsabilités légales des directeurs de santé publique ainsi que les activités réalisées pour le compte de la CSST.

42067 Forfait horaire en santé publique (première heure complétée)..... 57,12 \$

42068 Par période additionnelle complète de 15 minutes..... 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en santé publique et les périodes additionnelles, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait horaire dans la case P.H.;
- pour l'acte **42068**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

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

2.8 Activités réalisées pour le compte de la CSST reliées au programme spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III, tels que reconnus par la CSST : l'acte médical relié au PSSE comprend l'élaboration, la mise à jour du programme dont, principalement l'identification des risques, le diagnostic et les recommandations concernant les correctifs à apporter par l'entreprise, la présentation du PSSE à l'entreprise et le suivi du PSSE c'est-à-dire l'évaluation de la prise en charge du contrôle des risques par l'entreprise.

42087 Activités reliées au PSSE, par période complète de 15 minutes.....29,85 \$

3. Les modalités de rémunération de la garde en disponibilité sont les suivantes :

+ Direction régionale de santé publique : domaines de garde visés

+ 3.1 Malgré les dispositions du paragraphe 2.08 de l'annexe XXIII, un supplément de garde en disponibilité est payé, par jour, au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS : Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42071** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42072** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
 - le code **42073** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42074** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de la direction régionale de santé publique concernée dans la section Établissement :

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement
Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400
Région 02	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	94401
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402
Région 04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	94403
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414
Région 13	CISSS de Laval	94415
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416
Région 15	CISSS des Laurentides	94417
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418
Région 17	Nunavik	94179
Région 18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	94183

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

+ *Direction générale de santé publique : domaine de garde visé*

Un tel supplément de garde est également payable, par jour visé, au médecin qui est assigné à une garde provinciale en maladies infectieuses pour la direction générale de santé publique (DGSP). Cette garde est rémunérée à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi et entre 8 h et 18 h un jour férié.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42073** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectué à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi;
 - le code **42074** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectué entre 8 h et 18 h, un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro d'établissement de la Direction générale de santé publique (94509).

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

+ *Institut national de santé publique du Québec : domaine de garde visé*

Un tel supplément de garde est payable également au médecin qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale pour le compte de l'INSPQ. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et un jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42071** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectué entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42072** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectué entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro d'établissement de l'Institut national de santé publique du Québec (94559).

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

+ *Modalités spécifiques de rémunération*

Le supplément de garde est de 171,50 \$ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et 122,50 \$ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.

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

Un seul supplément de garde en disponibilité en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, pour la direction générale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde pour la garde provinciale en santé environnementale est payable, par jour, pour l'INSPQ en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

+ *Autres modalités*

Malgré les alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe, d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le ministre, le directeur général de santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité par jour en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle sera rémunérée selon les modalités qui précèdent pour la période déterminée par les parties.

- 3.2 Le médecin appelé à se déplacer ou à rendre sur place des services, pendant une période de garde en disponibilité, est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période à 100 % du tarif des actes paraissant ci-dessus.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente minutes consécutives.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

AVIS : *Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place ou qui ne requièrent pas un déplacement pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où le médecin détient une nomination en santé publique.*

- 3.3 Malgré les dispositions de l'article 2.09 de l'annexe XXIII, les modalités applicables en horaires défavorables sont les suivantes :

3.3.1 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables, et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin. Les majorations sont les suivantes :

- i) pour les services dispensés de 20 h à 8 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié et de 0 h à 8 h les vendredi, samedi, dimanche ou un jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 13 %.

AVIS : *Inscrire dans la section Actes le modificateur **110** pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné de 20 h à 8 h du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié, ou le modificateur **113** pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné de 0 h à 8 h les vendredi, samedi, dimanche ou un jour férié et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %.*

- ii) pour les services dispensés de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'un jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 23 %.

AVIS : *Inscrire dans la section Actes le modificateur **111** pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

- iii) pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 23 %.

AVIS : *Inscrire dans la section Actes le modificateur **112** pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'INSPQ ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin.

4. Les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :

- a) Le médecin doit détenir une nomination dans l'établissement auquel est rattachée la direction régionale de santé publique. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination.
 - b) Le Ministère transmet à la Régie et à la Fédération la liste des établissements auxquels sont rattachées les directions de santé publique.
 - c) Malgré l'alinéa a) ci-dessus en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans un établissement désigné, une lettre d'engagement passée entre le directeur général de l'établissement auquel est rattachée la direction de la santé publique peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction régionale de santé publique pour moins de 300 heures par année.
 - d) Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en œuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour un acte professionnel effectué pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas.
5. Pour le médecin qui, en santé publique ou en santé et sécurité du travail, détient une nomination du directeur régional de santé publique, les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII, sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus :

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)

Santé publique

42061 par période complète de 15 minutes 23,78 \$

Santé et sécurité du travail

42062 par période complète de 15 minutes 23,78 \$

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)

Santé publique

42063 par période complète de 15 minutes 23,78 \$

Santé et sécurité du travail

42064 par période complète de 15 minutes 23,78 \$

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables selon l'annexe XX.

Pour la rémunération des activités médico-administratives, les établissements visés en santé publique et en santé et sécurité du travail sont ceux prévus à l'annexe III de l'annexe XXIII pour ces deux secteurs de pratique.

AVIS : Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

6. Pour le médecin qui détient une nomination de l'INSPQ ou de la Direction générale de la santé publique, seules les activités médico-administratives de l'annexe XXIII décrites au paragraphe 2.01 b) iii) auxquelles il participe sont rémunérées selon le supplément d'honoraires fixé pour la santé publique.

42075 Activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement, par période complète de 15 minutes 23,78 \$

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **42075** dans la section Actes;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le lieu de la facturation correspondant au numéro de l'INSPQ (**94559**) ou de la Direction générale de la santé publique (DGSP) (**94509**) dans la section Établissement.

B – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CLSC ET UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE

Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code 06310 à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;

SECTION B-1

SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE, SERVICES DISPENSÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME JEUNESSE AINSI QUE LES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN CLSC

+

Voir la section B-1 aux pages suivantes

Section B-1 Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
63,58	Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit : 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887 et 15888. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 19950. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les CLSC désignés, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	Services sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit : 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	Services médico-administratifs
40	42092 et 42093

Section B-1 Services spécifiques (suite à la page suivante)

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
28,86	Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit : 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887 et 15888. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 19950. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les CLSC désignés, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	Services sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit : 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les soins et les services médicaux de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ambulatoire (à l'exclusion des services au sein d'une unité de médecine familiale, du programme de santé mentale et du programme de soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs et des services rendus à l'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré), les services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse dispensés dans le cadre du programme de service médical ou de services cliniques au sein d'une installation d'un CLSC opéré par un CISSS ou un CIUSSS.

Ces soins et services médicaux de médecine de famille de prise en charge et de suivi s'adressent à des patients ambulatoires exclusivement.

42088 Forfait horaire relatif aux services médicaux de médecin de famille et relatif au programme jeunesse (première heure complétée)	57,12 \$
42089 Par période additionnelle complète de 15 minutes.....	14,28 \$
42090 Forfait horaire relatif à l'interruption volontaire de grossesse (première heure complétée)	57,12 \$
42091 Par période additionnelle complète de 15 minutes.....	14,28 \$

AVIS : *Pour les forfaits horaires en CLSC et les périodes additionnelles, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait horaire dans la case P.H.;
- pour les actes **42089** et **42091**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (9XXX2 ou 8XXX5) dans la section Établissement.

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

AVIS : *Se référer au paragraphe 2.04 des modalités spécifiques de l'annexe XXIII pour connaître la signification de plage horaire en CLSC.*

AVIS : *Inscrire le modificateur **154** pour chacun des services (forfait horaire et suppléments d'honoraires) relatifs au programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que dans le cadre du programme jeunesse ou relatifs au programme d'interruption volontaire de grossesse dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement.*

2. Malgré les dispositions du paragraphe 2.03 de l'annexe XXIII de l'entente générale, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein du secteur de pratique de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle visé par la présente annexe peut être rémunéré selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base selon les dispositions de l'entente générale pour l'ensemble de ses activités dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous s'il rencontre les conditions ci-après énoncées :

- i) à la date de la mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux de médecine de famille en CLSC, il était rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option. Le médecin visé qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement peut exercer le choix prévu à la présente disposition dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé;
- ii) il manifeste son choix en même temps qu'il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause;

AVIS : *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur l'avis de service approprié (formulaire 1897 ou 3547).*

*Inscrire le modificateur **001** pour chacun des services facturés au sans rendez-vous en médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle dans la section Actes et inscrire les honoraires demandés à 100 % du tarif.*

La possibilité de conserver ainsi la rémunération à l'acte à 100 % pour les services médicaux en sans rendez-vous, est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode à la date de mise en vigueur de la présente annexe pour les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle en CLSC.

Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % pour ces activités qui subséquemment opte pour le mode de rémunération mixte pour les activités médicales en sans rendez-vous au sein d'une installation ne peut, au sein de la même installation, se prévaloir de nouveau de la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ces activités tout en demeurant au mode de rémunération mixte.

Le médecin qui se prévaut ainsi de la rémunération à l'acte à 100 % en vertu de la présente disposition ne peut, pour la même période de temps, réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897 ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné : sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse (IVG) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, UMF).

3. Les règles et modalités spécifiques énoncées à l'article 2 ci-dessus s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, à la rémunération du médecin pour des activités d'interruption volontaire de grossesse dans une installation d'un CLSC.

AVIS : *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur l'avis de service approprié (formulaire 1897 ou 3547).*

Inscrire le modificateur 002 pour chacun des services rendus en CLSC pour les activités d'interruption volontaire de grossesse dans la section Actes et inscrire les honoraires demandés à 100 % du tarif.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897 ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné : sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse (IVG) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, UMF).

4. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 4.1 20,45 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 156 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 20,45 %.*

- 4.2 36,17 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 157 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 36,17 %.*

- 4.3 36,17 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS : *Inscrire le modificateur 158 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 36,17 %.*

- 4.4 47,18 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique-réseau.

AVIS : *Inscrire le modificateur 159 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code de la clinique réseau – lieu physique unique (8XXX5 ou 9XXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 47,18 %.*

5. Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

6. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42092 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

42093 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (9XXX2 ou 8XXX5) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

7. Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable ou de co-responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

AVIS : *Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu au comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable. Ce forfait ne peut être facturé plus d'une fois par GMF du lundi au dimanche.*

Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19017** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code identifiant le site GMF dans la section Établissement;
- la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche);

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

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues au paragraphe 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer avec le code d'activité suivant :*

072101 Activités de fonctionnement en GMF

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'une clinique réseau en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau*.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique réseau (**9XXX2** ou **8XXX5**) dans la section Établissement;

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

8. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

SECTION B-2

UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE EN CLSC OU EN CH

+

Voir la section B-2 aux pages suivantes

Section B-2 Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
63,58	Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit : 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887 et 15888. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 19950. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les UMF situées en CH, l'ensemble des services d'ultrasonographie de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement. Dans les UMF situées dans un CLSC désigné à cette fin, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	Services sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général, le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » ainsi que les services décrits aux paragraphes 3.1 ii) et 3.2 de la présente annexe soit : 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883, 15884, 42096, 42097 et 42099.
%	Services médico-administratifs
40	42100 et 42101

Section B-2 Services spécifiques (suite à la page suivante)

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
28,86	Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit : 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887 et 15888. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 19950. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les UMF situées en CH, l'ensemble des services d'ultrasonographie de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement. Dans les UMF situées dans un CLSC désigné, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	Services sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général, le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » ainsi que les services décrits aux paragraphes 3.1 ii) et 3.2 de la présente annexe soit : 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883, 15884, 42096, 42097 et 42099.

ACTIVITÉS VISÉES

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

Ces services médicaux s'adressent à des patients ambulatoires exclusivement.

42094 Forfait horaire (première heure complétée) 57,12 \$

42095 Par période additionnelle complète de 15 minutes..... 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en UMF et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour l'acte **42095**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (UMF-CLSC ou UMF-CH) dans la section Établissement.

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

AVIS : *Se référer au paragraphe 2.04 des modalités spécifiques de l'annexe XXIII pour connaître la signification de plages horaires en UMF.*

AVIS : *Inscrire le modificateur **155** pour chacun des services (forfait horaire et suppléments d'honoraires) relatifs aux unités de médecine familiale dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CLSC) dans la section Établissement.*

2. L'annexe I prévue au paragraphe 1.04 de la section II de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant fait état de la liste des établissements opérant une unité de médecine familiale.

AVIS : *La liste des établissements désignés à l'annexe I de l'EP – Médecin enseignant (n° 42) est disponible sur notre site au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

3. Aux fins de l'application des dispositions relatives aux suppléments d'honoraires prévues au paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants:

- 3.1 Activité de supervision: cet acte comprend la période entière pendant laquelle un médecin enseignant est affecté à une activité de supervision. Il comprend la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des externes et des résidents. Elle peut inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision.

Pour les activités de supervision, le médecin opte, pour l'ensemble de la demi-journée (3,5 heures), pour le mode de l'acte ou pour l'acte d'intervention de supervision :

- i) s'il opte pour le mode de l'acte, les conditions prévues aux paragraphes 2.06 et 2.11 de l'annexe XXIII de l'entente générale s'appliquent sous réserve de ce qui suit. Durant la demi-journée où le médecin supervise un ou plusieurs résidents, il peut lorsque requis, réclamer un seul acte d'intervention clinique à l'égard d'un des patients vus par les résidents. La durée de l'intervention clinique est alors celle qu'il aurait lui-même facturée. Par ailleurs, il réclame les autres services qu'il a effectués avec le concours des résidents durant cette même demi-journée selon les modalités du mode mixte. Le médecin doit identifier sur une demande de paiement que les services rendus l'ont été avec le concours d'un résident.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire le numéro d'inscription à la Régie du résident dans la case SON NUMÉRO. Le numéro d'inscription d'un résident comporte six chiffres et débute par le chiffre 5 qui représente la classe (5-XXXXXX).*

AVIS : *Pour facturer une consultation, inscrire :*

- le numéro du médecin ayant demandé la consultation dans la case SON NUMÉRO du professionnel référant;
- le numéro du résident dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- la lettre « A » dans la case C.S.

- ii) s'il opte pour l'acte d'intervention de supervision, le médecin peut réclamer un seul acte de supervision pour un maximum de 3,5 heures par demi-journée peu importe le nombre de résidents ou d'externes qui font l'objet d'une supervision par le médecin. Toutefois, le médecin qui se prévaut de la présente option peut, durant la demi-journée, réclamer les suppléments d'honoraires prévus à l'annexe II à l'annexe XXIII de l'entente générale.

Intervention de supervision par période complète de 15 minutes 23,78 \$

AVIS : Pour facturer le forfait d'intervention de supervision, inscrire le code d'acte correspondant à la période de la journée dans la section Actes :

- En matinée : **42096**;
- En après-midi : **42097**;
- En soirée : **42098**.

- 3.2 Activité académique : cet acte comprend l'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel, l'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique, le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques et la planification des activités académiques. Le médecin doit consacrer à ces activités au moins quinze (15) minutes consécutives.

Dans le cas où le médecin opte pour l'intervention de supervision durant la demi-journée (3,5 heures), les activités académiques effectuées pendant cette période sont incluses et sont rémunérées à titre d'activités de supervision. Au-delà de la demi-journée (3,5 heures) d'intervention de supervision, si le médecin poursuit ses activités académiques, le médecin réclame alors l'acte d'activité académique durant la période de prolongation concernée.

42099 Activité académique par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

4. Malgré les dispositions du paragraphe 2.03 de l'annexe XXIII de l'entente générale, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein d'une unité de médecine familiale visé par la présente annexe peut être rémunéré selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base selon les dispositions de l'entente générale pour l'ensemble de ses activités dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous de l'unité s'il rencontre les conditions ci-après énoncées :

- i) à la date de la mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux en UMF, il était rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option. Le médecin qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, peut exercer le choix prévu à la présente disposition dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé;
- ii) il manifeste son choix en même temps qu'il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause;

AVIS : Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur l'avis de service approprié (formulaire 1897 ou 3547).

Inscrire le modificateur **004** pour chacun des services facturés au sans rendez-vous d'une unité de médecine familiale dans la section Actes et inscrire les honoraires demandés à 100 % du tarif.

La possibilité de conserver ainsi la rémunération à l'acte à 100 % pour les services médicaux en sans rendez-vous, est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode à la date de mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux en UMF.

Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % pour ces activités qui subséquemment opte pour le mode de rémunération mixte pour les activités médicales en sans rendez-vous au sein d'une installation ne peut, au sein de la même installation, se prévaloir de nouveau de la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ces activités tout en demeurant au mode de rémunération mixte.

Le médecin qui se prévaut ainsi de la rémunération à l'acte à 100 % en vertu de la présente disposition ne peut, pour la même période de temps, réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné : sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII et inscrire le secteur de pratique Unité de médecine familiale ainsi que la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin qui désire conserver le mode de l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, UMF).

5. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 5.1 20,45 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **156** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 20,45 %.*

- 5.2 36,17 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **157** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 36,17 %.*

- 5.3 36,17 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS : *Inscrire le modificateur **158** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code de la **clinique réseau** – lieu physique unique (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 36,17 %.*

- 5.4 47,18 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau.

AVIS : *Inscrire le modificateur **159** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code de la **clinique réseau** – lieu physique unique (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 47,18 %.*

6. Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

7. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42100 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

42101 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (**4XXX1**, **9XXX2** ou **8XXX5**) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

FORMATION CONTINUE

8. Le médecin qui opte pour le mode mixte en UMF peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 7 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant*.

AVIS : Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) et inscrire :

- le code de congé : **17**;
- sous durée (jours) : **1.00** ou **0.50**.

Pour les autres modes de rémunération, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et inscrire :

- sous **quantième** : la date de la journée de la formation continue;
- sous **mode de rémunération** : TH;
- sous **plage horaire** : la plage au cours de laquelle la formation a débuté;
- sous **code d'activité** : **051133** pour une demi-journée de formation continue;
051134 pour une journée complète de formation continue;
- sous **heures travaillées** : toujours inscrire 1 heure.

Il ne peut se prévaloir de la rémunération selon le forfait horaire prévu au paragraphe 1 ci-dessus pendant la période de formation.

CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

9. Le chef de l'unité de médecine familiale qui opte pour le mode mixte en UMF peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 8 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant pour les activités de gestion médico-administratives liées à ses activités de chef*.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19909** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement désigné dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de vos services, vous devez facturer un montant **inférieur à 3 000 \$** sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

Le chef de l'unité de médecine familiale qui assume également les fonctions de médecin responsable ou de co-responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement, est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille*.

AVIS : Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu au comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable. Ce forfait ne peut être facturé plus d'une fois par GMF du lundi au dimanche.

Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19017** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code identifiant le site du GMF dans la section Établissement;
- la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche);

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

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues au paragraphe 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS : Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** ou à **tarif horaire** qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer ses activités avec le code :

072101 Activités de fonctionnement en GMF

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'une clinique réseau en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, est rémunéré selon les dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique réseau (**4XXX1**, **9XXX2** ou **8XXX5**) dans la section Établissement;

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

AUTRES MODALITÉS

10. Malgré les dispositions du paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, la rémunération versée en vertu des paragraphes 8 et 9 ci-dessus est versée à 100% du tarif prévu à l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.
11. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents de travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

SECTION C – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT AUTRES QUE CLSC ET UMF-CH**Section C – Services médicaux communs**

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code **06310** à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographe » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

SECTION C-1

GÉRIATRIE – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS *(soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas)*

+

Voir la section C-1 aux pages suivantes

Section C-1 Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
56,44	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15160, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15762, 15763, 15885, 15886, 15887 et 15888. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	Services médico-administratifs
40	42108, 42109.
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
32,56	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15160, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15762, 15763, 15885, 15886, 15887 et 15888. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales, les services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique de gériatrie désignés d'un CHSGS (soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas).

42106 Forfait horaire relatif aux services médicaux en gériatrie
(première heure complétée) 57,12 \$

42107 Par période additionnelle complète de 15 minutes 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en gériatrie et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour l'acte **42107**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (0XXX2) dans la section Établissement.

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

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42108 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 23,78 \$

42109 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 23,78 \$

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (0XXX2) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

3. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 3.1 23,03 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **440** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23,03 %.*

- 3.2 40,75 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **441** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,75 %.*

- 3.3 40,75 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur **442** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,75 %.*

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

SECTION C-2

SOINS PALLIATIFS – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS *(soit, l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs)*

+

Voir la section C-2 aux pages suivantes

Section C-2 Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
54,54	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15885, 15886, 15887 et 15888. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	Services médico-administratifs
40	42112, 42113.
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
30,08	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15885, 15886, 15887 et 15888. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS en soins palliatifs (soit, l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs).

42110 Forfait horaire relatif aux services médicaux en soins palliatifs (première heure complétée) 57,12 \$

42111 Par période additionnelle complète de 15 minutes..... 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en soins palliatifs et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour l'acte **42111**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (4XXX0) dans la section Établissement.

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

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42112 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

42113 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (4XXX0) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

3. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 3.1 23,84 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **443** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (4XXX0) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23,84 %.*

- 3.2 42,17 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **444** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (4XXX0) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 42,17 %.*

- 3.3 42,17 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur **445** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (4XXX0) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 42,17 %.*

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

+ SECTION C-4

PSYCHIATRIE (SOINS PSYCHIATRIQUES) AUPRÈS DES PATIENTS ADMIS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS OU D'UN CHSP**Section C-4 Services spécifiques**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
70,16	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08800, 08803, 08813, 08862, 08863, 08864, 08865, 08913, 08923, 08926, 08933, 08942, 08943, 08948, 15066, 15067, 15885, 15886, 15887 et 15888. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012. Autres services médicaux soit : 09070, 09073, 09077 et 15188. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
62,15	08858, 08860, 08867, 08869, 08953, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	Services médico-administratifs
40	42104, 42105.
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
40,28	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08800, 08803, 08813, 08862, 08863, 08864, 08865, 08926, 08913, 08923, 08933, 08942, 08943, 08948, 15066, 15067, 15885, 15886, 15887 et 15888. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012. Autres services médicaux soit : 09070, 09073, 09077 et 15188. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
19,4	08858, 08860, 08867, 08869, 08953, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les soins psychiatriques dispensés à des patients admis dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP.

42102 Forfait horaire relatif aux soins psychiatriques dispensés
(première heure complétée) 57,12 \$

42103 Par période additionnelle complète de 15 minutes 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en psychiatrie (soins psychiatriques) et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour l'acte **42103**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (0XXX8) dans la section Établissement.

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

Le forfait horaire (première heure et périodes additionnelles) n'est pas sujet aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42104 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 23,78 \$

42105 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 23,78 \$

AVIS : *Pour la rémunération des activités médico-administratives en psychiatrie (soins psychiatriques), utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (0XXX8) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

3. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 3.1 18,53 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 147 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris les examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX8) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 18,53 %.*

- 3.2 32,78 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 148 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris les examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX8) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 32,78 %.*

- 3.3 32,78 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur 149 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris les examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX8) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 32,78 %.*

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

SECTION D – SERVICES DE LONGUE DURÉE EN CHSGS, CHSLD ET EN CHSP

Section D – Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code **06310** à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographie » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

SECTION D-1

SERVICES AUPRÈS DES PATIENTS ADMIS EN ÉTABLISSEMENT DE LONGUE DURÉE DANS UNE UNITÉ D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DÉSIGNÉE D'UN CHSGS, D'UN CHSLD OU D'UN CHSP
(incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP)

+

Voir la section D-1 aux pages suivantes

Section D-1 Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
57,45	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 E du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08811, 08812, 08813, 08926, 08998, 08999, 09087, 09100, 09246, 15615, 15616, 15617, 15618, 15619, 15762, 15763, 15885, 15886, 15887 et 15888. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section D – Services médicaux communs.
%	Services sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, certains services du paragraphe 2.2.6 E, ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15620, 15621, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	Services médico-administratifs
40	42116, 42117
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
32,77	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 E du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08811, 08812, 08813, 08926, 08998, 08999, 09087, 09100, 09246, 15615, 15616, 15617, 15618, 15619, 15762, 15763, 15885, 15886, 15887 et 15888. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section D – Services médicaux communs.
%	Services sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, certains services du paragraphe 2.2.6 E, ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15620, 15621, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales de longue durée les services et les soins dispensés à des patients admis dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (*incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP*).

42114 Forfait horaire relatif aux soins dispensés
(première heure complétée) 57,12 \$

42115 Par période additionnelle complète de 15 minutes..... 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en longue durée et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour l'acte **42115**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement.

Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.

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

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42116 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

42117 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement.

Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

3. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 3.1 22,63 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 446 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 22,63 %. Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.*

- 3.2 40,03 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 447 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,03 %. Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.*

3.3 40,03 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h;

AVIS : *Inscrire le modificateur 448 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,03 %. Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.*

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

ANNEXE II À L'ANNEXE XXIII**LISTE DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES PAYÉS À 100 % DE LEUR TARIF DE BASE ET VISÉS PAR LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE****(paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII)****Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par l'ensemble des médecins qui se prévalent des modalités du mode de rémunération mixte**

- Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code **08875**);
- Forfait payable en horaires défavorables en clinique réseau (codes **19100, 19101**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189, 19074**);
- Forfait de formation pour un résident ou pour un externe (codes **19911, 19912, 19914, 19915, 19917, 19918, 19920, 19921**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une IPS (codes **19923, 19924, 19926, 19927**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une étudiante sage-femme (codes **19907, 19908**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille non vulnérable référé ou non par le guichet d'accès à un médecin de famille (code **19957**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable non référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (code **19958**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (code **19959**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille très vulnérable référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (code **19960**);
- Forfait de congé en établissement d'un patient admis (code **15158**);
- Constatation de décès (codes **00013, 00016, 15265**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes **09800** et **09801**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public (codes **09825, 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, 09901, 09907, 09908, 09909, 09910, 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09919, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09936, 09937, 09938, 09939, 09942, 09944, 09946, 09947, 09948, 09949, 09954, 09955 (fin : 2016-01-31), 09970, 09971, 09975 (fin : 2016-01-31), 09977, 09978, 09981, 09982**);
- La réanimation cardio-respiratoire (codes **00828, 00829**);
- Supplément de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie lorsque l'examen est effectué à domicile (code **09063**);
- Rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code **09101**).

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par l'ensemble des médecins qui se prévalent des modalités du mode de rémunération mixte en association avec la facturation de l'intervention clinique individuelle ou de la psychothérapie individuelle

- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
- Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
- Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
- Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectuée auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169, 15170**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189, 19074**).

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par le médecin rémunéré à honoraires fixes qui se prévaut des modalités du mode de rémunération mixte en association avec la facturation de l'intervention clinique individuelle ou de la psychothérapie individuelle ou, durant la période visée par le forfait d'intervention de supervision en UMF, par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte

- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
 - Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
 - Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
 - Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectuée auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169, 15170**);
 - Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189, 19074**).
-

ANNEXE III À L'ANNEXE XXIII

Liste des établissements ou installations visées aux paragraphes 3.01 et 3.02 de l'annexe XXIII

AVIS : *La liste des établissements ou installations visées est disponible dans notre site Web
au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

N°	LETTRÉ CONCERNANT :	Page
296	Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du Protocole d'accord sur le réaménagement de certains montants consentis à l'article 2 du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement	475
# 297	Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année	476
# 299	Concernant la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté	479
# 300	Concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés	481
# 301	Concernant la protection civile et professionnelle du médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ)	484
# 302	Concernant la rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable	486
# 303	Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec	487

N°	LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES, REMPLACÉES ou TERMINÉES
10	Mécanisme de dépannage (remplacée par Ent. particulière du Grand-Nord)
12	Coûts reliés aux soins gériatriques visés à l'entente particulière (abrogée par amend. 50)
13	Rémunération du médecin, CLSC de la Pointe (remplacée par la Lettre d'entente n° 30)
14	Coûts découlant de l'actualisation de janvier 1991 (abrogée par amend. 50)
15	Coûts reliés à la dispensation de services dans un CHSLD (abrogée par amend. 50)
16	Coûts supplémentaires ent. part. / garde au service d'urgence du CH Trois-Pistoles et adhésion de l'hôp. Bellechasse à l'ent. part. / soins intensifs ou coronariens (abrogée par amend. 50)
17	Coûts suppl., rémunération à l'acte, garde / Hôpital St-Julien (abrogée par amend. 50)
18	Coûts suppl./ententes relatives au réseau de garde intégrée (remplacée par la Lettre d'entente n° 27)
19	Coûts découlant de l'application de l'Amendement n° 42 (abrogée par amend. 50)
21	Programme de maintien à domicile de certains CLSC (abrogée par amend. 53)
25	Services médicaux/Maison Jean Lapointe Inc. (remplacée par la Lettre d'entente n° 38)
26	E.P. garde sur place, régions univ. / urg.1 ^{re} ligne / CHSCD (remplacée par la Lettre d'entente n° 55)
27	Coûts supplémentaires / ententes relatives au réseau de garde intégré (abrogée par amend. 50)
28	Avortement et examen... (remplacée par la Lettre d'entente n° 56)
29	Mise en oeuvre de la Lettre d'entente n° 21 (abrogée par amend. 53)
31	Informatisation des dossiers médicaux / CH Anna-Laberge (remplacée par la Lettre d'entente n° 49)
32	Coûts suppl. / modif. au décret / rémun. diff. et économies / AMP (abrogée par amend. 50)
33	Accord-cadre, sous-parag. 2.2 / Loi sur les Services de santé et des services sociaux, art. 360 à 366 / AMP et révision rémunération différente / répartition géographique et autres questions (abrogée par amend. 85)
34	Coûts suppl. / adhésion des CH de Verdun et de Sherbrooke (abrogée par amend. 50)
36	Questions diverses : Ent. part. / AMP, champ de la santé publique et nomination spécifique en CH (abrogée par amend. 85)
37	AMP / la prise en compte de certaines activités exercées par un médecin (abrogée par amend. 85)
39	Garde au CLSC l'Estran (remplacée par la Lettre d'entente n° 87)
41	Application de l'article 20.00A de l'Entente (remplacée par la Lettre d'entente n° 43)
46	Dispositions de l'annexe IX de l'Entente (terminée le 30 novembre 1995)
51	Dr Danielle Mercier / Hôpital de l'Ungava (abrogée par Amend. 59)
58	Dépannage dans les établissements de la région Nord-du-Québec (remplacée par la Lettre d'entente n° 105)

2. Témoignage devant une cour ou un tribunal administratif

Le médecin qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif en regard d'un rapport d'évaluation psychiatrique visé aux présentes dont il est l'auteur, a droit à une rémunération de 898,10 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 936,25 \$ au 1^{er} juin 2013 par demi-journée (période de trois heures et demie (3 ½)) de disponibilité, incluant la comparution proprement dite, demi-journée pendant laquelle il ne peut vaquer à ses activités habituelles. Cette rémunération est divisible en demi-heure. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata du temps réel de la disponibilité, sous réserve du fait que pour les fins de la facturation, une période inférieure à deux (2) heures est réputée être de deux (2) heures et qu'une période de plus de sept (7) heures est réputée être de sept (7) heures.

98012 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure..... 133,75 \$

Le médecin qui reçoit, au cours d'une période, la rémunération prévue à l'alinéa précédent ne peut être rémunéré autrement dans le cadre de l'assurance maladie pour des activités professionnelles effectuées durant sa période de disponibilité à comparaître.

AVIS : Si le témoignage du médecin est en relation avec l'une des évaluations codées **98005**, **98006** ou **98007**, vous référer au premier AVIS inscrit sous l'un de ces codes spécifiques pour des instructions additionnelles.

Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en **demi-heure (133,75 \$)** et utiliser le code d'acte **98012**.

Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le **numéro d'assurance maladie** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **98012** dans la section Actes;
- le numéro de l'**établissement approprié** ou le **code de localité**;
- le **nombre de demi-heure(s)** dans la case UNITÉS;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte;
- le **modificateur** correspondant au motif d'évaluation au regard d'un des codes **98005**, **98006** ou **98007** (MOD 990, 991, 993, 994 ou 996).

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de **60 mois** la citation à comparaître, pour fins de référence ultérieure.

Modificateurs à utiliser, afin d'indiquer le motif d'évaluation indiqué sur l'ordonnance du juge

MOD 990	Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.
MOD 991	Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle en application du paragraphe 16(1) du Code criminel au moment de la perpétration de l'infraction.
MOD 993	Pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né, était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction.
MOD 994	Pour déterminer la décision qui devrait être prise dans le cas où un verdict d'incapacité à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé.
MOD 996	Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'incapacité à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé.

3. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente n'est sujette à aucune des majorations prévues à l'entente générale, lettre d'entente ou entente particulière à l'exception des majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente.
4. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
5. Durant une période où il serait autrement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, le médecin qui effectue une ou des activités visées par la présente lettre d'entente, peut choisir d'être rémunéré selon la tarification prévue en vertu de la présente lettre d'entente. Lorsqu'il opte pour la rémunération prévue par la présente lettre d'entente, le médecin ne peut, en regard de l'activité donnée, être rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes durant le temps où il effectue l'activité en cause.
- + 6. Les activités prévues à la présente lettre d'entente et qui ne constituent pas des services assurés sont alors réputées être relatives à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.
7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 220* du 1^{er} janvier 2010. Elle entre en vigueur le 1^{er} décembre 2010 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^e jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 250

LETTRE D'ENTENTE N° 250**Ayant trait à la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs en médecine de famille****CONSIDÉRANT** l'importance de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en médecine de famille;**CONSIDÉRANT** la nécessité d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs en cette matière;**CONSIDÉRANT** la Lettre d'entente n° 211 intervenue entre les parties concernant le financement de la recherche en médecine de famille;**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. OBJET**

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de mettre en place des modalités de rémunération particulières pour les médecins reconnus à titre de chercheurs en médecine de famille et de soutenir le développement de la carrière d'aspirants au statut de chercheur afin de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en santé au Québec et d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs en cette matière.

2. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

2.1 Les médecins visés par la présente lettre d'entente sont les suivants :

- i) Les médecins boursiers reconnus par le Fonds de recherche du Québec - Santé (ci-après appelé le « FRQS ») ou par un autre organisme subventionnaire en santé reconnu par le FRQS;
- ii) Les médecins aspirants au statut de chercheur en médecine de famille.

Le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre à un médecin clinicien non visé par les alinéas i) et ii) et qui participe à des activités de recherche reconnues par un département de médecine de famille, de se prévaloir des conditions de rémunération prévues par la présente lettre d'entente.

2.2 Le médecin doit s'engager à consacrer un pourcentage minimal de 20 % de ses activités professionnelles à la recherche.

3. PROCESSUS DE SÉLECTION DES CANDIDATS

3.1 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, chacun des quatre (4) départements de médecine de famille soumet au comité paritaire prévu à l'article 5 de la présente lettre d'entente la liste des candidats qu'il a retenue et s'il y a plus d'un candidat précise l'ordre de priorité. La demande spécifie également le pourcentage minimal des activités professionnelles que le candidat médecin chercheur s'engage à consacrer à des activités professionnelles de recherche.

3.2 La sélection des candidats médecins chercheurs se fait par le comité paritaire selon des critères déterminés par un comité composé de représentants des quatre départements de médecine familiale.

3.3 Le candidat médecin chercheur s'engage à fournir au comité paritaire, toute l'information et la documentation nécessaires à l'analyse de sa demande. Il doit également autoriser le FRQS ou tout autre organisme subventionnaire dont il est boursier, à fournir au comité paritaire l'information requise pour l'analyse de sa demande.

3.4 Le comité paritaire chargé d'assurer l'application de la présente lettre d'entente transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente lettre d'entente et informe chaque département de médecine de famille concerné du nom des médecins chercheurs sélectionnés.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

- + **4.1** Les activités visées par les présentes sont rémunérées sous la forme d'un forfait quotidien de sept (7) heures, divisibles en heures, au taux du tarif horaire. La rémunération forfaitaire versée au cours d'une année peut aller jusqu'à un maximum de 125 092 \$, duquel est soustrait, le cas échéant, le montant de bourse quel que soit sa source, qui lui aurait été octroyée par ailleurs.

Cette rémunération forfaitaire est versée à un médecin pour une période maximale de quatre (4) ans.

AVIS : *La rémunération forfaitaire est versée sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} juillet.*

- + **4.2** Malgré les dispositions du deuxième alinéa de l'article 4.1, un médecin qui a bénéficié des modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente est admissible à une deuxième période maximale de quatre (4) ans à la condition que sa nouvelle demande soit retenue aux termes du processus de sélection établi à l'article 3 de la présente lettre d'entente.

5. ANNEXE IX

5.1 La rémunération versée pour les activités visées au paragraphe 4.1 des présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

6. COMITÉ PARITAIRE

6.1 Le comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente est formé de deux (2) représentants de la FMOQ et de deux (2) représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, auxquels peuvent s'adjoindre, au besoin, au maximum deux (2) représentants des quatre (4) départements de médecine de famille.

7. FINANCEMENT

7.1 Les coûts découlant de la présente lettre d'entente sont financés selon les modalités prévues à la *Lettre d'entente n° 211*, lesquels sont répartis, le plus également possible, entre les quatre (4) départements de médecine de famille.

8. MISE EN VIGUEUR

8.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} avril 2012. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 294

LETTRE D'ENTENTE N° 294

Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès de la clientèle d'un établissement de détention ayant fait l'objet d'un transfert de responsabilité des services de santé par le ministère de la Sécurité publique au ministère de la Santé et des Services sociaux

CONSIDÉRANT que le ministère de la Sécurité publique transfère, à compter du 1^{er} avril 2016, au ministère de la Santé et des Services sociaux la responsabilité des services de santé des établissements de détention de Baie-Comeau, Hull, New-Carlisle, Leclerc de Laval, Percé, Rimouski, Sherbrooke, Saint-Jérôme et Trois-Rivières;

CONSIDÉRANT qu'à la suite de ce transfert, il y a lieu d'assurer auprès des personnes incarcérées de ces établissements de détention la continuité des services médicaux, des services administratifs ainsi que des services de garde en disponibilité qui étaient offerts avant le transfert;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**Modalités de rémunération**

1. La présente lettre d'entente couvre la période s'étalant du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.
2. Les services médicaux dispensés aux personnes incarcérées sont rémunérés selon les dispositions de l'entente générale ou, lorsque l'établissement est adhérent à l'Accord n° 206, selon les dispositions prévues à l'Accord n° 206 et à l'Entente.

AVIS : *Pour la facturation des services médicaux, inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) attribué à l'établissement de détention où les services ont été rendus.*

3. Pour les services qui ne sont pas visés par l'Accord n° 206, la présente lettre d'entente tient lieu de nomination autorisant la rémunération à tarif horaire.

AVIS : *Remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et utiliser les codes d'activité suivants :*

- **267285** Garde en disponibilité en établissement de détention
- **267286** Services administratifs en établissement de détention

Pour la facturation de ces services, inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) attribué à l'établissement de détention où les services ont été rendus.

Rémunération de la garde en disponibilité :

*Pour l'établissement de détention de Hull (70106), inscrire **1,00** dans la case HEURES TRAVAILLÉES par période de garde de 8 heures complétée. Cocher la plage horaire à laquelle débute la période de garde.*

Pour les autres établissements de détention, inscrire le nombre d'heures correspondant aux heures travaillées.

4. Pendant la période visée par la présente lettre d'entente, aux fins de l'application de la rémunération du médecin pour assurer les services administratifs et les services en garde en disponibilité auprès d'un établissement de détention visé par le transfert, les modalités suivantes s'appliquent :

- a) Le comité paritaire transmet à la Régie les informations ci-après précisées :

- i) le nom du médecin désigné et autorisé à assurer les services ci-haut mentionnés ainsi que la période visée et le nom de l'établissement de détention concerné;
- ii) de façon distincte de ce qui prévaut pour les services médicaux, le montant annuel maximal d'honoraires facturables pour la réalisation des services administratifs et des services de garde en disponibilité que le médecin autorisé par la présente doit assurer auprès de l'établissement de détention ainsi que le nombre d'heures par semaine que le médecin doit réaliser, et ce, dans chacun des deux domaines;

- + b) Malgré les modalités prévues au paragraphe 3.02 de l'annexe XIV de l'Entente, les informations précisées aux paragraphes 4 a) i) et ii) ci-dessus et transmises à la Régie par le comité paritaire remplacent l'avis de service autrement requis pour chaque médecin autorisé selon l'établissement de détention désigné.

c) Le relevé d'honoraires du médecin doit être contresigné par un représentant autorisé du CIUSSS ou du CISSS concerné.

AVIS : *Le CISSS ou le CIUSSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé (1907) afin d'autoriser les représentants à attester de l'exactitude des demandes de paiement pour les établissements de détention de leur territoire.*

- + 5. La rémunération des services administratifs et de la garde en disponibilité visée par la présente lettre d'entente n'est pas comptabilisée aux fins du paragraphe 5.02 de l'Annexe XIV de l'Entente. De plus, cette rémunération ainsi versée est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.
6. Les parties s'engagent à convenir, d'ici le 31 mars 2017, des modalités afférentes aux conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exerceront auprès des établissements de détention du Québec.

Financement

7. L'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse pour l'année 2016-2017 d'un montant égal à la dépense réelle découlant des dispositions de l'article 4 de la présente lettre d'entente.

Mise en vigueur

8. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} avril 2016 et elle prend fin le 31 mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____^e jour de _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 296

LETTRE D'ENTENTE N° 296

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du Protocole d'accord sur le réaménagement de certains montants consentis à l'article 2 du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016, un montant forfaitaire est versé sur la base des services dispensés au cours de l'année 2015-2016, à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, et, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

- a) un montant forfaitaire équivalent à 1 % de la rémunération est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1^{er} avril 2015 au 31 décembre 2015 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2016;
- b) un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 mars 2016 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Le taux du pourcentage applicable aux fins du calcul de ce montant forfaitaire correspond à la différence entre 23,9 M\$ et le montant versé à l'alinéa a) ci-dessus divisée par le montant des services dispensés durant la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 mars 2016. Ce montant est versé le ou vers le 31 décembre 2016.

2.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____^e jour de _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 297

+

LETTRE D'ENTENTE N° 297

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 Objet**

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès du service d'urgence de l'installation d'un CISSS ou CIUSSS ci-après nommé « établissement » confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'installation d'un établissement

3.01 Durant la période estivale, du temps des Fêtes ou de la relâche scolaire, un établissement peut, au bénéfice d'un service d'urgence d'une installation avec mission CHSGS sous sa responsabilité, se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente si l'établissement répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination avec privilèges au service d'urgence de l'installation visée et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles de sorte que l'installation est confrontée à une rupture de services;
- L'établissement n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intra régionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'installation visée et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période visée par la présente lettre d'entente, les effectifs médicaux de l'installation sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- L'établissement doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci en regard du service d'urgence de l'installation concernée, et ce, pour la période estivale, pour la période du temps de Fêtes ou pour la période de la relâche scolaire;
- L'établissement démontre au comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente en cause, les moyens pris afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis, et ce, à la satisfaction du comité paritaire.

3.02 Un établissement peut, pour une installation visée, par année financière, se prévaloir des modalités suivantes :

- a) avoir recours au maximum deux (2) fois durant la période estivale, aux dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde;
- b) recourir une (1) seule fois à chaque période, aux dispositions de la présente lettre d'entente pour combler un maximum de trois (3) quarts de garde pour la période du temps des Fêtes ou pour la période de la relâche scolaire.

Toutefois, le comité paritaire peut dans des cas où la situation est jugée exceptionnelle autoriser davantage de quarts.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'installation ou les installations où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
 - a) à se rendre disponible durant une semaine complète, selon le calendrier spécifique des semaines retenues pour chaque période d'application et identifiées à l'avance par le comité paritaire et qui seront choisies par celui-ci parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;
 - b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;
 - c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'une ou de plusieurs installations d'un même établissement ou d'établissements différents préalablement désignés par le comité paritaire;
 - d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;
- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'une installation d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'installation.

AVIS : *Pour facturer les frais de déplacement, utiliser la Facture de frais de déplacement. Consulter les instructions de facturation de l'article 30.00 de l'entente.*

5.02 Un forfait au montant de 4 365 \$ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa du paragraphe 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 \$ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19041** (4 365 \$) ou **19042** (5 060 \$) dans la section Actes (montant soumis à la rémunération majorée);
- le montant dans la case TOTAL;
- la date de service correspondant **au dernier jour de la semaine de disponibilité;**
- le code de localité de votre lieu de pratique principal.

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine pour chaque période d'application, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 530 \$ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de chacune des périodes visées au paragraphe 3.01 de la présente lettre d'entente, il fera à une date précise, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin de la période d'appels de candidatures visée et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie pour chaque période d'application annuelle, le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'établissement et en tenant compte des besoins des autres installations visées, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente. Les parties déterminent les dates et les semaines de disponibilité visées pour chaque période, si besoin est.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 299

+

LETTRE D'ENTENTE N° 299**Concernant la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté**

CONSIDÉRANT que le gouvernement du Québec a approuvé lors du discours du budget du 26 mars 2015, une contribution financière étalée sur quatre ans pour le développement d'un réseau de centres de pédiatrie sociale en communauté;

CONSIDÉRANT que les services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté s'apparentent aux services offerts dans le cadre d'un programme de santé maternelle et infantile ou d'un programme jeunesse en centre local de services communautaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 Objet**

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services cliniques dans un centre de pédiatrie sociale en communauté reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux et/ou le ministère de la Famille et qui est désigné par les parties et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente. Le comité paritaire informe la Régie de cette désignation.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions d'application de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services dans un centre de pédiatrie sociale en communauté, celui-ci est réputé être un CLSC. Le médecin qui y exerce peut choisir d'y être rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire, le mode des honoraires fixes, le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, et ce, sans égard au mode de rémunération choisi dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

AVIS : *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216).*

Inscrire :

- le numéro d'établissement **selon l'annexe I de la présente LE n° 299;**
- le code d'activité **268030 Services cliniques.**

Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, consulter les instructions de facturation à l'annexe XX de l'Entente.

3.02 Les dispositions de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ne s'appliquent pas dans un tel centre.

3.03 Les modalités pour la rémunération des activités liées à la supervision d'un résident ou d'un externe prévues à la Section I de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant s'appliquent dans un centre désigné.

3.04 Les services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté sont sujets aux majorations de l'annexe XII et aux majorations en horaires défavorables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

3.05 Les honoraires des services rendus dans un centre désigné sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

3.06 Pour y exercer, le médecin doit détenir une nomination du CISSS ou du CIUSSS du territoire où un centre de pédiatrie sociale en communauté reconnu est implanté.

L'établissement informe la Régie de la nomination du médecin omnipraticien dans un centre désigné et du mode de rémunération choisi par le médecin.

AVIS : *Le CISSS ou le CIUSSS doit transmettre à la Régie l'un des formulaires suivants en version **papier** pour chaque médecin exerçant dans un centre de pédiatrie sociale en communauté désigné :*

- Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897);
- Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547).

Il doit :

- *inscrire la situation d'entente* Lettre d'entente n° 299;
- *cocher le mode de rémunération choisi par le médecin;*
- *indiquer la période couverte par l'avis de service.*

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} septembre 2016 et se termine le 31 mars 2020 à moins d'avis contraire des parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 300

+

LETTRE D'ENTENTE N° 300

Concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé en collaboration avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) a pris l'initiative de mettre en place un Projet vitrine portant sur l'évaluation de l'intégration des IPS-SPL en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

CONSIDÉRANT que le CMQ et l'OIIQ ont convenu que les modalités d'exercice des IPS-SPL en soins de première ligne, telles que décrites dans les lignes directrices conjointes du CMQ et de l'OIIQ, seraient applicables à l'exercice des IPS-SPL en CHSLD pendant la durée du projet vitrine;

CONSIDÉRANT que les IPS-SPL qui participent au projet vitrine doivent convenir d'une entente de partenariat avec un ou plusieurs médecins omnipraticiens;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 Conditions d'application**

1.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il a convenu d'une entente de partenariat avec une IPS-SPL.

Le CHSLD doit être reconnu comme lieu de Projet vitrine par le ministère de la Santé et des Services sociaux et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

1.02 Le médecin partenaire qui peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente est celui dont le nom a été transmis par le comité paritaire à la Régie comme médecin partenaire exerçant sa profession dans l'un des CHSLD visé par la présente lettre d'entente et qui collabore avec une IPS-SPL.

1.03 Le médecin partenaire d'une IPS-SPL informe le comité paritaire du mois pendant lequel l'IPS-SPL commence à travailler dans un CHSLD visés par la présente. Il l'informe également de toute modification importante à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, l'arrivée d'une autre IPS-SPL ou encore le départ, ou absence pour toute période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

De même, le CISSS ou le CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification de la convention de partenariat prévue au paragraphe 1.01 de la présente lettre d'entente concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour toute période ou encore le non-renouvellement de la convention.

2.00 Modalités de rémunération du médecin partenaire

2.01 Les activités du médecin partenaire reliées à la surveillance générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL et, y incluant les discussions de cas, les rencontres d'équipes et la révision de dossiers, sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- a) Le montant du forfait est de 49,25 \$ lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique en soins de longue durée. Le montant du forfait est de 22,30 \$ lorsque le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes au sein du CHSLD.

AVIS : *Inscrire l'un des codes de facturation suivants :*

- **19789** pour la facturation selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique de longue durée;
- **19790** pour la facturation en CHSLD d'un médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes.

Indiquer le nombre de forfaits.

- b) À compter de la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, le médecin partenaire rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte au sein du CHSLD visé ne peut réclamer en sus du forfait prévu à l'alinéa a) ci-dessus l'acte d'échanges interdisciplinaires (code d'acte 15620 et code d'acte 15621) pour les activités décrites au premier alinéa de la présente disposition.

- c) La banque de forfaits est de quarante-deux (42) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une IPS-SPL à temps plein en CHSLD. Dans le cas où l'entente de partenariat prévoit un nombre d'heures moindre que trente-cinq (35) heures par semaine, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues sur trente-cinq (35) heures.
- d) La banque de forfaits peut être répartie entre les médecins partenaires qui collaborent avec l'IPS-SPL. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.
- e) Sur la base des critères apparaissant au sous-paragraphe c), le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au CHSLD. L'inscription de ce lieu de dispensation de services à l'annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués.

Le comité paritaire peut rajuster le nombre de forfaits alloués pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou encore son départ ou pour toute autre raison.

2.02 La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des annexes XII et XII-A de l'entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

3.00 Autre disposition

3.01 Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 Financement

4.01 Les coûts découlant de l'article 2.00 de la présente lettre d'entente sont financés à même les sommes prévues au paragraphe 8.01 de la Lettre d'entente n° 229.

5.00 Rétroactivité

5.01 Pour la période comprise entre le 1^{er} mai 2015 et le 30 septembre 2016 une rétroactivité découlant de l'article 2.00 de la présente lettre d'entente sera versée aux médecins partenaires répondant aux conditions prévues par la présente lettre d'entente, selon les modalités à convenir entre les parties.

6.00 Mise en vigueur et durée

6.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} octobre 2016 et elle se termine à compter de la date où le Projet vitrine visé par la présente lettre d'entente prendra fin.

6.02 Les parties conviennent que le maintien ou non de la présente lettre d'entente fera l'objet de discussions entre les parties dans le cadre de négociations entourant le renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

+

ANNEXE I (*Lettre d'entente n° 300*)

Liste CHSLD désignés aux fins de l'application de la Lettre d'entente N° 300 concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés

CHSLD RECONNU	FORFAITS MENSUELS	DATE DE MISE EN APPLICATION
---------------	-------------------	-----------------------------

Régions

- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04) : CHSLD Christ-Roi (02784)
 - CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06-1) : Centre d'hébergement de Saint-Henri (10075)
 - CISSS Nord-de-l'Île-de-Montréal (06-4) : CHSLD Paul-Lizotte (16395)
 - CISSS de Chaudière-Appalaches (12) : CHSLD Paul-Gilbert (02854)
 - CISSS des Laurentides (15) : CHSLD D'Youville (04554)
 - CISSS de la Montérégie-Centre (16-1) : CHSLD de la MRC de Champlain (15475)
-

LE - N° 301

+

LETTRE D'ENTENTE N° 301

Concernant la protection civile et professionnelle du médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. Objet**

1.1 La présente entente a pour objet de déterminer la protection civile et professionnelle applicable au médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ).

1.2 Cette entente s'applique à tout médecin qui participe au régime d'assurance maladie du Québec sans égard à son milieu de pratique pour autant que le DSQ soit disponible dans sa localité.

2. Intervenant habilité

2.1 Le médecin qui désire se prévaloir de la présente entente en devenant un intervenant habilité doit obtenir un certificat d'authentification de personne et compléter le formulaire d'adhésion prescrit par les parties.

2.2 Le médecin qui accepte volontairement de participer au DSQ ainsi que les membres de son personnel qu'il autorise deviennent les intervenants habilités.

3. Responsabilité civile et professionnelle

3.1 Le ministre garantit l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin par le biais du DSQ, à savoir que ces renseignements sont identiques à ceux émis ou produits par les producteurs de services autorisés à alimenter les domaines du DSQ.

3.2 Le ministre est responsable de tout dommage causé aux patients d'un médecin ou à des tiers par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

3.3 Le ministre est responsable de tout dommage causé aux biens appartenant au médecin ou au cabinet privé par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

3.4 Le ministre est responsable de tout dommage causé aux patients ou autres tiers par le médecin, le cabinet privé ou ses représentants et découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

3.5 Le ministre, ses mandataires et ses représentants n'engagent envers les patients et autres tiers, aucune responsabilité découlant d'une utilisation professionnelle par le médecin des renseignements contenus dans le DSQ, sous réserve d'une atteinte à l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin tel que le mentionne la présente lettre d'entente.

3.6 Le ministre doit prendre fait et cause pour le médecin pour toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre ces derniers et découlant des articles 3.1 à 3.4.

3.7 Le ministre renonce à tous ses droits et recours contre le médecin ou le cabinet privé pour tout dommage aux composantes logicielles du DSQ causé par le médecin et, le cas échéant, par son personnel dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de la présente lettre d'entente.

3.8 Le ministre doit indemniser le médecin ou le cabinet privé pour tous les dommages subis par ce dernier à la suite d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 3.1 à 3.4.

3.9 Le ministre doit indemniser et rembourser tous les frais encourus aux fins de préparer et d'assurer la défense du médecin ou du cabinet privé dans le cadre d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 3.1 à 3.4.

3.10 Le médecin doit aviser promptement le ministre de toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées eu égard à la présente lettre d'entente.

4. Obligations des parties

4.1 Le médecin qui adhère au DSQ doit :

- a) devenir un intervenant habilité;
- b) utiliser le DSQ dans l'exercice de ses activités cliniques et s'abstenir de toute manœuvre susceptible de nuire au bon fonctionnement du DSQ;
- c) participer au programme de formation visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DSQ;
- d) utiliser le DSQ dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a ainsi accès;
- e) garder sous son contrôle le dispositif d'accès au DSQ et ne pas divulguer son numéro d'identification personnel;
- f) utiliser les composantes du DSQ selon les procédures, conditions et normes élaborées et fournies par le ministre;
- g) s'assurer que les obligations précédentes sont respectées par son personnel;
- h) aviser le ministre de toutes irrégularités dans le fonctionnement du DSQ.

4.2 Afin de favoriser la participation au DSQ du médecin ayant adhéré à la présente lettre d'entente, le Ministre s'engage à :

- a) rendre le DSQ accessible progressivement à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en première ligne, sans égard à leur lieu ou leur modèle de pratique, pour autant que le médecin y adhère;
- b) fournir au médecin le soutien technique permettant d'assurer le bon fonctionnement du DSQ;
- c) mettre en place les mesures requises relatives à l'authentification du médecin et de son personnel ainsi que les mesures de sécurité requises afin d'assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'irrévocabilité des renseignements en provenance directement du DSQ, sous réserve du sous-paragraphe b) de l'article 4.1;
- d) fournir tout l'encadrement et l'assistance nécessaires au médecin et à son personnel pour permettre l'utilisation du DSQ;
- e) fournir également au médecin et à son personnel la formation adéquate pour permettre l'utilisation du DSQ excluant celle relative à l'utilisation et le fonctionnement de base d'un ordinateur et des logiciels d'usage courant (ex. courriel, Internet, etc.).

5. Mise en vigueur

5.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} septembre 2016 et remplace l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques signée le 17 août 2012.

5.2 La présente lettre d'entente demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 302

+

LETTRE D'ENTENTE N° 302**Concernant la rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable**

CONSIDÉRANT que les parties ont manifesté la volonté de revoir les modalités applicables à la rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable;

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu de mettre en place une modalité temporaire de rémunération du médecin qui participe à une séance de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable du 16 octobre 2016 au 30 août 2017;

CONSIDÉRANT que la période de vaccination contre la grippe saisonnière débute dès le mois octobre, les parties conviennent qu'il est dès lors nécessaire d'introduire dans la nomenclature, un acte spécifique pour le médecin qui évalue un patient dans le cadre d'une séance de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties s'engagent à convenir d'ici, le 30 août 2017, des modalités afférentes aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.
2. Les modalités de rémunération à convenir pourront prendre notamment la forme de nouveaux actes qui permettront d'optimiser l'organisation de services dans le cadre de séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.
3. Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais.
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 octobre 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N° 303

+

LETTRE D'ENTENTE N° 303**Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec****CONSIDÉRANT** la Lettre d'entente n° 282;**CONSIDÉRANT** le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017;**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.
2. À cette fin, les parties négociantes conviennent de verser un montant de 700 000 \$, financé à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins omnipraticiens pour l'année 2016-2017, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.
3. Les parties négociantes avisent la Régie du montant à verser au Programme d'aide.
4. Le maintien du financement du programme d'aide pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'entente générale.
5. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1^{er} avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à ce ^e jour de 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 721

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la clinique externe du Centre de services de Rivière-Rouge.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En sus de toute autre disposition applicable, certaines modalités de rémunération s'appliquent au médecin lorsqu'il exerce dans le cadre des activités du GMF de la Rouge à la clinique externe du Centre de services de Rivière-Rouge du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. Ce sont les suivantes :
 - les dispositions de l'*Entente particulière de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle* applicables en CLSC s'y appliquent;
 - les modalités de l'Annexe XX s'y appliquent comme s'il s'agissait d'un CLSC;
 - le mode de rémunération à l'acte applicable en CLSC s'y applique.
- + 2. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} juin 2016 et se termine le 30 juin 2016.
- + **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 17^e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 722

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la clinique externe du Centre hospitalier Kateri Memorial.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La clinique externe du Centre hospitalier Kateri Memorial rattaché au Conseil des Mohawks de Kanawake est réputée être un CLSC pour les fins de la rémunération des médecins qui y exercent. Deux secteurs d'activités y sont reconnus, soit celui des services courants et celui du maintien à domicile.
2. Les médecins qui exercent dans l'un ou l'autre de ces deux secteurs peuvent se prévaloir de l'ensemble des modes de rémunération accessibles en CLSC, sous réserve des contraintes existantes. Les modalités de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle applicables en CLSC y trouvent application. Les modalités de l'Annexe XX applicables en CLSC s'appliquent aussi à ces activités.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) ou Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) version **papier**, pour chaque médecin concerné. Il doit inscrire la situation d'entente Accord n° 722, cocher le mode de rémunération choisi par le médecin et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

AVIS : *Le médecin rémunéré à tarif horaire doit utiliser les codes d'activité suivants en remplaçant les « X » par les chiffres appropriés, selon la situation :*

Dans un CLSC = 002XXX

Dans le programme Toxicomanie = 263XXX

Dans le programme Itinérance = 264XXX

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **XXX030** Services cliniques
- **XXX031** Étude de dossiers
- **XXX032** Rencontres multidisciplinaires
- **XXX037** Planification – Programmation – Évaluation
- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **XXX063** Garde sur place
- **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.

Pour le médecin se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, il n'y a aucune limitation d'heures (TH seulement).

- **XXX079** Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragr. 5.4, alinéa 2)
- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence
- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Programme Centre de détention

- **088030** Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre antipoison

- **089030** Services cliniques
- **089067** Expertise conseil, information et coordination

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4. ENTENTES PARTICULIÈRES

AVANT-PROPOS :

Les ententes particulières sont des ententes conclues entre le MSSS et la FMOQ en vertu de l'entente générale relative à l'assurance maladie (paragraphe 4.04 ou 17.07), qui ont pour objet la détermination de la rémunération et de certaines conditions d'exercice.

INDEX DES ENTENTES PARTICULIÈRES

Remarque : L'index des ententes particulières est un document administratif, créé dans le but de faciliter la consultation et constitue un **point de repère**. Les **titres officiels** paraissant au début de chacune des ententes particulières ont été **abrévés**; seuls les mots-clés sont conservés **pour le présent index**.

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
1	Grand-Nord	1-1
	Soins psychiatriques en CH (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
3	Unité de soins intensifs ou coronariens en CHSGS.	3-1
	Garde en disponibilité , CLSC / Réseau de garde intégré (<i>abrogée par l'Amendement n° 88</i>)	
#	Garde sur place CH Paul-Gilbert de Charny / Service d'urgence de 1 ^{re} ligne (<i>abrogée par l'Amendement n° 157</i>)	
6	Garde dans CLSC / Réseau de garde intégré / Service d'urgence de 1 ^{re} ligne	6-1
	Programme d'hospitalisation à domicile / Projet d'expérimentation (<i>abrogée par l'Amendement n° 69</i>)	
	Urgences-santé (système préhospitalier d'urgence, Montréal-Centre et Laval) (<i>remplacée par EP Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (n° 46)</i>)	
	Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	C.H. de l' Archipel (Îles-de-la-Madeleine) (<i>abrogée par l'Amendement n° 114 et remplacée par EP CSSS des Îles (n° 44)</i>)	
10	Services en anesthésie dans certains CHSGS	10-1
11	Assurance responsabilité professionnelle	11-1
	Programme en toxicomanie (certains établissements) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	Garde sur place CH Trois-Pistoles /Service d'urgence de 1 ^{re} ligne (<i>abrogée par l'Amendement n° 65</i>)	
	Garde effectuée à l' hôpital St-Julien (<i>abrogée par l'Amendement n° 82</i>)	
#	CLSC Centre-ville et personnes itinérantes de Montréal (<i>abrogée par l'Amendement n° 157</i>)	

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
	Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	Centre de santé des Hauts-Bois (<i>abrogée par l'Amendement n° 62</i>)	
	Garde sur place en régions universitaires - Service d'urgence de 1 ^{re} ligne en CHSCD (<i>abrogée par l'Amendement n° 84</i>)	
16	Activités médicales particulières (AMP)	16-1
17	Rémunération dans ou auprès d'un CLSC	17-1
	Unité de médecine familiale (UMF) (<i>abrogée par l'Amendement n° 108</i>)	
19	Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement pour l'agence	19-1
	Soins palliatifs / Établissement qui exploite un CHSGS ou maison privée liée par entente (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
21	Planning-sexualité (Établissement qui exploite un CHSGS)	21-1
	Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS (<i>abrogée par l'Amendement n° 127 et remplacée par l'EP n° 49</i>)	
23	Centre de Santé Chibougamau	23-1
24	Santé publique	24-1
	Garde sur place - Urgence 1 ^{re} ligne, CHSGS désignés - Réseau intégré (<i>abrogée par l'Amendement n° 112 et remplacée par l'EP n° 43</i>)	
	Garde en disponibilité auprès de certains établissements (<i>maintien à domicile</i>) (<i>abrogée par l'Amendement n° 88</i>)	
	CH Régional de Sept-Îles (<i>abrogée le 30 juin 2001, Amendement n° 75</i>)	
27	Chef de département clinique de médecine générale (<i>CHSGS</i>)	27-1
	Centre hospitalier ambulatoire de la Région de Laval (<i>CHARL</i>) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
29	Malade admis - CHSGS	29-1
	Garde en disponibilité en CHSGS (<i>abrogée par l'Amendement n° 88</i>)	
31	Projet / CH Pierre Janet / santé mentale	31-1
32	RRSSS du Nunavik (17), Conseil Cri SSS de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)	32-1
33	Groupe de médecine de famille (GMF)	33-1
	Entente particulière provisoire / Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables (<i>abrogée le 31 décembre 2006, Amendement n° 95</i>)	
	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables (<i>abrogée le 31 décembre 2006, Amendement n° 95</i>)	
	Chef du service d'urgence (CHSGS) (<i>abrogée par l'Amendement n° 138 et remplacée par l'EP n° 50</i>)	

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
	Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) (<i>abrogée par l'Amendement n° 149 et remplacée par l'EP n° 53</i>)	
38	Garde en disponibilité	38-1
39	Clinique réseau	39-1
40	Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle	40-1
41	Centre de médecine de jour	41-1
42	Médecin enseignant	42-1
43	Garde sur place - Certains établissements	43-1
44	CSSS des Îles	44-1
45	Unité de décision clinique (conditions d'exercice et rémunération)	45-1
	Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (<i>abrogée par l'Amendement n° 145</i>)	
	Services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (<i>abrogée par l'Amendement n° 145</i>)	
#	DSQ - DMÉ (<i>abrogée par l'Amendement n° 154 et remplacée par la LE n° 301</i>)	
49	Rémunération de services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	49-1
50	Rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement	50-1
51	Activités médicales particulières (AMP)	51-1
52	Services préhospitaliers d'urgence	52-1
53	Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)	53-1

EP - GRAND-NORD

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC CONCERNANT LES MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LE GRAND-NORD

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans ou auprès des établissements ou installations suivants : le Centre de santé et des services sociaux de la Radissonie (Centre hospitalier La Grande Rivière), le Centre de santé de l'Hématis, le Centre de santé de la Minganie, le CLSC Naskapi ou l'un de leurs points de service.
- + **1.02** Aux fins de l'application de l'annexe XII de l'entente générale, les CLSC rattachés aux établissements ou aux installations visés à la présente entente sont réputés être des CLSC du réseau de garde intégré. Il en va de même pour leur service d'urgence en ce qui a trait à l'application de l'annexe XXI de l'entente générale et du paragraphe 16.01 de l'*Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des centres susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS D'EXERCICE

- + **3.01** La dispensation à domicile de services médicaux sur le territoire desservi par un établissement ou installation qui exploite un centre visé aux présentes fait partie du programme de santé de cet établissement ou installation. Il en est ainsi des services médicaux dispensés dans l'un de ces centres en vertu d'une entente de service;
- 3.02** Le temps que le médecin consacre à la dispensation de ces services fait partie de sa période régulière d'activités professionnelles s'il est rémunéré à honoraires fixes et, s'il est rémunéré selon le mode du tarif horaire, de sa période normale d'activités professionnelles;

AVIS : Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser les codes d'activité suivants :

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **002081** Garde en disponibilité
- **002084** Services cliniques (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- **002085** Garde sur place (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- **002094** Garde en disponibilité (points de services)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF**, seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Le médecin peut cependant opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'entente.

AVIS : Pour le mode de rémunération à l'acte, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) pour la facturation des services médico-administratifs.

4.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : - Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).
- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

5.01 Circonstances exceptionnelles et temporaires

S'il y a survenance de circonstances exceptionnelles et temporaires, le chef du département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser, au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu aux paragraphes 5.02 et 5.05 de l'annexe XIV de l'entente générale.

5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Grand-Nord;
- à la section Informations additionnelles, sélectionner Article 5.02 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues et inscrire la période couverte par l'avis de service.

- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière;
- c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 8.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

- + **6.01** La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le centre ou l'installation. Elle est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;
- + **6.02** Dans ou auprès d'un centre, d'une installation ou pour le compte d'un établissement exploitant plusieurs centres, au plus deux (2) médecins peuvent, par période de garde en disponibilité, se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 6.01;

6.03 Dans ou auprès d'un point de service désigné spécifiquement par accord des parties, un médecin peut, par période de garde en disponibilité, être rémunéré selon les modalités qu'édicté le paragraphe 6.01. Cette garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le dispensaire.

7.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

7.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

7.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

8.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

8.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement selon les termes du décret 1179-88 du 3 août 1988;

8.02 La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

9.00 DÉPANNAGE

9.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les dispositions de ce même article s'appliquent au médecin visé par le présent article, sous réserve des dispositions suivantes :

- + **9.02** Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès d'un établissement ou installation visé, est rémunéré :
- a) soit selon un *per diem* auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu au paragraphe 6.00;
 - b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au *per diem*, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire;

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **009030** Services cliniques
- **009063** Garde sur place
- **009081** Garde en disponibilité
- **009094** Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)

Identifier le mode de rémunération, comme suit :

PD (per diem) :

- **009030** pour 9 heures d'activités sur place (équivalent à 14 heures d'activités).

TH (tarif horaire) :

- **009030** lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au per diem, soit moins de 9 heures ou plus de 9 heures. Toutefois, pour plus de 9 heures d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération. Si le mode de rémunération est PD, inscrire 9 heures dans la case heures travaillées.
- **009063** aucune particularité
- **009081** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en PD
- **009094** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en PD

9.03 Sous réserve du paragraphe 7.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

9.04 La rémunération selon le *per diem* couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

Le taux de base du *per diem* est de 1 024 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 1 067 \$ au 1^{er} juin 2013.

9.05 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement.

9.06 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

9.07 Aux fins de l'application des dispositions des articles 4.00 et 5.00 de l'annexe XX, le *per diem* est divisible en heures.

AVIS : Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

Si vous avez à utiliser un secteur de dispensation, vous devez répartir vos heures effectuées (*per diem divisible en heures*) avec ou sans secteur de dispensation.

Exemple : Facturation un jour ouvrable pour la période de 15 h à 24 h :

Plage PM : 5 heures

Plage soir : 4 heures avec secteur de dispensation **32**

10.00 MESURES TRANSITOIRES

10.01 Les heures excédentaires effectuées du 1^{er} juin 1998 au 30 septembre 1998, peuvent être imputées sur les semaines couvrant la période du 1^{er} décembre 1997 au 31 mai 1998, en autant que le médecin bénéficie de la disposition du paragraphe 6.09 de l'entente particulière du 8 octobre 1993 et que les règles d'application de ce paragraphe soient rencontrées.

10.02 Ces heures ainsi imputées ne sont pas comptabilisées dans le calcul des 1540 heures prévues au paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale;

10.03 La Régie applique cette imputabilité au plus tard le 28 février 1999;

10.04 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, peut, exceptionnellement, permettre à un médecin une dérogation aux délais qui lui sont fixés par le présent article.

EP - SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, DANS UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin auprès de patients dans l'unité de soins coronariens ou dans l'unité de soins intensifs et coronariens, excluant les lits de monitoring, sise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés inscrit à l'annexe I des présentes;

- + **1.02** L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

AVIS : La liste des établissements désignés est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens visés aux présentes, optent pour le régime A ou B tels que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes. Dans le cas où une installation opère une unité de soins coronariens distincte de l'unité de soins intensifs, les médecins qui exercent dans l'unité de soins coronariens ne peuvent adhérer qu'au régime A;
- + **3.02** Une option de rémunération quant au régime de rémunération ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'unité de l'installation à la présente entente. Elle est exercée par l'ensemble des médecins concernés;
- + **3.03** L'adhésion d'une unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens d'une installation à la présente entente précise le régime de rémunération qui s'applique.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION RÉGIME A

AVIS : Utiliser le code d'établissement **0XXX6**.

4.01 Le médecin, selon un choix quotidien, opte d'être rémunéré selon la formule du mode de rémunération forfaitaire prévue au présent article ou selon la rémunération à l'acte prévue à l'entente générale.

4.02 La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant :

- pour la première journée de séjour dans l'unité un forfait de 129,70 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 136,20 \$ au 1^{er} octobre 2013;

- pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 104,50 \$ au 1^{er} juin 2013, de 111 \$ au 1^{er} octobre 2013 et de 112,30 \$ au 1^{er} décembre 2013.

AVIS : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **09997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **08896** pour la **deuxième** journée de séjour et les journées **suivantes** dans l'unité;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la **date d'entrée** et, le cas échéant, la **date de sortie** de cette unité de soins.

N.B. Le code 09997 peut être facturé uniquement à la date du début du séjour, soit la date à laquelle le patient est admis à l'unité ou réadmis à l'unité dans le cadre d'une même hospitalisation. Dans ce dernier cas, la date de début de séjour doit correspondre à la date de la réadmission.

Cette rémunération ne comprend pas les services professionnels effectués le même jour en dehors de l'unité des soins intensifs pour un patient donné.

En plus du forfait ci-dessus, un supplément est payé lorsque le patient est intubé et est ventilé mécaniquement de manière soutenue, en dehors d'une période de réanimation, durant une journée en cause. Ce supplément, par patient, par journée, est de 52,75 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 55 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code d'acte **15231** dans la section Actes ou dans celle des Visites;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6** ou **4XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne le forfait et les actes non inclus dans le forfait et visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes

- le modificateur **069** (les samedi, dimanche ou jour férié), **408** (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h sauf un jour férié), **409** (le vendredi de 20 h à 24 h sauf un jour férié) ou leurs multiples selon la période;
- les honoraires demandés en y incluant la majoration en vigueur;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**)

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
069 – 094	646	1,3000
069 – 126	648	0,6058
094 – 408	714	1,1300
094 – 409	723	1,2300
094 – 126 – 408	391	0,5265
094 – 126 – 409	394	0,5731
126 – 408	716	0,5265
126 – 409	725	0,5731

NOTE : Le médecin qui réclame le supplément de ventilation peut, le même jour et pour le même patient, facturer l'installation pour ventilation en position ventrale.

4.03 Le forfait prévu ci-dessus ne comprend pas la rémunération de la prestation des actes suivants :

- a) la réanimation cardio-respiratoire (codes 00828, 00829);
- b) la mise en place de la canule artérielle (code 00684);
- c) le cathétérisme de veines centrales (codes 00695, 09305, 09306 et 00487);
- d) la mise en place d'un cathéter artériel ou veineux pour hémodialyse par voie transcutanée (code 00389);
- e) l'induction de l'hypothermie thérapeutique (code 20018);
- f) l'installation pour ventilation en position ventrale (code 20019);
- g) la mesure de la tension intra-abdominale (code 20020);
- h) la constatation de décès (codes 00013, 00014, 00016, 00018, 15234, 15264, 15265 et 15266);
- i) l'examen d'évaluation médicale et le constat médico-légal pour un patient présumé victime d'agression sexuelle (codes 09067, 09069, 15160 et 15967);
- j) le forfait de congé en établissement d'un patient admis (code 15158);
- k) le forfait de déplacement d'urgence auprès d'un patient à l'unité des soins intensifs et coronariens entre 0 h et 7 h (code 15232);
- l) les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);
- m) la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);
- n) l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);
- o) le traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);
- p) le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);
- q) la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);
- r) la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);
- s) l'échographie ciblée d'urgence (code 00689).

4.04 Sont rémunérés à l'acte de la façon prévue à l'entente générale les soins simultanés requis par le médecin qui fournit l'ensemble de la prestation de services, les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant ou, en cas de non-disponibilité du médecin visé au paragraphe 3.01, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin.

AVIS : - Pour la facturation de soins donnés comme médecin consultant ou dans le cas de la non disponibilité du médecin traitant pour des soins immédiatement requis, inscrire la lettre « G » dans la case C.S.

- Pour la facturation de soins simultanés, inscrire la lettre « H » dans la case C.S.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION - RÉGIME B

AVIS : Utiliser le code d'établissement 4XXX6.

+ **5.01** Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens de l'installation peuvent opter pour le régime B si cette unité répond aux conditions suivantes :

- a) elle comprend au moins sept (7) lits exclusivement de soins intensifs généraux ou dix (10) lits de soins intensifs et coronariens;
- b) l'occupation moyenne de ces lits de soins intensifs généraux doit être sur base quotidienne d'au moins sept (7) patients de soins intensifs généraux ou de dix (10) patients de soins intensifs et coronariens;
- c) la responsabilité de tous les patients ainsi que la coordination de tous les lits de l'unité est assumée par un médecin omnipraticien;
- d) un seul médecin assume l'ensemble des soins dispensés auprès des patients de l'unité au courant de la période décrite au paragraphe 5.02.

5.02 Les modalités de rémunération prévues au présent article couvrent une période minimale de huit (8) heures de services dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le médecin est alors rémunéré selon un tarif de 719 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 749,50 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19105** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

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

Malgré ce qui précède, au moment de l'adhésion de l'unité au régime B et sur demande de l'établissement ou des médecins concernés, le comité paritaire peut, en tenant compte notamment du nombre de lits et de la nature des soins requis, autoriser la rémunération sur la base d'une période de dix (10) heures de soins dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le forfait est de 898,75 \$ à compter du 1^{er} janvier 2012 et de 936,90 \$ à compter du 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19106** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

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

5.03 Au forfait prévu au paragraphe précédent, s'ajoute un forfait quotidien par patient dont le médecin assume la responsabilité. Ce forfait est fixé à 45 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits paraissant au paragraphe 4.02 des présentes soit de 52,70 \$ à compter du 1^{er} juin 2013. Ce forfait est fixé à 42,65 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits paraissant au paragraphe 4.02 des présentes, soit de 52,70 \$ à compter du 1^{er} octobre 2013 et de 53 \$ à compter du 1^{er} décembre 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19107** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

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

5.04 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne les forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus et les actes non inclus dans les forfaits et visés par le sous-paragraphe 2.2.9.A.

AVIS : Les forfaits prévus et les actes non inclus dans les forfaits sont majorés de 30 % les samedi, dimanche ou jour férié. Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le modificateur **069** pour le code d'acte **19105, 19106 ou 19107**;
- les honoraires demandés en y incluant la majoration de **30 %**;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général, utiliser les modificateurs suivants :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
069 – 094	646	1,3000
069 – 126	648	0,6058

5.05 Ces forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 incluent tous les services dispensés auprès d'un patient de l'unité pendant une journée au cours de laquelle le médecin se prévaut des dispositions du présent article sous réserve des dispositions suivantes :

- a) Sont rémunérés à 45 % du tarif les actes suivants :
- la réanimation cardio-respiratoire;
 - le supplément de ventilation prévu au paragraphe 4.02 (voir l'avis sous le paragraphe 4.02 concernant la facturation du code d'acte **15231**);
 - la mise en place de la canule artérielle;
 - le cathétérisme de veines centrales;
 - la mise en place d'un cathéter artériel ou veineux pour hémodialyse par voie transcutanée;
 - la mesure de la tension intra-abdominale;
 - l'induction de l'hypothermie thérapeutique lorsque l'intervention commence à l'intérieur de la période visée au paragraphe 5.02;
 - l'installation pour ventilation en position ventrale lorsque l'intervention commence à l'intérieur de la période visée au paragraphe 5.02;
 - les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);
 - la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);
 - l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);
 - le traitement de pneumo et d'hémithorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);
 - le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);
 - la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);
 - la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);
 - l'échographie ciblée d'urgence (code 00689).
- b) Le médecin qui se prévaut des dispositions du présent article et qui dispense des services auprès d'un patient de soins coronariens admis à l'unité de soins intensifs ou coronariens dont il n'assume pas la responsabilité est rémunéré à 45 % du tarif des actes.

AVIS : Dans la section Actes d'une Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire pour chaque service :

- le modificateur **177** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à **45 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Les multiples du modificateur **177** sont :

Combinaisons de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 177	632	0,2250
094 – 177	637	0,4500

- c) Sont rémunérés à 100 % selon l'entente générale :
- les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente);
 - la garde en disponibilité ainsi que les services nécessitant un déplacement et dispensés pendant cette période;

AVIS : Inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.

- en cas de non-disponibilité temporaire du médecin visé à la présente, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin;

AVIS : Inscrire la lettre « **G** » dans la case C.S et le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

- les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant auprès d'un patient de l'unité de soins coronariens ou de soins intensifs;

AVIS : Inscrire la lettre « **G** » dans la case C.S et le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

- le forfait de congé en établissement d'un patient admis.

5.06 Tous les services dispensés hors de l'unité des soins intensifs et coronariens pendant la période visée au paragraphe 5.02 sont rémunérés à 45 % du tarif des actes posés.

AVIS : Dans la section Actes d'une Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire pour chaque service :

- le modificateur **177** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à **45 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;

Les multiples du modificateur **177** sont :

Combinaisons de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 177	653	0,5535
050 – 177	632	0,2250
094 – 177	637	0,4500

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **7.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière de son unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens et les modalités de retrait de celle(s)-ci;

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels au sein de l'unité visés par l'adhésion à la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

- + **7.03** Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité ou d'une installation de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;

7.04 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion de l'unité à la présente entente ou à son retrait de celle-ci ou quant à l'option relativement au régime de rémunération, le comité paritaire prévu à l'article 6.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

7.05 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

- + **7.06** Les installations adhérentes en vertu de l'entente particulière signée le 16 mai 1991 sont réputées être adhérentes au régime A de la présente entente.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière signée le 16 mai 1991 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1^{er} septembre 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^e jour de janvier 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

ANNEXE I

- + **Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

EP - CH PAUL-GILBERT DE CHARNY

ENTENTE PARTICULIÈRE

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DU CENTRE HOSPITALIER PAUL-GILBERT DE CHARNY

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde sur place effectuée de 20 h à 8 h, dans le service d'urgence de première ligne du centre hospitalier Paul-Gilbert de Charny.

2.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

2.01 Forfait compensatoire

À compter du 1^{er} juin 1988, l'option de rémunération prévue au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif qui entre en vigueur à cette date s'applique, dans le service d'urgence visé aux présentes, à la rémunération de la garde sur place effectuée, de 20 h à 8 h, par le médecin rémunéré à l'acte.

3.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 30 mai 1988 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée par l'Amendement n° 157.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de mai 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - GARDE DANS CLSC

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde effectuée, dans le cadre du réseau de garde intégré, dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un centre local de services communautaires (C.L.S.C.) agréé par les parties et énuméré en annexe I des présentes.

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A-6 est abolie.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin exerçant dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

3.01 Participation

Dans un centre local de services communautaires régi selon la présente entente particulière, cette entente permet au médecin non rémunéré à honoraires fixes dont l'activité professionnelle s'en limite à effectuer des gardes sur place régies en vertu des présentes, d'être titulaire, à cette fin, d'une nomination spécifique.

Cette entente particulière permet également à un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes dans un autre établissement d'être titulaire, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, d'une nomination spécifique à honoraires fixes pour la garde sur place qu'il effectue.

Une nomination spécifique à honoraires fixes au sens de la présente entente particulière ne comporte, à l'endroit du médecin qui en est titulaire, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

3.02 Garde sur place

La garde sur place effectuée par un médecin qui est rémunéré à l'acte est rémunérée selon ce mode et les options de rémunération prévues au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif s'appliquent.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde dans CLSC;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Voir les modalités d'application et de facturation à l'article 1.4 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

La garde sur place effectuée par un médecin qui se prévaut d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire est, selon le mode de rémunération applicable au médecin, rémunérée selon l'un de ces modes.

AVIS : Utiliser le code d'activités :

- **002063** (Honoraires fixes et tarif horaire) ou;
- **002071** (tarif horaire) ou;
- **002132** (honoraires fixes).

et les codes de secteurs de dispensation suivants :

Journées concernées	Heures concernées	Secteur dispensation	
		à partir du 1 ^{er} juillet 2010	jusqu'au 30 juin 2010
Tous les jours de la semaine	0 h à 8 h	35	12
Samedi, dimanche ou journée fériée	8 h à 24 h	28 ⁽¹⁾ ou 34	12 ou 14
Lundi au jeudi à l'exception d'une journée fériée	20 h à 24 h	32	12
Vendredi à l'exception d'une journée fériée	20 h à 24 h	33	12
Lundi au jeudi à l'exception d'une journée fériée	8 h à 20 h	07	07

⁽¹⁾ : Le secteur de **dispensation 28** peut être utilisé si vous respectez l'article 4.01 iv) de l'annexe XX.

3.03 Garde en disponibilité

Outre les motifs énoncés à l'article 14.00 de l'entente générale, la nécessité d'effectuer, en complémentarité avec la garde sur place, une garde en disponibilité selon la présente entente particulière, se fonde également sur le nombre réduit des effectifs médicaux et l'impossibilité qui en découle d'assurer, de façon continue, une garde sur place.

La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour les instructions de facturation, voir l'entente particulière relative à la garde en disponibilité.

3.04 Répartition de la garde sur place

Lorsque le fonctionnement du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes est assumé par des médecins dont certains sont rémunérés à l'acte et d'autres à honoraires fixes, la garde est répartie équitablement entre ces médecins par le chef de médecine générale, ou le médecin qui assume ces fonctions, peu importe leur mode de rémunération.

+ 3.05 Activités professionnelles

Un médecin dont la nomination spécifique a pour objet exclusif, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, la dispensation de services d'urgence de première ligne selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter une autre activité professionnelle se situant en dehors des périodes de garde sur place visées aux présentes. Le présent paragraphe ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Malgré l'objet restreint de sa nomination, le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique selon la présente entente particulière peut, à l'occasion et à la demande expresse du chef de médecine générale ou du médecin qui assume ces fonctions, accepter d'effectuer une activité professionnelle autre que la garde prévue à la présente entente particulière. Dans ce cas, pour l'activité professionnelle ainsi exercée, la rémunération à l'acte s'applique au médecin qui est rémunéré selon ce mode et, selon que le médecin est détenteur d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire, il est rémunéré, selon le mode de rémunération qui lui est applicable, en vertu des dispositions des paragraphes 15.04 ou 17.12 de l'Entente.

+ 3.06 Effectifs médicaux

Malgré les paragraphes 10.09 et 10.11 de l'entente générale, le médecin régi selon le paragraphe 3.05 de la présente entente particulière ne peut voir son avis de non-renouvellement de nomination spécifique fondé sur la détermination des effectifs médicaux arrêtés par le conseil d'administration de l'établissement.

Toutefois, cette disposition ne doit pas avoir pour effet d'augmenter le nombre de médecins autorisés par le plan d'effectifs médicaux spécifique prévu pour le C.L.S.C.

3.07 Malgré l'objet restreint de la nomination spécifique du médecin rémunéré à honoraires fixes visé aux deuxième et troisième sous-paragraphes du paragraphe 3.01, la garde sur place effectuée par ce médecin dans un C.L.S.C. visé aux présentes est, selon les modalités qu'édicte l'annexe VI de l'Entente, prise en compte aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire de ce médecin comme si la garde sur place visée avait été effectuée dans un établissement où, en qualité de plein temps ou de demi-temps, il exerce principalement.

3.08 La rémunération prévue à la présente entente particulière n'est payable, pour une même période de garde et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin.

3.09 L'établissement avise la Régie du nom du médecin rémunéré selon la présente entente.

4.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

+ 4.01 La présente entente particulière entre en vigueur à la date de sa signature.

4.02 Elle remplace l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) intervenue en date du 16 mai 1991 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de juin 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - ANESTHÉSIE (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DE SERVICES PROFESSIONNELS EN ANESTHÉSIE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE :

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet de déterminer la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie effectuée par un médecin qui détient des privilèges en anesthésie dans une installation qui opère un centre hospitalier visé en annexe des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Le médecin, ou le cas échéant, le groupe de médecins si l'installation compte plus d'un médecin visé aux présentes, opte pour le régime B ou C tel que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes;
- + **3.02** Seul le médecin rémunéré au 1^{er} avril 2004 selon les dispositions du régime A peut continuer de s'en prévaloir.

Un médecin qui, subséquentement au 1^{er} avril 2004, débute sa pratique en anesthésie dans une installation où le régime A s'applique déjà à un des médecins de l'installation ne peut lui-même s'en prévaloir. Il doit opter pour le régime B ou le régime C. Son option devient le régime auquel adhère l'installation pour tout autre médecin autre que celui visé à l'alinéa précédent;

3.03 Le médecin, ou, le cas échéant, le groupe de médecins, rémunéré, à la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, selon les dispositions du régime A ou du régime B tel que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes continue de se prévaloir du même régime. Il peut, toutefois, opter pour le régime B ou C, selon le cas, selon les dispositions du paragraphe suivant;

- + **3.04** Une option de rémunération au sens du présent article ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'installation à la présente entente. Elle est exercée par le médecin ou, dans le cas où l'installation compte plus d'un médecin visé aux présentes, par l'ensemble des médecins visés et doit recueillir leur accord unanime;

AVIS : *Si l'option de rémunération est exercée, l'installation doit informer la Régie par le biais d'une lettre adressée au Service de l'admissibilité et du paiement (réf. : voir les modalités précisées dans l'avis administratif du régime de rémunération choisi). Cette information peut être transmise par télécopieur au numéro 418 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :*

*Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

- + **3.05** L'adhésion d'une installation à la présente entente fait état du régime de rémunération pour lequel a opté le médecin visé aux présentes ou, le cas échéant, le groupe de médecins;

- + **3.06** L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente ainsi que, le cas échéant, le nombre de vacations allouées dans le cadre du régime A.

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I et III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

4.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION A

4.01 La prestation des services professionnels en anesthésie, effectuée par un médecin visé par le présent mode est rémunérée selon le mode de la vacation;

4.02 Cette rémunération couvre la dispensation, par un médecin, de tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 et comprend en outre la prestation de toute période de garde afférente à la dispensation de tels actes;

AVIS : *Utiliser le code d'activité **008030** : Services cliniques, sur la demande de paiement (1215).*

4.03 Pour la prestation des services anesthésiques visés aux présentes, le médecin est, sur une base hebdomadaire, rémunéré jusqu'à concurrence du nombre de vacations apparaissant à l'annexe I, sous la colonne intitulée régime A. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie de la période hebdomadaire visée, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte. Pendant toute période ou partie de période hebdomadaire où le médecin est rémunéré à vacation en vertu de la présente entente particulière, il ne peut recevoir aucune autre rémunération pour des activités dans le centre hospitalier;

Lorsque plus d'un médecin dispense des services anesthésiques dans un centre hospitalier, le nombre de vacations prévu en annexe pour ce centre hospitalier est réparti par le centre hospitalier après consultation des médecins concernés.

Toutefois, un médecin ne peut être rémunéré pour plus de vingt (20) vacations hebdomadaires.

- + **4.04** Dans le cadre du régime de rémunération prévu au présent article, le comité paritaire évalue le nombre de vacations allouées hebdomadairement pour la dispensation des services anesthésiques à l'installation visée aux présentes. Le nombre de vacations allouées est réévalué à tous les deux ans.

5.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION B

5.01 Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime B est rémunéré selon le mode de la vacation pour la dispensation sur place de l'ensemble des services en lien avec ses privilèges en anesthésie et pour la garde faite sur place afférente à ces services. Aux fins des dispositions du présent paragraphe, l'examen préanesthésie est exclu de l'ensemble des services en lien avec les privilèges en anesthésie;

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Services en anesthésie dans certains CHSGS;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

*Les examens préanesthésiques **09092**, **09093**, **15192** ou **15193** peuvent être facturés en tout temps, y compris pendant les heures rémunérées à la vacation avec les codes d'activité **008030** ou **008106** lorsqu'une anesthésie se prolonge après 16 h.*

5.02 La rémunération selon le mode de la vacation s'applique à la dispensation des services professionnels en anesthésie effectués sur place par le médecin, de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi, incluant le cas échéant, pendant ces périodes, la garde faite sur place.

AVIS : *Utiliser le code d'activité **008030** : Services cliniques, sur la demande de paiement (1215).*

Pour les services dispensés sur place après 16 h, l'entente générale s'applique.

AVIS : *Pour la rémunération des services à l'acte dispensés en dehors de la période de garde à la vacation de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi :*

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- Le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- Le code d'acte dans la section Actes;
- Les HONORAIRES du code d'acte facturé;
- Le code d'établissement où vous réalisez vos activités;
- L'heure à laquelle le service a été rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Si le service est rendu durant une période où le forfait de garde en disponibilité est réclamé, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

5.03 Le médecin ne peut recevoir pour les services professionnels visés au présent article plus de trois (3) vacations par jour. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie d'une journée telle que définie au paragraphe précédent, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte;

5.04 Malgré le maximum de vacations prévu au paragraphe précédent, lorsque la durée d'un acte anesthésique couvre des périodes qui sont rémunérées selon des modalités différentes, les modalités de rémunération applicables au début de l'acte anesthésique visé s'appliquent à la rémunération de l'ensemble de l'acte concerné;

AVIS : *Utiliser le code d'activité **008106** pour la suite de l'anesthésie débutée pendant une période rémunérée à la vacation.*

+ **5.05** Dans le cas où une installation n'opère qu'un seul bloc opératoire, sauf exception autorisée par le comité paritaire prévu à l'article 8 des présentes, et qu'il a été désigné aux fins du présent paragraphe par le comité paritaire, le médecin peut également se prévaloir des conditions de rémunération suivantes :

- Le médecin qui dispense sur place des services d'anesthésie durant moins de 45 heures au cours d'une semaine donnée peut être rémunéré, à raison de la différence entre 45 heures et le nombre d'heures de services dispensés sur place, pour les heures faites non sur place, en-dehors de la période déjà rémunérée en vertu de l'article 7.00 des présentes, selon le mode de la vacation, au quart (1/4) du taux de la vacation pour chaque heure facturée;

AVIS : *Pour les services à facturer selon cette disposition, utiliser le code d'activité **008105**. Voir les avis sous les alinéas suivants pour la facturation complémentaire s'appliquant à votre situation. Rappel : Les codes d'activité **008030** et **008105** ne peuvent être réclamés simultanément. Lorsque facturés au cours de la même plage horaire, le médecin doit préciser dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les heures de début et de fin rattachées à chacun de ces codes.*

- Concurrément aux heures compensées au quart (1/4) du taux de la vacation selon les modalités apparaissant à l'alinéa précédent et à la condition qu'il soit, lorsque requis, disponible pour la dispensation de services en anesthésie selon le règlement de l'installation, le médecin peut exercer dans d'autres secteurs d'activités.
- Il est alors rémunéré, en plus de la rémunération au quart (1/4) du taux de la vacation comme précisé ci-dessus, selon les dispositions suivantes :
 - Les services dispensés auprès des malades admis dans l'installation où le médecin détient sa nomination avec privilèges en anesthésie sont rémunérés selon les dispositions des paragraphes 5.01 à 5.03 des présentes malgré le fait qu'il ne s'agisse pas de services liés à sa nomination en anesthésie;

AVIS : *Pour les heures effectuées auprès des malades admis, durant les heures de garde non faites sur place en anesthésie, dans les secteurs 0XXX2, 0XXX3, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX6 et 0XXX8, utiliser le code d'activité **008139**. Ces heures vous seront rémunérées au taux de la vacation additionné du quart du taux de la vacation pour les heures de garde non faites sur place en anesthésie.*

*Pour une même plage horaire, les codes d'activité **008139**, **008105** et **008030** ne peuvent se chevaucher. De plus, vous devez indiquer dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les heures de début et de fin rattachées à chacun de ces codes.*

AVIS : (suite)**Exemple :**

Plage horaire	Code d'activité	Nombre d'heures	
AM	008139	2 h	(Services malade admis) (2 h au taux de la vacation + 2 h au quart du taux de la vacation)
AM	008105	1 h	(1 heure non faite sur place en anesthésie = 1 h au quart du taux de la vacation)
AM	008030	1 h	(Services cliniques en anesthésie)

Case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :Code **008139** : 8 h à 10 hCode **008105** : 10 h à 11 hCode **008030** : 11 h à 12 h

- Les services dispensés dans d'autres secteurs d'activités sont rémunérés selon les modalités de rémunération s'appliquant dans le secteur en question.

AVIS : Lors d'une période de garde non sur place à la vacation entre 7 h et 16 h du lundi au vendredi, vous pouvez facturer à l'acte, en complément du code d'activité **008105**, si vous rendez des services en clinique externe (0XXX1) ou au service d'urgence (0XXX7). Pour la rémunération des services à l'acte dispensés en dehors de la période de garde sur place à la vacation de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi, vous référer à l'avis sous le dernier alinéa du paragraphe 5.02.

Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues à ce présent paragraphe que pour les journées ou partie de journées pendant lesquelles il assume seul la garde afférente à la dispensation des services en anesthésie.

AVIS : Utiliser le code d'activité **008105** : Heures non faites sur place ou **008139** : Services malade admis Régime B.

6.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION C

6.01 Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime C est rémunéré, lorsqu'il dispense des services anesthésiques, selon le mode du *per diem* plus un pourcentage des actes tel qu'apparaissant à l'annexe II des présentes. Malgré certaines dispositions d'ententes particulières, cette rémunération couvre, de façon exclusive, pendant la période couverte par le *per diem* ou le *demi-per diem*, la dispensation de tous les services médicaux au sens de l'entente générale dispensés sur place et comprend la garde afférente à ces actes faite sur place.

- # **AVIS :** L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Services en anesthésie dans certains CHSGS;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Les honoraires demandés par le médecin doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de l'annexe II, 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 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 0 h 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 24 h (soir), la plage horaire = **4**

Les services anesthésiques dispensés selon le mode du *per diem* doivent être facturés sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (3743).

Les activités faites sur place en-dehors des périodes prévues au paragraphe 6.03 sont rémunérées selon l'entente générale;

AVIS : Pour la facturation des services médicaux, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200). Toujours **inscrire la plage horaire** appropriée et les honoraires à 100 % (ou selon le taux auquel vous avez droit en vertu de la rémunération différente).

6.02 Les services médicaux visés ainsi que les pourcentages des actes sont indiqués à l'annexe II des présentes. La détermination et l'application de ces pourcentages d'actes se font selon les règles suivantes :

- i) Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un pourcentage d'acte le pourcentage de l'acte le plus élevé est retenu;

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 sujet à rémunération. 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.

- ii) Le pourcentage des actes est appliqué sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

- iii) Sous réserve de l'alinéa iv) ci-dessous, l'heure de début de prestation de services est retenu;

- iv) À l'égard des procédés d'anesthésie-réanimation tarifés en unités, le temps de prestation du service est retenu pour les unités de durée et l'heure du début de prestation du service est retenue pour les unités de base.

AVIS : Pour la suite de l'opération inscrire le **MOD 116 ou un multiple**, et ce, peu importe la plage horaire *.

Exemple : Anesthésie qui chevauche trois plages horaires. Ces plages sont payables à 80 % pour la plage horaire 2 de 7 h à 12 h, à 80 % pour la plage horaire 3 de 12 h à 17 h et à 100 % pour la plage horaire 4 de 17 h à 20 h.

Heure de début : 7 h Heure de fin : 20 h

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
2013-06-10	2	09419	2		44	545,60
2013-06-10	3	09419	2	116	60	744,00
2013-06-10	4	09419	2	116	36	558,00

*S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération, et ce, peu importe la plage horaire.

6.03 Une journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités faites sur place de sept (7) heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités de trois heures et demie (3 ½), entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés;

6.04 Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activités on applique les règles suivantes :

- i) le calcul de la période moyenne d'activités est effectué par période de deux (2) semaines;
- 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 6.02;
- 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 6.02 a été inférieure à trois heures et demie (3 ½);
- v) aux fins de déterminer le nombre maximum de demi *per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de deux (2) semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 6.02 au cours de cette période de deux (2) semaines;

AVIS : La période est établie selon le calendrier de la rémunération mixte; vous référer au point 5.8 de l'onglet Paiement du manuel de facturation.

6.05 Un médecin reçoit un *per diem* pour l'ensemble des services médicaux qu'il dispense sur place au cours d'une journée d'activités. Pour une demi-journée d'activités, il reçoit la moitié du *per diem* applicable pour une journée. Le montant du *per diem* est de 779 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 812 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Les services anesthésiques dispensés selon le mode du *per diem* doivent être facturés sur la Demande de paiement - Rémunération mixte (3743).

Utiliser le code d'activité **008030** : Services cliniques

Limitation sur la rémunération

- + **6.06** Sous réserve du paragraphe 6.07, le médecin ne peut durant la journée, de 7 h à 17 h pendant laquelle il se prévaut d'un *per diem*, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi *per diem*, se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'installation à l'exception de l'entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont limitées, pour la période en cause, à l'application des modificateurs apparaissant à l'annexe II des présentes.

AVIS : Les services facturés dans le cadre de l'E.P. relative aux soins intensifs ou coronariens doivent être facturés selon les pourcentages prescrits à l'annexe II pendant la période du *per diem* ou demi-*per diem*.

Malgré ce qui précède, le médecin peut, de 16 h à 8 h, être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans un service d'urgence de l'installation;

- # **AVIS :** Inscrire le **MOD 028 ou un multiple** et la plage horaire appropriée *.

Exemple: Anesthésie qui chevauche trois plages horaires dans un service d'urgence et rémunérée selon l'entente générale. Ces plages sont payables à 100 % pour la plage horaire **3** de 16 h à 17 h, à 100 % pour la plage horaire **4** de 17 h à 24 h et à 100 % pour la plage horaire **1** de 24 h à 4 h 30.

Heure de début : 16 h Heure de fin : 4 h 30

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
2013-06-10	3	09301	2	028	09	139,50
2013-06-10	4	09301	2	116	60	930,00
2013-06-10	1	09301	2	116	54	837,00

*S'il s'agit d'une installation où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération, et ce, peu importe la plage horaire.

6.07 Sous réserve de l'article 7.00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans tout établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière pour les services dispensés en dehors de la période de 7 h à 17 h s'il se prévaut d'un *per diem* ou en-dehors de la période de 7 h à 12 h s'il se prévaut d'un demi *per diem*;

6.08 Le médecin ne peut, de 7 h à 17 h, lorsqu'il se prévaut d'un *per diem*, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi *per diem*, être 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* lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs énumérés à l'annexe II des présentes;

6.09 Le médecin qui se prévaut d'un *per diem* ou d'un demi-*per diem* au cours d'une journée de calendrier est rémunéré pour l'examen pré-anesthésique selon le pourcentage applicable de l'annexe II sauf pour les soins immédiatement requis pendant une période de garde en disponibilité.

7.00 RÉGIMES B ET C : GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à raison d'un forfait pour les quarts de garde suivants :

- du lundi au vendredi :
 - de 0 h à 7 h;
 - de 16 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime B;
 - de 17 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime C;
- les samedi, dimanche et jour férié, de 0 h à 8 h et de 8 h à 16 h et de 16 h à 24 h;

AVIS : Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime B, utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09090** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES; **utiliser 1 ligne par quart de garde;**
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait n'est **pas divisible** sur base horaire.

Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime C, utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19045** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES; **utiliser 1 ligne par quart de garde;**
- la plage horaire correspondant à celle du début du quart de garde facturé dans la case PH;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait n'est **pas divisible** sur base horaire.

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

N. B. : Pour les services rendus pendant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.

Le montant du forfait est de 61,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 64 \$ au 1^{er} juin 2013.

7.02 Sous réserve du paragraphe 6.09, les services médicaux dispensés pendant une garde en disponibilité sont rémunérés de la façon prévue au paragraphe 15.03 de l'entente générale, cette rémunération entraînant, le cas échéant, l'application du paragraphe 2.4.7.3 B du préambule général au tarif;

7.03 Une garde au sens du présent article n'est effectuée que par un seul médecin; cette garde ne peut être concomitante avec une garde qui, dans un centre hospitalier, pour une même période, serait effectuée par un médecin spécialiste.

+ **7.04** Un forfait supplémentaire de 443,15 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 461,95 \$ au 1^{er} juin 2013, par 24 heures de garde en disponibilité est versé à un médecin qui assure la garde en disponibilité un samedi, un dimanche ou un jour férié si l'installation auprès duquel cette garde est faite présente les caractéristiques suivantes :

- i) il est situé dans une région désignée au sens de l'annexe XII de l'entente générale;
- ii) il est en pénurie d'effectifs médicaux selon les critères que se donne le comité paritaire et;
- iii) le plan d'effectifs médicaux en anesthésiologie prévoit un seul médecin.

Le comité paritaire désigne l'installation et la durée de cette désignation. Il peut, exceptionnellement, désigner une installation qui ne présente pas toutes les caractéristiques énoncées ci-dessus.

L'annexe III à la présente entente fait état des installations désignées ainsi que de la durée de la désignation.

AVIS : La liste des installations désignées dans l'annexe I et III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19339** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **9.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci;

9.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels visés par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

- + **9.03** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;

9.04 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion à la présente entente ou à son retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 4.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

9.05 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

- + **9.06** L'adhésion d'une installation à la présente entente est abrogée lorsque aucun médecin de cette installation ne s'est prévalu de ses dispositions depuis plus d'un an ou, pour la première année d'application de la présente entente, de l'entente en vigueur du 1^{er} juin 1997.

10.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

- + **10.01** Tout médecin ou ensemble de médecins d'une même installation qui, selon la modalité prévue au paragraphe 3.04 des présentes, opte pour le Régime C entre le 1^{er} avril 2004 et le 30 septembre 2004 peut, malgré la limite en regard de la date anniversaire d'adhésion énoncée à ce paragraphe, modifier son option avant le 1^{er} octobre 2004. La date de cette modification devient alors la date anniversaire visée au paragraphe 3.04 des présentes.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 20 mai 2004. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS) - ANN I

ANNEXE I

- + **Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS) - ANN II

ANNEXE II

POURCENTAGE DES ACTES

% Services médicaux visés

- 80** Tous les services médicaux, à l'exception des examens, visites et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), l'intervention clinique, les transferts ambulanciers : codes 09087 et 09246.

Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.

Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus.

Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.

Les services médicaux codés 00910, 00911, 00912, 00921, 00927, 00928, 00933, 00935, 00939, 00940, 00984, 00988, 00989, 00990, 00991, 00997, 00998, 00999, 01900, 00828, 00829, 00822, 00824.

Les services médicaux codés 00123, 00170, 00176, 00251, 00291, 00435, 00469, 00530, 00542, 00559, 00575, 00617, 00639, 00648, 00707, 00753, 00799, 00973, 00975, 03019, 03026, 03028, 03029, 03039, 03040, 03041, 03042, 03043, 03044, 03045, 03046, 03120, 03122, 03123, 03124, 03125, 03133, 05022, 05023, 05025, 05027, 05029, 05057, 05060, 05067, 05077, 05080, 05081, 05083, 05090, 05140, 05141, 05142, 05146, 05147, 05150, 05154, 05158, 05160, 05161, 05164, 05166, 05194, 05241, 05242, 05245, 05253, 05279, 05280, 05304, 05329, 05335, 05338, 05339, 05350, 05353, 05362, 05363, 05364, 05374, 05379, 05384, 05385, 05386, 05389, 05396, 05405, 05412, 05418, 05421, 05423, 05426, 05428, 05429, 05434, 05436, 05437, 05450, 05452, 05467, 05470, 05473, 05474, 05475, 05478, 05480, 05485, 06101, 06113, 06114, 06115, 06141, 06199, 06311, 06312, 06331, 06332, 06334, 06335, 06336, 06340, 06357, 06374, 06383, 09351, 09352, 09353, 09360, 09362, 09363, 09419, 09422, 09423, 09436, 09439, 09444, 09446, 09447, 09448, 09449, 09450, 09492, 09493, 09494, 09495 et 09496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

- 100** Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » 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.

Tous les services codés 00013, 00014, 00016, 00018, 09100, 09101, 09063, 09067, 09069, 09070, 09073, 09800, 09801, 09825, 09826, 09900, 09907, 09908, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09955 (fin : 2016-01-31), 09970, 09971, 09975 (fin : 2016-01-31), 09818, 15234, 15265, 15266 et 15967.

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôle 1, 2 et 3 seulement.

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS) - ANN III

ANNEXE III

- + **Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'article 7.04 de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

*EP - CLSC PERSONNES ITINÉRANTES MTL***ENTENTE PARTICULIÈRE****AYANT POUR OBJET LE CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) CENTRE-VILLE ET LES SERVICES DISPENSÉS AUX PERSONNES ITINÉRANTES DE MONTRÉAL****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui, étant détenteur d'une nomination à cette fin du CLSC Centre-Ville, assure la dispensation de services professionnels dans les organismes communautaires participant au programme conjoint ministère de la Santé et des Services sociaux-Ville de Montréal à l'intention des personnes itinérantes de Montréal.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, telle qu'amendée subséquemment, s'applique au médecin qui dispense des services professionnels visés aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 POINT DE SERVICE ET PROGRAMME

3.01 Les locaux qu'occupent les organismes participant au programme conjoint constituent, aux fins de la présente entente particulière, des points de service du CLSC Centre-Ville;

3.02 Toujours aux mêmes fins, les services professionnels dispensés à ces endroits par un médecin font partie des programmes de santé de cet établissement.

4.00 RÉMUNÉRATION

4.01 Le médecin qui dispense des services médicaux dans le cadre de la présente entente particulière est, pour le temps qu'il consacre à ses activités professionnelles, rémunéré selon le mode de la vacation;

4.02 Toutefois, ce mode de rémunération ne s'applique pas au médecin qui, dans l'établissement visé aux présentes, est déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes et participe, pendant sa période régulière d'activité professionnelle, à la dispensation des services professionnels visés à la présente entente particulière;

4.03 Le nombre d'heures allouées par le ministre pour la dispensation de services professionnels dans le cadre de la présente entente particulière est d'au maximum quarante-cinq (45) par semaine;

4.04 Les rémunérations visées au présent article couvrent l'ensemble de l'activité professionnelle des médecins, à savoir :

- a) la dispensation de services médicaux;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire ou à des activités d'encadrement, et qui sont reliées à la dispensation de services médicaux aux personnes itinérantes de Montréal;

- c) les tâches d'administration, de coordination et de planification que requiert la dispensation des soins médicaux visés aux présentes.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **030015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **030030** Services cliniques
- **030032** Rencontres multidisciplinaires
- **030038** Coordination
- **030043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **030055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)
- **030098** Services de santé durant le délai de carence

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

5.00 GARDE

5.01 En dehors de l'horaire prévu pour fins de dispensation de services médicaux, les médecins n'assurent, au bénéfice des organismes communautaires, aucun service de garde, sur place ou en disponibilité.

6.00 EXONÉRATION

6.01 Le médecin dont la nomination a pour objet exclusif, dans l'établissement visé aux présentes, la dispensation de services professionnels selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter, dans le CLSC visé, une activité professionnelle autre que celles visées aux présentes;

6.02 Le paragraphe précédent ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement concerné, lorsque ces activités se rapportent aux services visés aux présentes.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière ayant pour objet le Centre local de services communautaires (CLSC) Centre-Ville et le dispensaire médical de la maison Dernier Recours de Montréal. Elle prend effet à la date de sa signature et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette entente particulière est abrogée par l'Amendement n° 157.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de juin 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - RÉMUNÉRATION DANS OU AUPRÈS D'UN CLSC

ENTENTE PARTICULIÈRE

+ RELATIVE AUX MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UNE INSTALLATION D'UN ÉTABLISSEMENT DANS LE CADRE DE LA MISSION DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions applicables au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- + **2.01** L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Le médecin qui exerce sa profession dans l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus est rémunéré de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération, soit à l'acte;

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Si le médecin choisit le mode de rémunération à l'acte et qu'il participe à la garde dans un CLSC du réseau de garde intégré, l'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

À la section Rémunération majorée en région désignée, l'établissement doit cocher la case OUI pour confirmer la participation à la garde.

3.02 Malgré le paragraphe précédent, le médecin qui opte pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur recommandation du chef du service médical ou du médecin responsable et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous, dans le cadre du service d'urgence d'un centre local de services communautaires du réseau de garde ou dans le cadre du programme de maintien à domicile. **Le médecin peut aussi opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.**

AVIS : *L'établissement doit préciser le mode de rémunération à l'acte sur l'avis de service si le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes choisit le mode de l'acte lorsqu'il effectue une ou des activités ci-haut mentionnées. L'établissement doit également cocher tous les jours ou samedi, dimanche et jours fériés, s'il s'agit du service d'urgence ou de services médicaux sans rendez-vous.*

3.02.1 Le médecin visé au paragraphe 3.02 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef de département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.);

3.02.2 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 3.02.1, inclut tous les services médicaux alors dispensés;

3.02.3 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 3.02.1 et 3.02.2, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie*, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes;

3.02.4 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux sous-paragraphes précédents :

- a) s'il détient cette nomination au 1^{er} février 2002;
- b) si le programme d'I.V.G. n'était pas offert par l'établissement au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

- + **3.03** Exceptionnellement, le médecin qui détient un avis de service rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire peut choisir, en cours de nomination, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous ou dans le cadre du service d'urgence de l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus du réseau de garde.

Le présent paragraphe ne reçoit application que si, à la date de la nomination ou du renouvellement de nomination en cours :

- a) l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous, ou
- b) l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous les samedi, dimanche, jours fériés ou pendant une période située au-delà de 18 h.

3.04 Une option de rémunération à l'acte au sens du présent article peut, selon ce qu'atteste l'avis de service, permettre la rémunération à l'acte tous les jours de la semaine ou limiter celle-ci uniquement aux samedi, dimanche et jours fériés.

- + **3.05** Une prime de responsabilité est payée au médecin qui, dans le cadre de la nomination à honoraires fixes ou à tarif horaire qu'il détient de l'établissement pour ses activités en CLSC, dispense des services dans un centre de détention. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services dispensés dans le centre de détention. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente Entente particulière en CLSC, cocher la case Centre de détention et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

AVIS : *Utiliser le code d'activité 088030 (services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination d'un médecin dans un CLSC).*

Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité 088030 et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

- + **3.06** Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, reçoit un forfait horaire pour sa participation aux activités professionnelles liées à ce programme.

Le forfait horaire rémunère le temps qu'il consacre aux services de première ligne concernant le programme d'itinérance ou de toxicomanie comprenant les activités médicales et les activités cliniques qui y sont reliées, les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ou du milieu légal ainsi que les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Ce forfait est de 22 \$ à compter du 1^{er} novembre 2015. Le forfait horaire s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus. Le forfait est versé au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;
- préciser le programme choisi (Itinérance ou toxicomanie);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS : *Utiliser le code d'activité **263XXX** pour les services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie et le code d'activité **264XXX** pour les services rendus dans le cadre du programme d'itinérance aux fins du versement du forfait horaire. Ce forfait est calculé par la Régie à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et versé le mois suivant la fin d'un trimestre.*

*En tenant compte du programme dans lequel vous exercez, les heures retenues sont celles facturées avec les codes d'activité **263XXX** ou **264XXX** et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours d'un trimestre donné.*

Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).*

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- **002XXX**
- **263XXX**
- **264XXX**

Avec les **emplois de temps** suivants :

- **XXX030** Services cliniques
- **XXX031** Étude de dossiers
- **XXX055** Communications (rencontre avec les proches)
- **XXX079** Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)
- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

Le code d'activité suivant est permis uniquement **en CLSC** :

- **088030** Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Le code d'activité suivant est permis uniquement dans le cadre du **programme Antipoison** :

- **089030** Services cliniques

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PRESCRITES

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants en remplaçant les **X** par les chiffres appropriés, selon la situation :

Dans un CLSC = **002XXX**

Dans le programme Toxicomanie = **263XXX**

Dans le programme Itinérance = **264XXX**

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C

- **XXX030** Services cliniques *

- **XXX031** Étude de dossiers

- **XXX032** Rencontres multidisciplinaires

- **XXX037** Planification – Programmation – Évaluation

- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières

- **XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

- **XXX063** Garde sur place

- **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)

- **XXX079** Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)

- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Programme Centre de détention :

- **088030** Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre antipoison :

- **089030** Services cliniques

- **089067** Expertise conseil, information et coordination

* Pour la facturation des services cliniques effectués dans un GMF ou dans une clinique réseau, se référer aux ententes particulières concernées pour connaître le code d'activité à utiliser.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, se référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

- + **4.01** Un programme spécifique sous la responsabilité d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus peut être couvert par les modalités de rémunération prévues à la présente entente. Toutefois, l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, le programme spécifique, la banque d'heures annuelle allouée à ce programme ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières de rémunération, doivent être convenus par accord des parties et inscrits à l'annexe de la présente entente.

AVIS : 1- Pour le programme Centre anti-poison, utiliser les codes d'activité suivants :

- **089030** Services cliniques ou

- **089067** Expertise conseil, information et coordination

2- La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'Entente.

AVIS : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière.

S

+ **7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE**

+ **7.01** La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

ENTENTE PARTICULIÈRE

- + **AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EFFECTUÉE, POUR LE COMPTE D'UN ÉTABLISSEMENT, DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE DE PERSONNES EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT**

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), la présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

- + **1.01** Cette entente particulière a principalement pour objet de déterminer les modalités de rémunération de l'activité professionnelle que le médecin exerce, pour le compte d'un établissement, dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire des besoins des personnes en attente d'hébergement et des services que celles-ci requièrent;
- 1.02** Cette évaluation multidisciplinaire intervient postérieurement à l'examen d'évaluation médicale du patient en perte d'autonomie effectuée par le médecin traitant.

2.00 Rémunération

2.01 L'activité professionnelle visée aux présentes est rémunérée selon le mode du tarif horaire;

AVIS : *Utiliser les codes d'activité :*

- **050032** *Rencontres multidisciplinaires*
- **050043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

2.02 Le médecin qui est déjà détenteur, pour le compte d'un établissement, d'une nomination à honoraires fixes est, en rémunération de l'activité professionnelle visée par la présente entente, selon l'option qu'il exerce, rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire. Une option au sens du présent paragraphe vaut pendant toute la durée du mandat du médecin;

2.03 Cette entente tient lieu des nomination et autorisation permettant à un médecin d'être rémunéré;

- # **AVIS :** *Pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, l'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) en version papier sur lequel il doit :*
- *sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Évaluation multidisciplinaire;*
 - *inscrire la période couverte par l'avis de service.*

2.04 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

3.00 Présomption

3.01 Aux fins de l'application des modalités relatives à la rémunération différente ainsi qu'aux fins de la mise en oeuvre de l'entente relative aux activités médicales particulières, la dispensation des services professionnels visés aux présentes est réputée avoir été effectuée en centre d'hébergement et de soins de longue durée;

3.02 Lorsque l'évaluation multidisciplinaire visée aux présentes est effectuée dans un lieu de pratique différent du principal lieu de pratique du médecin et que cette circonstance a pour effet d'affecter à la baisse la rémunération prévue par l'Entente pour l'évaluation multidisciplinaire en cause, peu importe que ce soit en regard de la rémunération de base ou de celle différente (115 %) prévues par l'Entente, cette évaluation est, aux fins de l'application des modalités relatives à la rémunération différente, réputée avoir été effectuée sur le territoire où est situé le principal lieu de pratique du médecin.

AVIS : *Inscrire « A » dans la case C.S. et dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le numéro de la localité du lieu de pratique, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45) ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.*

4.00 Banque annuelle

- + **4.01** Pour la rémunération des services professionnels visés aux présentes, chaque établissement se voit octroyer, annuellement, une banque d'heures. Le nombre d'heures apparaissant à cette banque est maximal;

4.02 Le nombre d'heures d'une banque est déterminé en fonction de la quantité de dossiers à évaluer et du temps requis à cette fin, selon les normes définies par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces normes ont pour objet de permettre une détermination adéquate du nombre d'heures d'une banque. Elles sont établies après consultation auprès de la Fédération.

- + **4.03** Pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année, le nombre d'heures alloué à chaque établissement est celui apparaissant en annexe I de la présente entente particulière.

5.00 Répartition

- + **5.01** La répartition adéquate entre les médecins d'une banque d'heures ainsi que la détermination des obligations qui en découlent relèvent de l'autorité de chaque établissement concerné.

6.00 Facturation

6.01 Tout relevé d'honoraires relatif à une activité professionnelle visée aux présentes est complété selon la procédure habituelle.

AVIS : *Le numéro attribué au CISSS ou au CIUSSS concerné ou au CRSSS de la Baie-James doit être inscrit dans la case NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT.*

7.00 Révision

- + **7.01** Toute banque d'heures doit être réévaluée, annuellement, à partir des données fournies par chaque établissement concerné, dont le nombre de dossiers;

7.02 Une banque d'heures peut, pour cause, être réévaluée en cours d'année;

7.03 Une banque d'heures qui fait l'objet d'une réévaluation en vertu du paragraphe 7.01 demeure en vigueur au-delà de la période annuelle pour laquelle elle a été octroyée, et ce jusqu'à ce que la réévaluation en cause ait été complétée;

7.04 Le rajustement d'une banque d'heures est effectué par les parties sur recommandation du comité paritaire. À cette fin, les parties procèdent par accord conclu selon le paragraphe 17.07 de l'Entente.

8.00 Entrée en vigueur

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente du 8 septembre 1994. Elle prend effet le 1^{er} janvier 1997 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^e jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - PLANNING-SEXUALITÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE

- + **RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI, DANS UNE INSTALLATION DÉSIGNÉE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS EXPLOITÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ, DISPENSE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EN « PLANNING-SEXUALITÉ »**

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une installation désignée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation inscrite à l'annexe I des présentes, dispense des activités professionnelles dans ou auprès d'un département ou service de qui relève le programme de « planning-sexualité ».
- + **1.02** L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'installation, comprend également la description du programme, du département ou service de qui il relève, régis par la présente entente particulière.
- + **1.03** Pour les fins des présentes, l'inscription de l'installation à l'annexe implique qu'une équipe multidisciplinaire participe aux activités du programme visé.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins en « planning-sexualité »;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation en « planning-sexualité » et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient;

AVIS: *Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **052030** *Services cliniques*
- **052032** *Rencontres multidisciplinaires*
- **052043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- **052055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- **052098** *Services de santé durant le délai de carence*

3.02 Par extension, la rémunération prévue au présent article couvre également la dispensation de soins inclus dans le programme que le médecin est, pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes, appelé à dispenser ailleurs dans le centre, à l'extérieur du département ou service visés aux présentes.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Exceptionnellement et malgré le paragraphe 4.01, le médecin qui n'effectue que des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) peut être rémunéré à l'acte pour ce service médical. L'établissement informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de ces cas d'exception.

4.03 Le médecin visé au paragraphe 4.01 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef du département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.);

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Planning sexualité;
- cocher la case I.V.G. (acte);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.04 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 4.03, inclut tous les services médicaux alors dispensés;

4.05 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 4.03 et 4.04, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie*, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes;

4.06 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux paragraphes précédents:

- a) s'il détient cette nomination au 1^{er} février 2002;
- + b) si le programme d'I.V.G. n'était pas offert par l'installation au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

- + **5.01** Le nombre d'heures qui est alloué, sur base annuelle, à une installation, pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminé par le chef du département de médecine générale après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions prévues à l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **8.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.
- + **8.02** Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement visé, ainsi que par la majorité des médecins qui exercent, dans une installation de cet établissement, leur profession dans ou auprès du département ou service. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

8.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

- + **8.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

8.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PLANNING-SEXUALITÉ

ANNEXE I

- + **Liste des installations visées à l'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une installation désignée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dispense des activités professionnelles en planning-sexualité.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

EP - CHIBOUGAMAU

ENTENTE PARTICULIÈRE**AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION POUR LE COMPTE DU CENTRE DE SANTÉ CHIBOUGAMAU****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- + **2.01** L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession au Centre de santé Chibougamau, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **002079** Services anesthésiques et obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

3.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire

ou

pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

Lorsque le médecin opte pour l'application de cette entente particulière, il ne peut partager la garde qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

- # **AVIS :** L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Centre de santé Chibougamau;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

3.02 Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode prévu à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS: - Utiliser le code d'activité **002147** (Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).
- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

AVIS: Utiliser le code d'activité **002081**.

4.01 La garde en disponibilité auprès du Centre de santé visé aux présentes est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable.

4.02 Pour être rémunérée selon l'article 4.01, une garde en disponibilité doit se situer, les samedi, dimanche et jours fériés, entre 8 h et 20 h, ainsi que tous les jours de la semaine, entre 20 h et 8 h.

4.03 La rémunération prévue pour la garde en disponibilité visée par la présente entente particulière n'est payable pour une même période de garde, qu'à un seul médecin dans chacun des deux secteurs suivants :

- a) pour les services aux patients admis, incluant les transferts inter-établissements;
- b) pour les services d'obstétrique.

5.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

5.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux horaire normal applicable » signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale.

5.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

6.00 DÉPANNAGE

- + **6.01** Le Centre de santé Chibougamau peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les modalités de désignation du médecin sont celles prévues au même article, les autres modalités applicables étant celles prévues ci-après.
- + **6.02** Sous réserve du paragraphe 6.04 un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès du Centre de santé Chibougamau est rémunéré :
 - a) soit selon un *per diem* auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu à l'article 4.00;

- b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au *per diem*, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire.

AVIS: Utiliser les codes d'activité suivants :

- **009030** Services cliniques
- **009063** Garde sur place
- **009081** Garde en disponibilité

Identifier le mode de rémunération, comme suit :

PD (per diem) :

- **009030** pour 9 heures d'activités sur place (équivalent à 14 heures d'activités).

TH (tarif horaire) :

- **009030** lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au *per diem*, soit moins de 9 heures ou plus de 9 heures. Toutefois, pour plus de 9 heures d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération. Si le mode de rémunération est PD, inscrire 9 heures dans la case heures travaillées.
- **009063** aucune particularité
- **009081** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en PD

6.03 La rémunération selon le *per diem* couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

Le taux de base du *per diem* est de 1 024 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 1 067 \$ au 1^{er} juin 2013.

- + **6.04** Malgré le paragraphe précédent, le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire au service d'urgence du Centre de santé Chibougamau est rémunéré selon les modalités prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

6.05 Lorsque le médecin se prévaut des dispositions relatives au dépannage prévues à la présente entente, il ne peut, pour une journée rémunérée selon ces dispositions, recevoir toute autre rémunération de la Régie.

6.06 Sous réserve du paragraphe 5.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV de l'entente générale ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

6.07 Les frais de déplacement, de séjour ainsi que la compensation pour le temps de déplacement sont sujets à l'application de l'article 30.00 de l'entente générale.

AVIS: Vous trouverez les instructions de facturation dans la Brochure n° 2, onglet Vacation - Tarif horaire - Per diem, section 2.1.2, partie 10.

6.08 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 a) de l'entente générale.

6.09 Aux fins de l'application des dispositions des articles 4.00 et 5.00 de l'annexe XX, le *per diem* est divisible en heures.

AVIS: Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

Si vous avez à utiliser un secteur de dispensation, vous devez répartir vos heures effectuées (*per diem* divisible en heures) avec ou sans secteur de dispensation.

Exemple : Facturation un jour ouvrable pour la période de 15 h à 24 h :

Plage PM : 5 heures

Plage soir : 4 heures avec secteur de dispensation **32**

7.00 MESURES DÉROGATOIRES

7.01 L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée continue de s'appliquer malgré les dispositions de la présente entente particulière.

8.00 DISPOSITIONS DIVERSES

8.01 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'Entente, une rémunération versée en vertu de l'article 6.00 de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 25 avril 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière du 1^{er} octobre 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - SANTÉ PUBLIQUE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce en santé publique sous la responsabilité du directeur régional de santé publique de l'établissement responsable de la région ou, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, de l'établissement désigné par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après établissement responsable), du directeur de la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ou du président-directeur général de l'Institut national de la santé publique (ci-après directeur de l'INSPQ).

La rémunération des services en santé et sécurité du travail dispensés dans le cadre du programme contractuel en santé et sécurité du travail n'est pas visée par la présente entente particulière;

AVIS : Pour les codes d'activité des services en santé et sécurité au travail, vous référer à votre brochure n° 2, onglet Rédaction de la demande de paiement, section 1.6.1 ou 2.6.1, partie générale.

- + **1.02** L'annexe I ci-jointe fait état des banques d'heures allouées, sur une base annuelle, à l'ensemble des établissements responsables pour leur direction de santé publique, à la Direction générale de la santé publique ainsi qu'à l'INSPQ.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 Les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

AVIS : Inscrire **obligatoirement** une des natures de service et un des emplois de temps pour composer le code d'activité à six chiffres.

- L'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle;

AVIS : Utiliser l'emploi de temps **XXX067**.

- La planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention;

AVIS : Utiliser l'emploi de temps **XXX037**.

- L'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population;

AVIS : Utiliser l'emploi de temps **XXX047**.

- Le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention;

AVIS : Utiliser l'emploi de temps **XXX032**.

- La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique;

- En situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible;

AVIS: Utiliser l'emploi de temps **XXX148**.

- Les activités liées au programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

AVIS: Utiliser l'emploi de temps **XXX025**.

AVIS : Vous pouvez également utiliser les emplois de temps suivants :

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **XXX030** Services cliniques
- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **XXX088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

Ces activités professionnelles sont rattachées aux secteurs d'activités suivants :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;

AVIS: Utiliser la nature de service **115XXX**.

- Les habitudes de vie et les maladies chroniques;

AVIS: Utiliser la nature de service **195XXX**.

- Les traumatismes non intentionnels;

AVIS: Utiliser la nature de service **145XXX**.

- Les maladies infectieuses;

AVIS: Utiliser la nature de service **155XXX**.

- La santé environnementale;

AVIS: Utiliser la nature de service **165XXX**.

- La santé en milieu de travail;

AVIS: Utiliser la nature de service **175XXX**.

- Autres secteurs d'activités.

AVIS: Utiliser la nature de service **185XXX**.

AVIS : Prendre note que la nature de service **005** est abolie depuis le 30 avril 2009 et que les natures de service **125 et 135** sont abolies au 31 août 2009. Depuis le 1^{er} avril 2009, vous devez utiliser les natures de service ci-dessus selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités.

3.02 Sauf s'il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, les activités rémunérées sont réputées, aux fins des présentes dispositions, ne pas inclure les services médicaux qui sont habituellement fournis par un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un centre local de services communautaires;

3.03 Il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée aux fins de l'application du paragraphe précédent lorsqu'une situation est déclarée telle par le Ministre, le directeur général de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

- + Direction régionale de santé publique : domaines de garde visés
- + **4.01** Malgré les dispositions du paragraphe 5.00 ci-dessous, un supplément de garde en disponibilité est payé, par jour, au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS : Pour les suppléments de garde en disponibilité, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42076** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42077** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
 - le code **42078** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42079** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de la direction régionale de santé publique concernée dans la section Établissement :

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement
Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400
Région 02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	94401
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402
Région 04	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94403
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412
Région 10	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	94109
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414
Région 13	CISSS de Laval	94415
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416
Région 15	CISSS des Laurentides	94417
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418
Région 17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	94179
Région 18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	94183

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

+ *Direction générale de santé publique : domaine de garde visé*

Un tel supplément de garde est également payable, par jour visé, au médecin qui est assigné à une garde provinciale en maladies infectieuses, pour la direction générale de santé publique (DGSP). Cette garde est rémunérée à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi et entre 8 h et 18 h un jour férié.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42078** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectué à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi;
 - le code **42079** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectué entre 8 h et 18 h un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro d'établissement de la Direction générale de santé publique (94509).

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

+ *Institut national de santé publique du Québec : domaine de garde visé*

Un tel supplément de garde est payable également au médecin qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale pour le compte de l'INSPQ. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et un jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42076** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectué entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42077** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectué entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro d'établissement de l'Institut national de santé publique du Québec (94559).

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

+ *Modalités spécifiques de rémunération*

Le supplément de garde en disponibilité est de 166,46 \$ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et 118,90 \$ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.

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

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, pour la direction générale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde pour la garde provinciale en santé environnementale est payable, par jour, pour l'INSPQ en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

+ *Autres modalités*

Malgré les alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe, d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le ministre, le directeur général de santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité par jour en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle sera rémunérée selon les modalités qui précèdent pour la période déterminée par les parties.

4.02 Le médecin appelé à se déplacer ou à rendre sur place des services pendant une période de garde en disponibilité est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période selon le paragraphe 5.01 ci-dessous.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente (30) minutes consécutives.

AVIS : *Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place ou qui ne requièrent pas un déplacement pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où il détient une nomination en santé publique.*

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de la santé publique, telle que visée par la présente entente, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération;

- + **5.02** Pour être rémunéré selon la présente entente, le médecin doit détenir une nomination de l'établissement responsable. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination;

- # **AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Santé publique;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

S

- + **5.03** Malgré le paragraphe 5.02 en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans l'établissement responsable, une lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique de l'agence et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une agence pour moins de 300 heures par année;

AVIS : *Transmettre à la Régie, par le biais d'une lettre, l'identité du médecin, la période visée, ainsi que le nombre d'heures d'activité hebdomadaire en précisant qu'il s'agit de l'article 5.04 de l'Entente particulière relative à la santé publique et annexer la lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique et le médecin.*

- + **5.04** Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'une installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas;
- + **5.05** La répartition entre les médecins des banques d'heures allouées, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour l'établissement responsable, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement responsable, par le directeur général de la santé publique ou par le directeur de l'INSPQ;

- + **5.06** Le directeur de l'INSPQ et le directeur général de la santé publique font parvenir à la Régie les avis de services des médecins visés par la présente entente particulière. Quant aux médecins des établissements responsables, les établissements auxquels ils sont rattachés envoient les avis de services avec l'autorisation du directeur régional de la santé publique;
- + **5.07** Les dispositions des annexes VI et XIV relatives à la rémunération de la garde sur place ne s'appliquent pas au médecin visé par la présente entente particulière.
- + **5.08** Sur demande de l'établissement responsable et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination, rendre une partie des services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement. La majoration applicable en vertu de l'annexe XII est alors fonction du lieu effectif de dispensation des services.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes un médecin à honoraires fixes et la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes un médecin à tarif horaire.*

Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement duquel vous détenez une nomination, inscrire un « A » dans la case considération spéciale et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de la localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation sur votre demande de paiement.

- + **5.09** Les modalités de rémunération spécifiques à la santé publique sont les suivantes :
- + **5.09.01** À compter du 1^{er} avril 2008, une prime horaire de soutien aux services de première ligne est versée. Cette prime est de 2,40 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 2,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2013 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente entente. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. La prime horaire de soutien aux services de première ligne cesse d'être versée au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.
- + **5.09.02** À compter du 1^{er} avril 2009, un forfait de santé publique est accordé. Le montant de ce forfait est de 21,75 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 22,65 \$ par heure au 1^{er} juin 2013. Ce forfait de santé publique est accordé aux conditions suivantes :

AVIS : *Pour facturer le forfait de santé publique, sur la Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date qui doit se situer à l'intérieur de la période pour laquelle le forfait est attribué et le code d'acte **19930** dans la section Actes;
- le nombre d'heures effectuées dans la case UNITÉS;
- le lieu de la facturation correspondant au numéro du centre intégré, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement (**94XXX**) responsable de votre nomination en santé publique dans la section Établissement;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

AVIS : *Le forfait de santé publique (**19930**) n'est pas payable pour les professionnels qui font le choix du mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII en santé publique.*

- + i) Le forfait de santé publique est défini comme toute forme d'interventions auprès des centres et installations du ou des établissements de la région, des cabinets privés ou d'autres organismes pertinents, en lien avec le Programme national de santé publique ou avec le Plan d'action régional de santé publique et visant, notamment, l'intégration des pratiques cliniques préventives;
- ii) le comité paritaire FMOQ-MSSS attribue, selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits de santé publique allouée annuellement à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ ainsi qu'à la direction générale de santé publique;
- + iii) La répartition entre les médecins d'une direction régionale de santé publique, de l'INSPQ ou de la direction générale de la santé publique est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour l'établissement responsable, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement responsable, par le directeur de l'INSPQ ou par le directeur général de la santé publique.

Le forfait de santé publique cesse d'être versé au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.

AVIS : *L'annexe III à la présente entente particulière fait état des forfaits alloués à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ et à la Direction générale de santé publique.*

- + **5.09.03** Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables, et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin. Les majorations sont les suivantes :

- i) pour les services dispensés de 20 h à 8 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi et de 0 h à 8 h les vendredi, samedi et dimanche, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire bénéficie d'une majoration de 13 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 16,64 %;
- ii) pour les services dispensés de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'une journée fériée, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire bénéficie d'une majoration de 23 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 29,44 %;
- iii) pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée, le médecin rémunéré selon le mode à tarif horaire bénéficie d'une majoration de 23 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 29,44 %;

Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'Institut national de la santé publique ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin.

AVIS : Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

- Pour les congés fériés, voir l'AVIS sous le paragraphe 15.05 de l'Entente ainsi que le tableau à la dernière page du préambule général du Manuel de facturation;
- Pour demander la majoration :
 - Inscrire la nature de service **155** ou **165**;
 - Inscrire l'emploi de temps correspondant :
 - XXX030** Services cliniques
 - XXX032** Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
 - XXX067** Expertise professionnelle
 - XXX148** Services cliniques (situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémies)
- Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément (numéro de référence) de celles n'y donnant pas droit;
- **Utiliser une seule plage horaire** à la fois par ligne;
- Facturer les codes d'activité et demander dans la même journée, la garde en disponibilité selon le mode de l'acte (demande de paiement 1200) avec l'un des codes suivants : **42076, 42077, 42078 et 42079**;
- Les heures majorées devront être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et la journée.

Journées concernées	Heures concernées	Secteur dispensation
Services rendus selon le sous-paragraphe 5.10.03		
Tous les jours de la semaine	0 h à 8 h	45
Samedi, dimanche ou jour férié	8 h à 24 h	44
Lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	20 h à 24 h	43

6.00 BANQUE ANNUELLE

- + **6.01** Après consultation des établissements responsables et de l'INSPQ, les parties déterminent la banque totale d'heures allouée, sur une base annuelle débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour la rémunération des activités professionnelles prévues dans le cadre de la présente entente. Ce nombre d'heures apparaît à l'annexe I des présentes;
- + **6.02** Sur recommandation des établissements responsables pour leur direction de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, le Ministre détermine la répartition de la banque d'heures totale et en informe les directions de santé publique, l'INSPQ, la Fédération et la Régie. Le détail de cette répartition apparaît, à titre informatif, à l'annexe II des présentes;

- + **6.03** Le suivi de la banque d'heures totale ainsi que de celle allouée à la Direction générale de la santé publique est assuré par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. En cas de dépassement d'une ou de l'autre, le comité paritaire demande à la Direction générale de la santé publique de lui présenter un plan de redressement comportant toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi que le calendrier de résorption.

Si la Direction générale de la santé publique ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences du comité paritaire, ce dernier avise la Régie et la Direction générale que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant, toute nouvelle lettre d'engagement, dans un établissement responsable, à l'INSPQ ou à la Direction générale de la santé publique, doit recevoir son approbation;

- + **6.04** La Direction générale de la santé publique est responsable du suivi de chacune des banques d'heures accordées aux établissements responsables ainsi qu'à l'INSPQ.

Même si la banque d'heures totale est respectée, la Direction générale de la santé publique doit exiger, en cas de dépassement récurrent de la banque d'heures allouée à un établissement responsable ou à l'INSPQ, constaté pendant une année d'application donnée, qu'il soit résorbé pendant l'année d'application qui suit celle-ci. Un plan de redressement de l'établissement responsable en cause ou de l'INSPQ doit alors être soumis à la Direction générale de la santé publique dès le début de l'année qui suit celle où un dépassement a été observé. Ce plan de redressement doit comporter toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi qu'au calendrier de résorption.

Si l'établissement responsable en cause ou l'INSPQ ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences de la Direction générale de la santé publique, cette dernière en informe le comité paritaire qui avise la Régie et la direction concernée que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant toute nouvelle lettre d'engagement, doit recevoir son approbation;

- + **6.05** Toute modification temporaire et non récurrente relative à la répartition de la banque d'heures totale qui n'a pas pour effet de provoquer son dépassement, peut être apportée par la Direction générale de la santé publique. La Direction générale de la santé publique doit consulter le comité paritaire prévu au paragraphe 6.03 des présentes ainsi que l'établissement ou les établissements responsables concernés. Pour ce faire elle doit alors préciser au comité paritaire l'établissement ou les établissements responsables concernés, le nombre d'heures en cause et l'utilisation qui en sera faite;

6.06 Toute modification qui a pour effet d'augmenter la banque d'heures totale doit faire l'objet d'un accord des parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente;

- + **6.07** Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe trimestriellement pour les trois premiers trimestres et mensuellement pour les trois derniers mois de l'année les parties négociantes ainsi que les directions concernées du suivi de la banque d'heures utilisées globalement pour les parties négociantes et par professionnel pour les établissements responsables, l'INSPQ et la Direction générale de la santé publique.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 29 septembre 1997. Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^e jour de novembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - CHEF DE DÉPARTEMENT (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN
CHEF DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE D'UN ÉTABLISSEMENT
EXPLOITANT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)**

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale et, le cas échéant, de celui qui l'assiste, d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui, dans le cadre de cette mission, opère une ou des installations qui compte un service d'urgence;

1.02 La présente entente particulière vise également le médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale et, le cas échéant, le médecin qui l'assiste, d'un établissement qui a pour mission, entre autres, d'exploiter un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, et dont les conditions de rémunération pour les activités qu'il exerce auprès de cet établissement sont régies exclusivement par les dispositions relatives aux modes des honoraires fixes ou du tarif horaire.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives couvertes par la présente entente sont celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2);

3.02 Pour le médecin qui détient le poste de chef de département, est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à sa participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Sous réserve du paragraphe 4.02 de la présente entente, les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 64,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19064** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement **0XXX3** dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

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

*Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, **vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$** sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation **sur plus d'une journée** pour respecter cette limite.*

4.02 Pour le médecin visé au paragraphe 1.02, les activités prévues aux présentes sont rémunérées à tarif horaire.

AVIS : *Seul le professionnel dont les activités réalisées dans l'établissement sont rémunérées exclusivement à tarif horaire ou à honoraires fixes peut se prévaloir de la rémunération à tarif horaire pour ses activités de chef de département clinique de médecine générale ou d'assistant. Vous référer à l'avis administratif sous l'article 4.05 pour les instructions relatives à l'avis de service requis.*

Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités exercées par un médecin visé au paragraphe 1.02 des présentes.

Jusqu'à concurrence du nombre d'heures équivalant au nombre de forfaits alloués annuellement à l'établissement selon les modalités prévues au paragraphe ci-dessous, un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités prévues à la présente entente, autorisé au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02 lorsqu'il a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou au paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente. Ce dépassement tient compte de l'ensemble des heures d'activités visées par les présentes et effectuées par les médecins de l'établissement.

AVIS : Rémunération à tarif horaire : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et le code d'activité suivant :*

- **013043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

4.03 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le nombre de membres du département qui, sur base annuelle, reçoivent une rémunération supérieure à 5 000 \$ pour leurs activités hospitalières et selon les modalités suivantes :

Nombre de médecins	Forfaits annuels
Entre 1 et 24 médecins	321
Entre 25 et 74 médecins	428
Entre 75 et 99 médecins	536
Cent (100) médecins ou plus	643

AVIS :

Nombre de médecins	Forfaits annuels	Dépassement spécifique d'heures À partir du 1 ^{er} avril 2009 (0,71)
Entre 1 et 24 médecins	321	228
Entre 25 et 74 médecins	428	304
Entre 75 et 99 médecins	536	381
100 médecins ou plus	643	457

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et un service d'urgence, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

Les forfaits alloués se traduisent en heures rémunérées selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus en appliquant un facteur de conversion de un forfait pour 0,70 heures à compter du 1^{er} octobre 2008 et 0,71 heures à compter du 1^{er} avril 2009.

L'annexe I de la présente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

4.04 Dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale pour l'ensemble des installations, il se voit attribuer au moins 10 % du nombre de forfaits alloués à l'établissement.

Dans le cas où l'établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente mais qu'un médecin assume la fonction de chef du département de médecine générale dans chaque installation, chacun de ces médecins se voit attribuer 60 % du nombre de forfaits calculé pour l'installation conformément au paragraphe 4.03 de la présente entente.

4.05 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin. L'établissement remet au médecin copie de cet avis.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Chef de département clinique de médecine générale;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

L'établissement doit sélectionner le mode de rémunération à l'acte pour le chef de département et, le cas échéant, pour celui qui l'assiste, s'ils sont visés par le paragraphe 1.01 de la présente entente particulière. S'ils sont plutôt visés par le paragraphe 1.02, l'établissement doit sélectionner le mode du tarif horaire.

4.06 Au 1^{er} novembre de chaque année, les parties déterminent le nombre de forfaits alloués à l'établissement, pour l'année qui suit, pour la rémunération des activités prévues dans le cadre de la présente entente, sur la base des données sur la rémunération des médecins pour l'année finissant le 31 mai de l'année en cours.

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale du 1^{er} janvier 2000. Elle prend effet le 1^{er} juin 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - MALADE ADMIS - CHSGS

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION AUPRÈS DES MALADES ADMIS EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des patients admis en soins de courte durée sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG), et ce, dans une installation dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et qui opère un service d'urgence de première ligne;
 - + **1.02** À moins d'indication contraire et sous réserve du paragraphe 1.03, cette entente couvre tous les services dispensés par les médecins responsables de l'ensemble des services professionnels à dispenser dans l'installation auprès de patients admis en soins de courte durée. Elle peut couvrir également, avec l'autorisation du comité paritaire, une unité ou un service déjà couvert par une autre entente particulière. Dans ce cas, les modalités d'adhésion à cette dernière entente particulière devront être révisées pour exclure l'unité ou le service couvert par la présente entente;
 - 1.03** Cette entente ne peut couvrir les services dispensés aux patients inscrits au service d'urgence, à l'unité d'hébergement et de soins de longue durée y compris les lits de transition et à l'unité de soins psychiatriques. Peut également être exclue de l'application de la présente entente une unité de soins coronariens ou de soins intensifs avec l'autorisation du comité paritaire;
 - + **1.04** L'adhésion d'une installation à la présente entente doit obligatoirement couvrir, dans une proportion d'au moins 90 %, les services dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée et doit justifier, en fonction des dispositions des articles 6.00 et 8.00 des présentes, l'allocation d'au moins un forfait régulier quotidien pendant les jours de la semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi. Ce taux de 90 % ne comprend pas les lits relevant d'une unité ou d'un service exclus de la présente entente;
 - + **1.05** L'annexe I fait état de la liste des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente. Elle précise également les unités ou services exclus de l'application de cette entente, de même que le nombre de forfaits alloués quotidiennement à l'installation.
- # **AVIS :** La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;
- e) les gardes afférentes à ces activités, selon les modalités déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

4.00 FORMULES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.02 couvrent une période minimale de services dispensés sur place de huit (8) heures ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente. Celles prévues au paragraphe 4.03 couvrent une période minimale continue de services dispensés sur place de quatre (4) heures entre 8 h et 13 h ainsi que la garde en disponibilité afférente;

4.02 Sous réserve de l'article 5.00 des présentes, le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière est rémunéré selon l'option qui recueille l'accord de la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées.

Régime A :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 646,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 673,60 \$ au 1^{er} juin 2013. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 46,60 % à compter du 1^{er} avril 2009;

Régime B :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 406,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 423,40 \$ au 1^{er} juin 2013. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 77,80 % à compter du 1^{er} avril 2009;

AVIS : Pour la facturation du forfait (Régime A ou Régime B) utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09778** (forfait régulier - Régime A), ou **19018** (forfait régulier - Régime B) dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement spécifique 0XXX3;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

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

Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200), en y inscrivant :

- le modificateur **126** (Régime A) ou **151** (Régime B) ou un de leurs multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à 46,60 % (Régime A) ou à 77,80 % (Régime B) du tarif de base du service rendu ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu. Les multiples des modificateurs **126** et **151** sont les suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 - 126	270	0,2330
094 - 126	272	0,4660
094 - 151	294	0,7780

- + Les médecins visés au présent sous-paragraphe peuvent, selon décision majoritaire de ceux-ci et avec l'accord du comité paritaire visé au paragraphe 8.00 des présentes, choisir de remplacer l'option d'un des deux régimes de rémunération par l'autre. Le remplacement d'un régime par l'autre ne peut toutefois s'opérer qu'une fois l'an à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'installation à la présente entente particulière, et implique, de la part du comité paritaire une réévaluation du nombre de forfaits accordés à l'installation sur la base des données recueillies et des changements organisationnels intervenus;

4.03 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 de la présente entente, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait équivalent à la moitié du forfait s'appliquant au régime A ou au régime B tel qu'apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus.

AVIS : **1)** Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant, dans les cases appropriées, les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19007** (demi-forfait - Régime A) **ou** le code d'acte **19019** (demi-forfait - Régime B) dans la section Actes pour la facturation du demi-forfait;
- le code d'établissement approprié : 0XXX3;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- Ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

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

- 2)** Voir les AVIS sous les articles 4.02 (Régime A ou Régime B), 4.05.01, 4.05.02, 4.05.03, 4.09.01 et 4.11 de cette entente pour les services dispensés durant cette période.

4.04 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 ou, exceptionnellement, en raison d'une baisse ponctuelle du nombre de patients admis, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait aux conditions suivantes : il assure une présence continue de quatre (4) heures entre 8 h et 13 h et, du lundi au vendredi, un médecin d'une équipe assure une présence minimale à l'unité de soins de courte durée de huit (8) heures et se prévaut du forfait régulier pour cette même journée;

4.05 Malgré les paragraphes précédents, l'entente générale continue de s'appliquer pour la rémunération des services suivants :

4.05.01 les services reliés à un accouchement énumérés dans la partie « obstétrique » de l'annexe V et identifiés, aux fins de l'application du présent sous-paragraphe, par le comité paritaire. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste de ces actes;

AVIS: Les codes des actes d'obstétrique à 100 % sont les suivants : **06097, 06901, 06903, 06907, 06914, 06916, 06919, 06921, 06922, 06923, 06925, 06935, 06942, 06944, 06984, 06985, 06986, 06987, 06988, 06989, 06990, 06992, 09705 et 09776.**

4.05.02 les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité;

AVIS: Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

4.05.03 de façon exceptionnelle, et en dehors des journées pendant lesquelles le médecin reçoit une rémunération en vertu de la présente entente, les services dispensés à la demande d'un patient ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du centre hospitalier;

AVIS: Inscrire la lettre « N » dans la case C.S. (voir 4.2.7, Rédaction de la demande de paiement de votre manuel).

4.05.04 les services reliés à un transfert ambulancier inter établissement tel que prévu au sous-paragraphe 2.4.9 du préambule général de l'entente;

4.05.05 sur approbation du comité paritaire visé à l'article 8.00 des présentes, les services dispensés par un médecin ne faisant pas partie des équipes au sens du paragraphe 1.02 des présentes, détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique et dont les activités hospitalières se limitent à ce dernier type de pratique. Peut également être visé par le présent sous-paragraphe, le médecin dont la pratique est celle d'un spécialiste non certifié ou son équivalent, de même que le médecin détenteur d'un permis restrictif. Le comité paritaire en informe la Régie;

4.05.06 le forfait de congé en établissement d'un patient admis.

- 4.06** Le médecin qui, pour une journée, se prévaut des conditions de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 des présentes, est soumis, pour la journée en cause, aux restrictions suivantes :

- + **4.06.01** il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'installation à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont soumises à l'application du pourcentage apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi;

4.06.02 il est rémunéré pour les actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente au pourcentage du tarif apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi;

AVIS: Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'**urgence** auprès d'un **patient inscrit** doit facturer la consultation requise en utilisant le numéro d'établissement 0XXX7. Il doit également appliquer les modificateurs **126 (régime A)** ou **151 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.

AVIS: Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'**urgence** auprès d'un **patient admis** (en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée) doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant son secteur de provenance (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs **126 (régime A)** ou **151 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 A, si applicables.

AVIS: À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

- + **4.06.03** malgré les sous-paragraphe 4.05.01 et 4.05.02, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'installation en dehors de la période de 8 h à 16 h ou après 12 h dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait;
- + **4.06.04** en dehors de la période de 8 h à 17 h, le médecin peut exercer en cabinet ou dans une autre installation ou un autre établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière. Toutefois, le médecin qui se prévaut du demi-forfait prévu au paragraphe 4.03 des présentes peut exercer, en dehors de la période de 8 h à 13 h, dans un service ou une unité non visé par l'entente actuelle, dans une autre installation ou un autre établissement ou en cabinet;
- + **4.07** Tout médecin d'une installation adhérente à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'installation à la présente entente, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.

4.08 Il peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation ou de maintien à domicile d'un CLSC. Cette disposition vaut également pour les journées où le médecin se prévaut des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03. La rémunération prévue à cette entente relative à la garde en disponibilité n'est pas soumise à l'application des modificateurs apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;

4.09 Sous réserve des dispositions prévues à la présente entente, les conditions générales prévues à l'Entente s'appliquent, notamment les suivantes :

4.09.01 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, en ce qui concerne le forfait ainsi que les actes visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

AVIS: Pour la majoration de **23 %** du forfait **09778, 19007, 19018 ou 19019**, utiliser le modificateur **045**.
Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général, utiliser les modificateurs multiples suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
045 - 126	273	0,5731
045 - 151	295	0,9569
045 - 094 - 126	306	0,5731
045 - 094 - 151	312	0,9569

Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général effectués dans une unité de soins intensifs ou coronariens ainsi que les forfaits (**09997 et 08896**) Régime A de l'Entente particulière soins intensifs ou coronariens, utiliser le modificateur multiple suivant :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
069 - 126	648	0,6058

4.09.02 la rémunération prévue au présent article constitue une rémunération de base et est donc sujette à l'application du règlement sur la rémunération différente durant les premières années d'exercice ainsi que des dispositions de l'annexe XII de l'entente générale;

4.10 Un médecin qui, en situation de pénurie d'effectifs entraînant une réduction du nombre de médecins requis pour assumer la responsabilité, pour une journée, de la dispensation des services médicaux couverts par la présente entente, à la demande du chef de département de médecine générale, assume des tâches additionnelles à celles qui lui sont habituellement dévolues, bénéficie d'une majoration de 10 % du forfait quotidien. Le médecin ne peut se prévaloir de cette majoration que s'il se prévaut, pour cette journée, d'un forfait régulier et que lorsque la réduction en cause du nombre de médecins requis implique, au moins, un médecin qui aurait bénéficié du forfait régulier prévu au paragraphe 4.02;

AVIS : Pour la majoration de 10 % du forfait régulier **09778** ou **19018** selon le cas, utiliser le modificateur **145** ou ses multiples.

4.11 Le médecin visé par les dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 doit s'assurer que l'établissement transmet, à cet effet, un avis de service à la Régie.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Malade admis;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 DROITS ACQUIS

- + **5.01** Un médecin ne faisant pas partie des équipes visées au paragraphe 1.02 des présentes et dont le volume des activités effectuées auprès des malades admis en soins de courte durée est restreint et de faible importance peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, aux conditions édictées par le comité paritaire, choisir de maintenir le mode de l'acte s'il détenait une nomination à cet effet de l'établissement à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente;
- + **5.02** Un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son installation ou son établissement de cette entente particulière. Le maintien de son mode de rémunération n'est possible, cependant, que les journées pendant lesquelles il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés aux présentes. Il agit, alors, comme consultant auprès de l'unité ou du service antérieurement couvert par l'entente particulière dont l'installation ou l'établissement s'est retiré. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente;
- + **5.03** Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'installation en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale ou qui détient une nomination en vertu de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale, ou en vertu de toute autre entente particulière s'appliquant dans une unité ou service faisant l'objet d'une adhésion à la présente entente en vertu de son paragraphe 1.02 au moment de l'adhésion de l'installation à la présente entente et qui fait partie des médecins responsables des soins aux malades admis peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis du lundi au vendredi de chaque semaine. Les samedi et dimanche, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 de la présente entente, selon le cas.

AVIS : *L'installation doit mentionner sur l'avis de service transmis à la Régie, le paragraphe en vertu duquel le médecin s'est prévalu des droits acquis.*

Rémunération à honoraires fixes : *Utiliser les codes d'activité suivants :*

- **070015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **070030** Services cliniques
- **070032** Rencontres multidisciplinaires
- **070037** Planification – Programmation – Évaluation
- **070043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **070055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau de la justice)
- **070063** Garde sur place
- **070079** Services anesthésiques / obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)
- **070098** Services de santé durant le délai de carence
- **070132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'installation.

Les parties désignent, nommément, par accord, les médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 5.01, 5.02 et 5.03.

AVIS : *Voir les accords n^{os} 398 et 453.*

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire évalue le nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes et ce, aux fins d'allocation du nombre de forfaits quotidiens. Ce nombre de forfaits peut être différent pour les jours de la semaine et pour les jours de fin de semaine et jours fériés. Il peut, également, être rajusté pour tenir compte des variations saisonnières;

6.02 Un seul demi-forfait peut être alloué par journée d'application;

+ **6.03** Le nombre de forfaits alloué, quel que soit le régime choisi, est établi après analyse et évaluation du comité paritaire lequel se base notamment sur :

- la demande d'adhésion et des informations transmises par un établissement;
- des données de facturation de l'année qui précède la demande d'adhésion;
- du taux d'occupation des lits couverts par l'entente;
- du nombre annuel d'admissions dans les unités visées;
- de la durée de séjour;
- de l'organisation interne de l'installation.

6.04 Le nombre de forfaits autorisés est réparti par le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) entre les médecins;

6.05 En cas d'une diminution temporaire des activités régulières qui n'a pu être prise en considération par le comité paritaire lors de la détermination des forfaits quotidiens, le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) est responsable de rajuster à la baisse le nombre de forfaits requis pour la dispensation de l'ensemble des services visés. Si ces changements interviennent sur une base permanente, il doit en aviser le comité paritaire.

7.00 DÉPANNAGE

7.01 Le médecin qui, dans le cadre du mécanisme de dépannage, exerce auprès des unités couvertes par la présente entente est rémunéré selon les modalités qui y sont prévues relativement au forfait régulier et le forfait qu'il utilise quotidiennement est comptabilisé aux fins de l'article précédent.

AVIS : - Pour les modalités de facturation des codes **09778** (forfait régulier - Régime **A**) et **19018** (forfait régulier - Régime **B**), se référer aux paragraphes 4.02, 4.05.02 et 4.09.01.
- Tous les services doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200), y compris les examens, consultations et visites.

La présente disposition s'applique malgré le paragraphe 2.01 de l'annexe XVIII. Les autres dispositions de cette annexe ainsi que celles de l'article 30.00 de l'entente générale continuent de s'appliquer à ce médecin dépanneur.

AVIS : Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures (réf. : article 2.03 de l'Annexe XVIII), suivre l'Avis concernant le code **09778** (forfait régulier- Régime **A**) ou **19018** (forfait régulier- Régime **B**) (voir paragraphe 4.02), avec les modifications suivantes :

- inscrire les honoraires au prorata des heures effectuées;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS;
- inscrire, **de façon distincte**, les heures effectuées pour le service sur place ou en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale afin qu'il :

- + a) fasse des recommandations aux parties quant à la désignation des installations et des modalités d'application de la présente entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à la désignation de l'installation;
- b) détermine le nombre de forfaits sur la base du nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes;
- c) voit à la mise en œuvre de la présente entente particulière, en fasse le suivi et l'analyse;
- + d) évalue annuellement le nombre de forfaits alloués à une installation et le cas échéant, recommande aux parties les rajustements appropriés. Tout rajustement à la baisse du nombre de forfaits alloués ne peut toutefois prendre effet qu'après l'expiration d'une période de six (6) mois suivant la décision s'y rattachant;
- e) soumet aux parties le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 5.00.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

9.01 Une demande est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées. Elle est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

- + **9.02** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui de la majorité des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du 28 septembre 2000.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - MALADE ADMIS - CHSGS

ANNEXE 1

+ **Liste des installations visées à l'entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

+ *EP - PROJET HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET*

ENTENTE PARTICULIÈRE

+ **RELATIVE AU PROJET D'EXPÉRIMENTATION DE L'HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PAR UN MÉDECIN DE PRATIQUE PRIVÉE DE PATIENTS AYANT DES PROBLÈMES GRAVES ET PERSISTANTS DE SANTÉ MENTALE**

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans le cadre du projet d'expérimentation de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet visant la prise en charge de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale par un médecin exerçant en cabinet privé;

1.02 Les caractéristiques des patients visés par la présente entente apparaissent en annexe des présentes. Ils sont référés au médecin qui se prévaut des dispositions de cette entente selon des modalités élaborées par l'établissement avec le concours du département clinique de médecine générale (DCMG) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- + **3.01** La rémunération prévue à la présente entente couvre, de façon exclusive, les activités visées prévues dans le cadre de la présente entente, notamment :
- a) la dispensation des services médicaux requis par la prise en charge globale et continue du traitement du patient;
 - b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention du patient;
 - c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire avec l'équipe de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient visé par la présente entente;
 - d) les activités professionnelles reliées aux communications avec un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier ainsi qu'avec tout intervenant d'un organisme communautaire ou d'une autre installation du réseau de la santé et des services sociaux que l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet;
 - e) la participation du médecin au programme de formation élaboré et organisé par le CMDP, qui lui est offert par l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet dans la prise en charge du patient dans le cadre de la présente entente.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- 4.01** Le médecin qui prend en charge un patient visé aux présentes est rémunéré pour les services qu'il lui dispense :
- a) à l'acte, selon les modalités de l'entente générale, pour les services dispensés auprès du patient. L'examen à domicile d'un patient dont le médecin a charge en vertu de la présente est réputé répondre aux modalités prévues au paragraphe 2.2 6 A du préambule général de l'annexe V;
 - b) selon un forfait de 435,10 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 453,60 \$ au 1^{er} juin 2013 pour chacun des patients dont il prend en charge conformément aux modalités élaborées selon le paragraphe 1.02 de la présente entente. Ce forfait couvre une période de dispensation de services d'un an. Ce forfait est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.02 Les heures de formation prévues à l'alinéa e) du paragraphe 3.01 sont rémunérées jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par année, au taux du tarif horaire, selon les modalités de l'annexe XIV. Ces heures ne sont pas sujettes à l'application des modificateurs prévus à l'article 5.00 de ladite annexe mais sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

5.00 FACTURATION

5.01 Le forfait est facturé à deux reprises au cours d'une année dont une fois au début de la prise en charge du patient par le médecin, et une autre six (6) mois plus tard;

- + **5.02** La demande de paiement du forfait comprend l'identification du patient pour lequel le forfait est alloué. Elle doit être contresignée par le chef du DCMG, ou, en l'absence de ce dernier, par tout autre médecin habilité à le faire au nom de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet;

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'établissement;
- la date et le code d'acte **09006**;
- les honoraires de **226,80 \$**.

La demande de paiement doit être contresignée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

5.03 La demande de paiement relative aux heures de formation doit également être contresignée par l'une des personnes mentionnées au paragraphe 5.02 des présentes.

AVIS : *Veillez utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215), inscrire les renseignements pertinents et utiliser le code d'activité **071013** (formation).*

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire recommande aux parties, annuellement, le nombre de forfaits devant être alloué pour une année d'application. Les parties allouent ce nombre par accord.

7.00 RÉPARTITION

7.01 Le chef de département clinique de médecine générale, ou tout autre médecin qu'il désignera à cette fin, procède à la répartition des forfaits entre les médecins participant à la présente entente.

8.00 PARTICIPATION

- + **8.01** Le CISSS de l'Outaouais et le médecin doivent convenir d'une entente de services précisant les engagements de l'un et de l'autre. Le CISSS de l'Outaouais octroie une nomination spécifique au médecin pour ses activités en lien avec l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet sur la base de l'entente de service ainsi conclue;

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) en version **papier** sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CH Pierre-Janet;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

- + **8.02** Le modèle d'entente de services préparée par le CISSS de l'Outaouais doit être soumis pour approbation au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

9.00 COMITÉ PARITAIRE

9.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de :

- + a) faire des recommandations aux parties quant au nombre de forfaits annuels alloués à l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet dans le cadre de la présente entente;
- b) d'évaluer la mise en œuvre de la présente entente particulière, d'en faire le suivi et l'évaluation et de faire toute recommandation quant à la poursuite ou la terminaison de la présente entente.

10.00 ÉVALUATION

- + **10.01** Dans le but de permettre aux parties de faire l'évaluation des modalités de rémunération expérimentées dans le cadre de la présente entente et d'en permettre l'application éventuelle dans d'autres régions, l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet s'engage à fournir aux parties des données non nominatives requises :

- a) relativement aux caractéristiques des patients référés aux médecins exerçant en cabinet privé;
- b) relativement aux heures consacrées, en moyenne, par un médecin pour la dispensation de l'ensemble des services requis par la prise en charge d'un patient référé dans le cadre de la présente entente;

10.02 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente s'engage à fournir au chef du département clinique de médecine générale, les données requises à l'évaluation du volume de travail requis par la prise en charge d'un patient référé dans le cadre de cette entente.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} mars 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17^e jour de juillet 2001.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

+ A - EP - PROJET HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET**ANNEXE I****+ Caractéristiques de la personne visée par le projet de démonstration de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet**

- + - La personne souffrant de troubles mentaux graves et persistants visée par l'entente relative au projet de démonstration de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet présente la plupart des caractéristiques suivantes :
 - Elle est généralement très handicapée par sa maladie dans l'exercice de ses rôles sociaux;
 - Elle est vulnérable et en besoin de protection;
 - Elle a peu de ressources pour se mobiliser aux changements;
 - Son réseau naturel de support est inexistant ou est épuisé;
 - Elle a été hospitalisée fréquemment, souvent durant de longues périodes et elle est inscrite dans un programme de longue durée psychiatrique;
 - Elle vit dans la communauté ou en résidence de type familial ou intermédiaire;
 - Sa maladie est stabilisée, sa symptomatologie demeure importante;
 - L'observance au traitement est suffisante, l'efficacité du plan d'intervention est établie et les services qui lui sont dispensés visent surtout le maintien des acquis;
 - Les soins nécessitent la poursuite des services d'une équipe pluridisciplinaire d'un service de longue durée psychiatrique et des soins médicaux dans le champ de la psychiatrie sont nécessaires;
 - L'entourage de la personne présente une certaine stabilité.

+ EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ**ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et la rémunération de la garde en disponibilité effectuée sous la responsabilité du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou, selon le cas, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) auprès de la population du territoire d'un réseau local de services, ainsi que celle effectuée auprès d'un établissement non fusionné exploitant un CHSGS, un CHSLD non fusionné à un CISSS ou à un CIUSSS ou d'un centre de réadaptation (CR), qui n'ont pas convenu d'ententes de services à cet effet avec un CISSS ou, selon le cas, avec un CIUSSS.

En outre, la présente entente particulière couvre les installations du réseau de la santé reconnues à titre de centres désignés aux fins des interventions médico-légales et medicosociales auprès des personnes victimes d'agression sexuelle.

1.02 L'adhésion d'un CISSS ou d'un CIUSSS à la présente entente couvre toutes les gardes en disponibilité effectuées pour le compte de l'établissement ainsi que celles effectuées pour les ressources d'un réseau local de services ayant convenu d'une entente de services à cet effet avec celui-ci.

1.03 La présente entente particulière s'applique également à la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence de première ligne ainsi qu'à certaines gardes effectuées au bénéfice de la clientèle en obstétrique.

En outre, la présente entente couvre la garde en disponibilité assurée au bénéfice des patients admis dans le département de psychiatrie d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné et ayant la mission d'un CHSGS ainsi qu'au bénéfice des patients admis dans un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) à la condition qu'une garde sur place ne soit pas effectuée pour les soins physiques ou pour les soins psychiatriques, selon le cas.

1.04 L'annexe I fait état de la liste des installations des CISSS et des CIUSSS, ainsi que des CHSLD et regroupements de CHSLD ainsi que des CR non fusionnés à un CISSS ou à un CIUSSS et désignés par le comité paritaire aux fins de la présente et précise le nombre de forfaits alloués à chacun pour les jours de la semaine ainsi que pour les jours de fin de semaine et les jours fériés. La désignation d'un CISSS ou d'un CIUSSS fait également état des installations et des ressources privées couvertes par cette désignation.

1.05 L'annexe II fait état des CLSC du réseau de garde intégré désignés par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

1.06 L'annexe III fait état des installations des CHSGS et des CHSP faisant partie ou non d'un CISSS ou d'un CIUSSS et désignés par le comité paritaire et précise le nombre de forfaits alloués hebdomadairement, à chacune ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits alloués par journée fériée.

1.07 L'annexe IV fait état des centres désignés à partir desquels une garde médicale est assumée en disponibilité auprès des victimes d'agression sexuelle dans le cadre d'une garde régionale ou dans le cadre d'une garde sous-régionale.

AVIS : La liste des établissements désignés dans les annexes I à IV de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 La garde en disponibilité effectuée par un médecin se prévalant de la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits quotidiens réguliers additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait quotidien régulier est de 64 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité :

- utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) distincte pour chaque personne assurée;
- pour les services reliés à cette garde : inscrire la lettre « E » dans la case C.S. :
 - Inscrire le numéro de l'établissement où les services ont été rendus. Toutefois, si l'installation ne détient pas de numéro aux fins de la facturation, inscrire le numéro de l'établissement désigné apparaissant à l'annexe correspondante au type de garde que vous effectuez;
- pour les services non reliés à la garde en disponibilité, (ex. tournée des malades) : ne pas inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

3.02 La garde en disponibilité doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;
- qu'à compter de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

AVIS :

Tableaux des codes de forfaits à compter du 1^{er} juin 2013

CSSS, CHSLD, CR (annexe I)				CLSC du Réseau de garde intégré (annexe II)			
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)
19059	96,00	09856	96,00	19069	64,00	19070	64,00
19060	64,00	09857	64,00				
19061	32,00	09727	32,00				
Divisible sur base horaire				Divisible sur base horaire			

CHSGS et CHSP (annexe III)							
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)
19057	64,00	09847	64,00	19058 *	64,00	09705 *	64,00
Non divisible				Divisible sur base horaire			

* En obstétrique

Centres désignés au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle (annexe IV)					
Garde régionale				Garde sous-régionale	
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		Toute la semaine, du lundi 8 h au lundi suivant 8 h	
Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)
19088	32,00	19087	32,00	19089	61,35
Divisible sur base horaire				Non divisible	

Différents types de garde en disponibilité (annexes I, II, III et IV) peuvent être effectués par un même médecin pour le même quart de garde dans le même établissement ou la même installation sous réserve des maximums prévus aux annexes visées. Vous devez par contre utiliser des demandes de paiement distinctes.

4.00 PROCÉDURES ET COMITÉ PARITAIRE

4.01 Toute question relative à la mise en œuvre et au suivi de la présente entente particulière est soumise au comité paritaire prévu par l'article 32.00 de l'Entente. Le comité paritaire fait aux parties les recommandations appropriées. En outre, il assume les fonctions suivantes :

- a) il informe l'établissement et la Régie du nombre de forfaits quotidiens alloués;
- b) il prend les mesures qu'il considère justifiées en cas de non-respect récurrent ou régulier du nombre de forfaits alloués à un établissement;

4.02 Mensuellement et globalement pour l'ensemble du mois, la Régie transmet à l'établissement les données sur le nombre de forfaits de garde en disponibilité facturés pour l'ensemble de l'établissement ainsi que pour chacune de ses installations. Sur demande de l'établissement, la Régie transmet les données de façon détaillée.

4.03 Sur une base trimestrielle mais ventilées par mois, la Régie transmet au comité paritaire les données sur le nombre de forfaits facturés pour chaque établissement.

5.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

5.01 Participation

Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dans un CISSS, un CIUSSS, un CHSLD ou un CR visé à la présente ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

La nomination spécifique doit préciser les secteurs d'activités et les territoires dans lesquels le médecin peut être appelé à effectuer de la garde en disponibilité.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.02 Modalités spécifiques de rémunération

5.02.1 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures.

5.02.2 Lorsqu'une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde de huit (8) heures, le forfait prévu par la présente entente particulière devient, quant à cette portion de garde, divisible sur base horaire. Dans ce cas, il est alors payé par la Régie, au prorata du temps de garde effectuée par le médecin.

5.02.3 Le forfait peut être réduit ou majoré de 50 % lorsque, selon le DRMG, le nombre de lits ou de patients, d'installations ou pavillons ou la distance à couvrir le justifie.

AVIS : ⁽¹⁾ Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

En semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19059** (forfait majoré), honoraires de **96,00 \$**;
 - le code **19060** (forfait régulier), honoraires de **64,00 \$**;
 - le code **19061** (forfait réduit), honoraires de **32,00 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Lors de gardes simultanées dans le même établissement, pour le même code d'acte, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement :

- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référer à l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **09856** (forfait majoré), honoraires de **96,00 \$**;
 - le code **09857** (forfait régulier), honoraires de **64,00 \$**;
 - le code **09727** (forfait réduit), honoraires de **32,00 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Lors de gardes simultanées dans le même établissement, pour le même code d'acte, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement :

- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référer à l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.

(1) Les montants figurant dans cet avis reflètent les honoraires décrits à 3.01 depuis le 1^{er} juin 2013.

5.02.4 En ce qui a trait à la garde en disponibilité assurée par le médecin pour un CLSC du réseau de garde intégré inscrit à l'annexe II de la présente entente, la garde en disponibilité est rémunérée durant les périodes suivantes :

- à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;
- tous les jours de la semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement, entre 20 h et 8 h ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 20 h et 8 h ou, le cas échéant, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19069** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe II;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P. G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19070** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe II;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

5.03 Clientèle visée

La garde en disponibilité rémunérée selon les dispositions de la présente entente particulière peut être effectuée au bénéfice de l'une ou les clientèles suivantes :

- a) les personnes hébergées dans la partie du CISSS ou du CIUSSS ayant la mission d'un CHSLD ou dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD;
- b) les personnes inscrites dans un programme de soutien à domicile sous la responsabilité de la partie du CISSS ou du CIUSSS ayant la mission de CLSC, et ce, pour la clientèle qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- c) la clientèle inscrite dans un GMF qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- d) la clientèle d'une partie du CISSS ou du CIUSSS dispensant des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes ayant une déficience physique et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7 ainsi que la clientèle d'un CR non fusionné à un établissement;
- e) la clientèle sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire et nécessitant un accès aux soins médicaux 24/7;
- f) toute autre clientèle du réseau local de services, telle que recommandée par le DRMG, et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- g) la population en général sous la responsabilité d'un CLSC du réseau de garde intégré.

Toutefois, la garde en disponibilité prévue par la présente entente particulière ne vise pas la clientèle d'un service d'urgence d'un CHSGS ou d'un CLSC du réseau de garde intégré lorsqu'un médecin assume la garde sur place.

5.04 Procédures d'adhésion et attribution du nombre de forfaits

- a) Le comité paritaire fait connaître au DRMG les critères d'attribution des forfaits quotidiens de garde en disponibilité;
- b) Le DRMG, après consultation des CISSS ou CIUSSS de son territoire, dépose au comité paritaire son plan d'organisation de services de garde en disponibilité pour la clientèle visée par la présente;
- c) Sous réserve de l'alinéa g) ci-dessous, le comité paritaire détermine le nombre maximal de forfaits quotidiens de gardes en disponibilité mis à la disposition du DRMG en précisant le nombre de forfaits applicable les jours de semaine et celui applicable les jours de fin de semaine et les jours fériés. À cette fin, le comité paritaire tient compte, notamment, des facteurs suivants :
 - le plan d'organisation des services de garde en disponibilité élaboré par le DRMG;
 - l'étendue du territoire du réseau local de services;
 - la population à domicile ou hébergée sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire qui nécessite des soins médicaux 24/7;
 - la population inscrite au programme de soutien à domicile qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
 - toute autre population du réseau local de services qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- d) Une demande d'adhésion est formulée par le CISSS ou le CIUSSS, le CHSLD ou le CR non fusionnés auprès du DRMG de son territoire;
- e) Le DRMG transmet les demandes d'adhésion des installations au comité paritaire dont elle demande la désignation dans le cadre de la présente entente;
- f) Le comité paritaire examine la demande d'adhésion de chaque installation ou regroupement d'installations et lui attribue le nombre de forfaits quotidiens pour l'ensemble des gardes à assumer au bénéfice de la clientèle sous la responsabilité de l'établissement;
- g) Un seul forfait par quart de garde est attribué au CLSC du réseau de garde intégré;
- h) L'établissement non fusionné, le CISSS, le CIUSSS, le CHSLD ou le cas échéant, le CR procède aux nominations prévues par l'article 5.00 et en informe la Régie.

5.05 Répartition des forfaits

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement, le chef du service médical ou celui qui le remplace procède à la répartition des forfaits de garde en disponibilité entre les médecins.

5.06 Suivi du nombre de forfaits alloués

L'établissement non fusionné, le CISSS, le CIUSSS, le CHSLD ou le cas échéant, le CR est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés.

6.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS ET AU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES**6.01 Clientèle visée**

L'article 6.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée et peut couvrir également l'unité d'hébergement de soins de longue durée qui n'est pas déjà couverte par les dispositions de l'article 5.00 de la présente entente.

6.02 Participation

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue par cette entente particulière doit être détenteur d'une nomination au sein du département clinique de médecine générale ou le cas échéant, du département de psychiatrie de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné visé aux présentes.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- *sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;*
- *inscrire la période couverte par l'avis de service.*

6.03 Procédure de détermination et d'attribution des forfaits

Pour assurer l'ensemble des gardes en disponibilité visées au présent article, le comité paritaire attribue à l'installation d'un établissement, installation qui opère un CHSGS une banque globale hebdomadaire de forfaits ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits par journée fériée.

La banque hebdomadaire de forfaits est déterminée à partir de l'évaluation du nombre de forfaits requis pour les jours de semaine soit du lundi au vendredi et, de façon distincte, du nombre de forfaits requis pour les jours de fin de semaine et les jours fériés.

Le comité paritaire tient compte, notamment, des facteurs suivants :

- le nombre de lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens;
- l'intensité des soins à dispenser selon le type d'unités visées par la présente entente et l'importance relative de ces unités.

6.04 Répartition des forfaits

Le chef de département clinique de médecine générale, ou le directeur des services professionnels en ce qui concerne la garde en disponibilité en psychiatrie, répartit les forfaits attribués entre les médecins assurant chaque garde selon les responsabilités associées à chacune d'elle.

6.05 Suivi du nombre de forfaits alloués

L'installation d'un établissement, installation qui opère un CHSGS ou le cas échéant, le CHSP, est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon récurrente du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel que précisé à l'annexe III, le comité paritaire peut prendre toutes les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

6.06 Cumul

Un médecin peut cumuler quotidiennement autant de forfaits de garde en disponibilité que le justifie la responsabilité qu'il assume effectivement quant aux gardes en disponibilité.

AVIS : Garde en disponibilité

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- *le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *dans la section Actes :*
 - *le code 19057, en semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié; ou*
 - *le code 09847, la fin de semaine et les jours fériés (voir P. G. 2.4.7.6, jours fériés);*
- *le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *le code d'établissement désigné à l'annexe III.*

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

NOTE : *Pour les forfaits 09847 et 19057, la notion de quart de garde de huit heures ne s'applique pas. Un responsable répartit les forfaits 09847 et 19057 afin de les attribuer entre les médecins assurant chaque garde selon les responsabilités associées à chacune d'elles.*

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

6.07 Obstétrique

6.07.1 L'installation d'un établissement, installation ayant la mission de CHSGS et qui compte moins de huit (8) médecins, détenteurs d'une nomination de membre actif avec privilèges en obstétrique, peut, avec l'accord de tous ces médecins, se prévaloir de forfaits de garde en disponibilité alloués spécifiquement pour l'obstétrique.

6.07.2 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures. Il est divisible en heures.

6.07.3 Un (1) forfait par quart de garde est octroyé à l'installation qui se prévaut du présent article.

6.07.4 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans l'établissement qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir du forfait annuel de garde en disponibilité en obstétrique en vertu des dispositions de l'article 9 du préambule particulier de l'obstétrique de l'annexe V.

AVIS : Garde en disponibilité en obstétrique :

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19058, en semaine** du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h; ou
 - le code **09705, la fin de semaine** du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P. G. 2.4.7.6, jours fériés);
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe III;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

7.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA GARDE EN DISPONIBILITÉ AU BÉNÉFICE DES PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

7.01 Clientèle visée

L'article 7.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle.

7.02 Nomination

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue à l'article 7.00 doit détenir une nomination au sein de l'établissement responsable de l'installation reconnue à titre de centre désigné auprès des personnes victimes d'agression sexuelle ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

7.03 Modalités spécifiques de rémunération

Dans le cadre de son plan d'organisation des services de gardes en disponibilité, l'établissement responsable de la région ou, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, de l'établissement désigné par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après établissement responsable), détermine s'il met en place sur son territoire, sur une base régionale, une seule et unique garde en disponibilité ou plutôt, s'il met en place, sur une base sous-régionale, une garde en disponibilité par centre désigné en activité sur son territoire. Sauf exceptionnellement, le médecin qui assume cette garde lorsqu'il est de garde sur place au service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde ne peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues au présent paragraphe.

7.03.1 Dans le cas où l'établissement responsable opte pour la mise en place sur son territoire d'une garde régionale assurée à partir d'un seul et unique centre désigné, le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits par quart de garde de huit (8) heures, additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période, sous réserve de l'alinéa suivant. Le montant du forfait est de 32 \$ au 1^{er} juin 2013.

Le forfait prévu dans l'alinéa précédent est divisible en heures.

Le médecin de garde appelé à se déplacer dans le cadre d'une garde régionale ne peut toutefois se prévaloir du forfait de déplacement prévu à l'article 2.2.7 A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Un seul forfait par quart de garde est attribué pour cette garde régionale.

La garde régionale doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h.
- qu'à compter de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

AVIS : Utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19087** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe IV;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19088** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe IV;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

7.03.2 Dans le cas où l'établissement responsable opte pour la mise en place des gardes sous-régionales sur son territoire, il fait connaître au comité paritaire la liste des installations reconnues comme centres désignés auprès des personnes victimes d'agression sexuelle où une garde en disponibilité médicale est assumée.

Deux forfaits hebdomadaires sont attribués à chacun des centres désignés reconnus par l'établissement responsable.

Le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison de deux (2) forfaits hebdomadaires additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait est de 61,35 \$ au 1^{er} juin 2013.

La garde sous-régionale doit être assurée durant toute la semaine, soit du lundi 8 h au lundi suivant à 8 h.

AVIS : *Utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19089** dans la section Actes sur deux lignes de service;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe IV;
- la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche) sur chaque ligne de service.

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou, en son absence le directeur des services professionnels procède à la répartition des forfaits hebdomadaires de garde en disponibilité entre les médecins de chaque installation visée.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

Le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG et selon des critères qu'il détermine, attribuer des forfaits de garde en disponibilité pour une garde organisée sur une base régionale ou sur toute autre base territoriale différente de celle prévue à l'article 5.00 de la présente entente. Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 5.02 et, en faisant les adaptations nécessaires, les procédures prévues au paragraphe 5.04 s'appliquent.

9.00 MISE EN VIGUEUR

La présente entente prend effet le 1^{er} mai 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de juillet 2005.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

*EP - MÉDECINE FAMILLE / PRISE EN CHARGE / SUIVI DE LA CLIENTÈLE***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 Objet

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines dispositions relatives aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de clientèle.

2.00 Champ d'application

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

SECTION I : DISPOSITIONS RELATIVES À L'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE**3.00 Conditions de base à l'inscription**

3.01 La pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente présente les caractéristiques suivantes :

- A) Le médecin inscrit la clientèle qu'il accepte de prendre en charge au sein d'un cabinet privé, d'un CLSC, d'une UMF, d'une clinique réseau ou d'un GMF quel que soit son rattachement y compris, exceptionnellement, en clinique externe d'un CH. Le domicile du patient peut également être reconnu comme lieu de prise en charge et de suivi lorsque le suivi est assuré principalement à domicile.
- B) L'acceptation du médecin témoigne de son engagement professionnel vis-à-vis le patient inscrit. Cette acceptation est incluse au formulaire d'inscription et a pour objet exclusif l'obligation professionnelle qu'a le médecin d'agir comme médecin de famille du patient inscrit, en conformité avec les dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec;

L'inscription du patient par le médecin se fait, lors d'une visite ou intervention clinique ou psychothérapie, au moyen du formulaire prescrit par les parties. Le libellé de ce formulaire est reproduit à l'annexe I de l'entente particulière à titre d'information seulement. L'inscription faite dans le cadre de l'entente particulière relative aux groupes de médecine de famille tient lieu d'inscription au sens des présentes dispositions.

- + C) Il assure, pour son patient inscrit, la prise en charge et le suivi des soins requis par son état de santé incluant, s'il y a lieu, les visites périodiques, le suivi des examens de laboratoire et la gestion de la médication, la référence au programme de soutien à domicile du CISSS-CLSC ou, selon le cas, CIUSSS-CLSC ainsi qu'au système de garde en disponibilité du CISSS-CLSC ou, selon le cas, CIUSSS-CLSC si un tel système est en opération sur son territoire.

N'est pas présumé répondre aux exigences de l'alinéa précédent le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels.

- + D) Aux fins de la prise en charge et du suivi de sa clientèle, il collabore avec le CISSS ou, selon le cas, le CIUSSS de son territoire ainsi qu'avec les autres établissements du réseau lorsque requis.

4.00 Modalités de rémunération de l'inscription**Modalités générales**

4.01 Pour toute inscription faite à compter du 1^{er} janvier 2009, un forfait d'inscription est versé, sur la base de l'année civile, au médecin de famille. Lorsque le lieu de suivi habituel du patient est en cabinet ou à domicile, le montant du forfait est de 10,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 11,35 \$ au 1^{er} janvier 2013. Si ce lieu est en établissement, le montant du forfait d'inscription est de 8,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 8,55 \$ au 1^{er} janvier 2013.

Ce forfait d'inscription s'ajoute à celui versé en vertu de l'annexe V de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF). Il s'ajoute également au forfait annuel de prise en charge ainsi qu'au forfait de soutien au démarrage prévus à la présente entente.

4.02 Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

- le pourcentage de majoration appliqué au forfait d'inscription relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération de la dernière visite ou intervention clinique ou psychothérapie faite au lieu de l'inscription au cours de l'année d'application en cause.
- dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait d'inscription est celui appliqué à sa rémunération pour les services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

4.03 L'inscription d'un patient se fait à l'occasion d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès de ce patient.

AVIS : Voir l'annexe I de la présente entente, Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096)¹.

Elle est transmise à la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la visite ou l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette inscription à défaut de quoi l'inscription est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou UMF rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'inscription, doit informer la Régie de la date de la visite ou de l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette inscription.

AVIS : *Hors GMF*

*Pour inscrire un patient **non vulnérable**, consulter les directives et remplir le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096) disponible sous Formulaires dans la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.*

Conserver l'original signé par les deux parties.

Remettre une copie à la personne assurée.

Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne ou un logiciel d'inscription approuvé par la Régie.

Le document d'aide à la décision Inscription auprès d'un médecin de famille (4107) doit également être remis à la personne assurée.

Instructions pour l'inscription à la Régie par le biais de la Demande de paiement - Médecin (1200) (inscription générale) :

- inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- inscrire sur la première ligne de la section Actes les éléments suivants :
 - la date d'inscription dans les champs généralement utilisés pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire 4096 par la personne assurée (ou son accompagnateur).
 - dans la case CODE, inscrire le code d'acte **99800** pour la clientèle non vulnérable âgée de 69 ans ou moins ou le code d'acte **99509** pour la clientèle non vulnérable de 70 ans ou plus;
 - la valeur 1 dans la case R (pour rôle);
 - la valeur 0 dans la case HONORAIRES.
- inscrire le lieu de suivi habituel dans la section Établissement. Pour un cabinet, inscrire le code de localité ou le code 54XXX, 55XXX ou 57XXX si le cabinet détient un numéro de facturation attribué par la Régie. Pour un établissement, inscrire le numéro approprié soit CLSC, UMF-CH, GMF (établissement) et clinique réseau (établissement);
- **Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement.** Les demandes de paiement comportant aussi des services ou des forfaits seront rejetées, les services ou forfaits seront coupés à l'état de compte et l'inscription sera annulée.
- ne rien inscrire dans la section Visites.
- inscrire zéro dans la case TOTAL (pour total des honoraires).

¹ Document d'aide à la décision à remettre au patient : Inscription auprès d'un médecin de famille (4107) et Renseignements sur les groupes de médecine de famille (4095)

Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par grossesse de la cliente. Il est facturé lors de la visite faite au moment de la prise en charge effective de la grossesse par le médecin, qu'il soit rémunéré selon le mode de l'acte, des honoraires fixes ou du tarif horaire.

Ce supplément ne peut être facturé par le médecin auprès duquel la cliente est déjà inscrite. Il tient lieu d'inscription temporaire et est comptabilisé comme inscription aux fins des dispositions de la section VII de la présente entente particulière. Le formulaire d'inscription ne doit pas être rempli.

8.00 Clientèles pédiatriques

8.01 Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans : le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et qui fait un examen périodique auprès d'un enfant âgé de 0 à 5 ans qu'il a inscrit selon les dispositions de la présente entente reçoit un supplément à chaque examen périodique. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte. Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte qui se prévaut de l'intervention clinique individuelle lors de pareil examen reçoit aussi un supplément.

En UMF, l'examen périodique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte donne aussi ouverture au supplément pour chaque examen périodique.

Dans les deux cas, les modalités suivantes s'appliquent :

A) Le montant du supplément est de 16,30 \$ en cabinet ou à domicile et de 12,75 \$ en établissement;

AVIS : *Pour facturer le supplément, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **08877** dans la section Actes pour le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans **en cabinet ou en établissement**;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC ou UMF) selon le cas;

NOTE : *Le supplément ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.*

En GMF, remplir et transmettre le formulaire 4096 pour identifier cette clientèle à la Régie.

Hors GMF, remplir et transmettre le formulaire 4096 ou une Demande de paiement – Médecin (1200) en utilisant le code d'acte **99800** pour identifier un enfant âgé de 0 à 5 ans. Si l'enfant a moins d'un an et ne possède pas de NAM, inscrire la lettre « C » dans la case C.S. et tous les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse). De plus, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES uniquement les 12 caractères du NAM d'un des parents (de préférence le NAM de la mère).

Pour les deux types de pratique, si l'enfant âgé de 0 à 5 ans présente les conditions d'un des états pathologiques décrits au paragraphe 5.01 de la présente entente particulière, voir l'avis relatif à ce paragraphe.

Vous devez conserver l'original du formulaire 4096 dûment signé par les deux parties pour chacune de vos inscriptions et en remettre une copie au représentant du patient ou à son accompagnateur.

Adhésion ou passage d'un GMF à un autre GMF ou retrait d'un GMF : si, lors de votre changement de pratique, vous conservez la clientèle que vous suiviez, vous devez faire une modification du lieu de suivi à l'aide du formulaire 4096. Si cette modification doit être apportée à plusieurs inscriptions, vous pouvez transmettre, par lettre, une demande de changement massif du lieu de suivi au Service de l'admissibilité et du paiement. La lettre doit préciser la date du changement, le nom du GMF et le site concerné.

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110

- B) Le médecin doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant âgé de 0 à 5 ans;
- C) Le nombre d'exams périodiques et d'interventions cliniques individuelles admissibles au supplément prévu au présent paragraphe se répartit comme suit:
- entre 0 et 21 mois : huit (8) visites
 - entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile.

En plus des exams périodiques et des interventions cliniques individuelles admissibles réclamés, sont assimilés à des exams périodiques admissibles pour les fins de calcul du nombre d'exams, la visite de prise en charge et la visite périodique pédiatrique.

+ SECTION IV : MESURES FAVORISANT LA COORDINATION ENTRE LES MÉDECINS ET LE CISSS OU, SELON LE CAS, LE CIUSSS

- + 9.00 Prise en charge prioritaire de certaines clientèles :** de façon à faciliter ou favoriser la prise en charge et le suivi de certaines clientèles, par l'entremise du médecin coordonnateur local au besoin, un médecin peut se prévaloir de la mesure suivante :

1) Congé en établissement

Le médecin qui complète la feuille sommaire liée au départ d'un patient en temps opportun, au plus tard avant la fin de la journée suivant le départ de ce dernier, reçoit un forfait de 34 \$ au 1^{er} juin 2013.

Ce forfait peut être facturé selon le mode de l'acte par le médecin rémunéré selon les modes des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, l'examen du patient donnant lieu à la facturation du congé demeure rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas.

AVIS : *Inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **15158** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 4XXX6, 0XXX8, 4XXX0** ou **4XXX7** dans la section Établissement;
- inscrire la date d'entrée et de sortie de l'hospitalisation du patient ou de son séjour en unité de décision clinique dans les cases prévues à cet effet;
- inscrire le lieu où le patient est dirigé suite à son congé d'hospitalisation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : Le code **15158** ne peut être facturé en CLSC ou en UMF.

AVIS : À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être facturés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le patient doit, immédiatement avant son congé, être admis en soins de courte durée dans un des secteurs d'activités suivants d'une installation d'un établissement, installation opérant un centre hospitalier :

- Unité de soins gériatriques;
- Unité de soins généraux et spécialisés;
- Unité de soins intensifs;
- Unité de soins coronariens;
- Département de psychiatrie;
- Unité de soins palliatifs;
- Unité de décision clinique.

À son départ, le patient doit être dirigé à domicile, en services de réadaptation, en soins palliatifs ou en soins de longue durée dispensés dans un autre établissement fusionné ou non fusionné ou dans une autre installation de l'établissement de départ.

Lorsqu'un patient fait l'objet d'un suivi par plus d'un médecin, le médecin qui réclame le forfait doit être le principal responsable de l'organisation du congé du patient. Le fait que certains résultats ne soient pas disponibles lors du congé n'empêche pas le médecin de réclamer le forfait, dans la mesure où il s'assure que les informations pertinentes soient ultérieurement consignées sur la feuille sommaire.

Sont exclus de l'application du présent forfait le congé donné à la suite d'un accouchement vaginal ou par césarienne, le congé du nouveau-né de la pouponnière de même que le congé du patient pour lequel un constat de décès doit être complété.

SECTION V : MODALITÉS RELATIVES À LA CESSATION DE PRATIQUE OU À LA MODIFICATION DE PRATIQUE

10.00 Modalités applicables au forfait d'inscription

10.01 Le forfait d'inscription n'est pas versé au médecin pour la période où, au sens des articles 11.00 ou 12.00 ci-dessous, selon le cas, il cesse de pratiquer ou il modifie sa pratique pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le forfait d'inscription est versé au prorata des mois précédant la date de début de la période en cause ou suivant la date de reprise des activités, sous réserve des dispositions du paragraphe 4.05 ci-dessus. Le mois de la date effective de début est inclus dans le calcul du prorata alors que le mois de la date de reprise des activités professionnelles en est exclu.

Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la période en cause ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles.

11.00 Modalités applicables au forfait annuel de prise en charge en cas de cessation de pratique :

11.01 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin qui a cessé d'exercer sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la prise de congé ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le paiement cesse le mois suivant le début de la cessation de la pratique du médecin.

À compter de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date de la première visite ou de la première intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2^e alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

Aux fins de la présente disposition, durant la période de cessation des activités du médecin, la rémunération versée au médecin pour des activités de ressourcement, de formation médicale ou de perfectionnement n'est pas considérée comme constituant de la pratique au sein du régime d'assurance maladie.

AVIS : *Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date effective de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais.*

Par courrier à l'adresse suivante :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

11.02 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin durant toute la période où il cesse de détenir un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec. Le paiement cesse le mois suivant la date de la perte du permis d'exercice. À compter de la reprise de ses activités professionnelles, les modalités énoncées aux alinéas B), C), D) et E) du paragraphe 11.03 s'appliquent au versement du forfait annuel de prise en charge.

Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin le mois suivant la date à partir de laquelle il est considéré, aux termes de la Loi, comme un professionnel non-participant ou désengagé.

11.03 Dans le cas où le médecin qui cesse d'exercer sa profession est en congé d'invalidité totale pour plus de treize (13) semaines, en congé de maternité ou d'adoption, les modalités de rémunération relativement au paiement du forfait annuel sont les suivantes;

AVIS : Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date effective de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais. **Si votre absence correspond à un congé d'invalidité**, joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant.

Par courrier à l'adresse suivante :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

- A) Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin durant la période de la prise de congé de maternité, d'adoption ou durant la période de congé d'invalidité totale. Ce paiement cesse le premier du mois de la date effective de la prise de congé.

Le médecin doit informer la Régie de la date effective du début de la prise de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale ainsi que de la date effective de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie.

- B) À compter du premier du mois de la reprise de ses activités professionnelles, pour la partie de l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit, le forfait annuel de prise en charge est payé au médecin pour le patient qui n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin et qui répond à une des situations suivantes :

- i) il est inscrit auprès de ce médecin et est actif au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus au 1^{er} janvier de la même année civile que celle de la date de la prise de congé;
- ii) il s'est inscrit auprès de ce médecin au cours de la même année civile que celle de la date de prise de congé ou que celle du retour de congé, étant entendu que l'inscription d'un patient doit coïncider avec la date d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès de ce patient tel que stipulé au paragraphe 4.04 de la présente entente.

- C) La prise de l'un des congés visés par la présente disposition ne doit pas excéder vingt-quatre (24) mois. Dans le cas où le congé excède vingt-quatre (24) mois, les dispositions du paragraphe 11.01 s'appliquent.

- D) Pour l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit la date de la reprise des activités professionnelles du médecin, la rémunération du médecin qui compte le 1^{er} janvier de l'année de la prise de congé au moins deux cents (200) patients inscrits vulnérables et actifs au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus et/ou enfants de moins de 63 mois inscrits et visés par le paragraphe 8.01 de la présente entente, est réputée être sujette à l'application du paragraphe 5.3 1) de l'annexe IX de l'entente générale même si le nombre de patients inscrits est inférieur à 200 patients au 1^{er} janvier de chaque année en cause.

- E) Sauf dans le cas où il existe dans le milieu de pratique du médecin un groupe au sens du sous-paragraphe D) du paragraphe 6.02, au moment où le médecin signifie à la Régie la date effective de début du congé, il peut lui transmettre le ou les nom(s) des médecins qui accepte(nt) de prendre en charge ses patients vulnérables inscrits pendant la durée de son congé. Le ou les médecin(s) peut ou peuvent se prévaloir des dispositions relatives au forfait de responsabilité apparaissant au paragraphe 6.02 ci-dessus à compter de la date de début précisé pour la prise en charge le ou les concernant à la Régie. Advenant que le médecin en congé reprenne ses activités professionnelles au cours des treize (13) premières semaines suivant la date de son départ, le ou les médecin(s) ayant pris charge durant cette période des patients vulnérables inscrits auprès du médecin en congé peut ou peuvent se prévaloir des bénéfices de la présente disposition (cf annexe VI).

AVIS : Voir annexe VI de la présente entente, formulaire Avis d'absence et de prise en charge temporaire aux fins du paiement du forfait de responsabilité (4072).

11.04 Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, pour cause, selon les modalités qu'il fixe, permettre, à un médecin qui ne répond pas aux conditions énoncées au premier alinéa du paragraphe 11.03, de bénéficier des modalités qui sont spécifiées par cette disposition.

12.00 Modalités applicables au forfait d'inscription et au forfait annuel de prise en charge en cas de modification de la pratique

12.01 Le médecin qui modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure de continuer à assurer la prise en charge et le suivi de la plupart de ses patients inscrits au moment de cette modification doit en aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant cette modification. Ces patients cessent d'être inscrits à ce médecin à la date de la modification du lieu de pratique sauf pour ceux pour lesquels le médecin indique à la Régie qu'il croit pouvoir continuer à assurer la prise en charge et le suivi. Il informe alors la Régie du nouveau lieu de suivi de ces patients.

AVIS : *Vous devez faire parvenir au Service de l'admissibilité et du paiement les informations demandées ci-dessus par lettre ou utiliser le formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094) :*

Par courrier à l'adresse suivante :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

12.02 Le médecin qui, pour une période de plus de treize (13) semaines, modifie son profil de pratique pour exercer dans un secteur d'activités autre que celui de la médecine de famille, de prise en charge et de suivi et qui, conséquemment, n'est plus en mesure d'assurer le suivi de la plupart de ses patients pendant cette période doit également en aviser la Régie. Dans ce cas, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé à ce médecin pour la période en cause. Le paiement cesse le mois suivant le début de la modification de la pratique du médecin;
- Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la modification de sa pratique ainsi que, s'il y a lieu, de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans cette pratique;
- À compter de la reprise de ses activités dans la pratique de médecine de famille, de prise en charge et de suivi, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date de la première visite ou de la première intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2^e alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

AVIS : *Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date effective de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais.*

Par courrier à l'adresse suivante :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

12.03 Le médecin de famille qui prend sa retraite doit en informer rapidement la Régie afin que sa clientèle soit désinscrite à la date prévue. Il en est de même pour le médecin qui diminue ses activités de prise en charge en vue de sa retraite prochaine. Pour la partie de sa clientèle dont il ne pourra plus assurer le suivi, il doit en informer rapidement la Régie afin que les patients qu'il a identifiés, soient désinscrits.

Cette obligation s'applique également au médecin qui ne peut plus assurer le suivi de sa clientèle pour les raisons suivantes : la non-participation au régime d'assurance maladie du Québec ou le désengagement, une invalidité totale à long terme, la radiation permanente ou l'abandon de la pratique.

AVIS : Pour le médecin pratiquant hors GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094), le signer et le faire parvenir à la Régie par télécopieur ou par la poste au :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

Par télécopieur : 418 646-8110

Pour le médecin pratiquant en GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez faire parvenir une lettre à la Régie en précisant la date du changement, le GMF et le site précis concerné, par télécopieur ou par la poste au :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

Par télécopieur : 418 646-8110

12.04 La Régie procède à la désinscription de toute la clientèle inscrite du médecin qui n'a pas lui-même demandé cette désinscription dans les cas suivants :

- i) le Collège des médecins du Québec (ci-après le Collège) a transmis un avis de retraite du médecin;
- ii) sur réception de l'avis de décès ou dès que le Collège des médecins l'informe du décès du médecin;
- iii) le Collège a transmis un avis de radiation permanente ou d'abandon de pratique concernant ce médecin;
- iv) le médecin a transmis un avis de non-participation ou de désengagement.

13.00 Modalités spécifiques à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

13.01 Un supplément de 300,00 \$ en cabinet privé et de 248,95 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, associé à la catégorie de patients très vulnérables peut être accordé, lorsque le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille, et ce, à la condition que le patient alors attribué présente un ou des problèmes de santé ci-après décrits :

- le patient présente un ou des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 de la présente entente avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3;
- le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de la présente entente particulière.

Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19960** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

- + **13.02** Sur la base d'une année civile, un nombre maximum de patients attribués à un médecin de famille par le guichet d'accès à un médecin de famille et inscrits par ce médecin peuvent faire l'objet des suppléments prévus au sous-paragraphe 4.12 C). Ce nombre est atteint lorsque le médecin a inscrit les 150 premiers patients attribués par le guichet donnant droit aux suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A) et 4.12 C) ainsi qu'au paragraphe 13.01. Une fois ce nombre maximal atteint, pour tous les patients subséquents, vulnérables ou non vulnérables, attribués ou non par le guichet d'accès à un médecin de famille, seuls les suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A), 4.12 B) et 13.01 peuvent être réclamés. Les suppléments prévus au paragraphe 13.01 peuvent alors être réclamés en autant que le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille et qu'il répond aux conditions décrites à ce paragraphe.

Cette limite ne s'applique pas à un médecin de famille au cours des quatre (4) premières années de pratique. L'année de pratique reconnue au médecin de famille est celle prévalant au 1^{er} janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice.

Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention. Le comité paritaire convient des correctifs requis, pouvant comprendre de faire cesser l'attribution de patients à un médecin de famille par le guichet d'accès, s'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité de ses services auprès de la clientèle.

13.03 Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, la Régie récupère la totalité du supplément à la visite de prise en charge et de suivi versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze mois qui suivent la date d'inscription d'un patient :

- i) le médecin de famille a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- ii) le médecin de famille modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- iii) le médecin de famille prend sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou une aggravation de son état de santé.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin de famille à compter de la date de la modification ou de la cessation de pratique.

+ **13.04** Le guichet d'accès à un médecin de famille donne au médecin de famille prêt à prendre en charge le patient qu'il lui attribue, les informations suivantes :

- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les conditions de santé.

13.05 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille, suite à une attribution du guichet d'accès depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au médecin coordonnateur pour demander d'être admissible auprès d'un second médecin de famille pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin de famille, le médecin coordonnateur peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01. Le médecin coordonnateur avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du supplément réclamé par le premier médecin de famille.

Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au médecin coordonnateur pour demander d'être inscrit auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin coordonnateur peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du médecin coordonnateur, du lieu de pratique du médecin de famille auprès duquel il est inscrit.

13.06 Sur demande du coordonnateur médical ou, en ce qui concerne la radiation, sur avis du Collège des médecins,

- a) la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :
 - i) le médecin de famille a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;
 - ii) le médecin de famille auprès duquel elle est inscrite est en invalidité totale depuis plus de cent quatre (104) semaines;
 - iii) le médecin de famille est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;
 - iv) le médecin de famille est en congé de maternité ou d'adoption pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines;

- v) le médecin de famille déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le coordonnateur médical local, pour maintenir l'accessibilité des services;
 - vi) le médecin de famille est radié temporairement par le Collège pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines.
- b) la clientèle vulnérable inscrite d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 dans les cas suivants :
- i) le médecin de famille est en invalidité totale laquelle se prolonge depuis plus de 26 semaines ou aura une durée de plus de 26 semaines selon le jugement du coordonnateur médical local sur la base du diagnostic;
 - ii) le médecin de famille fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle que soit la durée.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie avise le médecin de famille que l'indicateur d'admissibilité de sa clientèle aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 paraîtra à son Registre des patients inscrits.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin de famille.

Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin de famille qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux paraissant aux paragraphes 12.01, 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui le réinscrit ultérieurement.

AVIS : *Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé - Gestion de l'indicateur.*

Pour informer la Régie de son retour à la pratique, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205) et le faire parvenir à la Régie (voir l'annexe VII de la présente entente).

Le formulaire 4205 est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Formulaires dans votre profession.

13.07 Sur demande du médecin de famille lui-même auprès de la RAMQ et/ou de son coordonnateur de guichet, sa clientèle devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :

- i) le médecin de famille prend totalement sa retraite à une date connue, celle-ci au plus tard 24 mois suivant sa demande;
- ii) le médecin de famille est en invalidité partielle pour une période suffisamment importante;
- iii) le médecin de famille réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre qu'en première ligne.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie indique à son Registre des patients inscrits que les patients du médecin de famille concerné sont admissibles aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin de famille.

AVIS : *Pour informer la Régie, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205) et le faire parvenir à la Régie (voir l'annexe VII de la présente entente).*

Le formulaire 4205 est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Formulaires dans votre profession.

Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé - Gestion de l'indicateur.

13.08 Le médecin de famille visé par un des paragraphes 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui revient à sa pratique initiale peut réinscrire un ancien patient précédemment inscrit à son nom et qui a fait l'objet d'une procédure de désinscription postérieurement au 1^{er} novembre 2011 ou d'une procédure d'admissibilité aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 selon les dispositions des paragraphes ci-dessus. Toutefois, les réserves suivantes s'appliquent :

- le médecin de famille ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions relatives au rétablissement d'inscription prévues au paragraphe 4.07 de la présente entente;
- il ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions du paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 avant une période de six (6) ans à compter de la date de la désinscription ou de la procédure d'admissibilité.

SECTION VI : AUTRES MESURES DE COMPENSATION OU D'EFFICIENCE

14.00 Frais de cabinet

14.01 Au bénéfice du médecin qui assure la prise en charge de sa clientèle en cabinet et en assure le suivi en cabinet ou à domicile, les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le médecin qui, dans le cadre de sa pratique visée au présent paragraphe, dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou auprès des médecins de son groupe au sens du paragraphe 6.02 C) de la présente entente, peut se prévaloir des modalités de compensation pour les frais de cabinet suivantes :

- i) un montant de 25 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 31 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à au moins six (6) patients inscrits;

AVIS : Pour facturer ce forfait, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19928** pour les services dispensés à au moins six patients inscrits dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet ou de localité dans la section Établissement.

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

- ii) un montant de 50 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 62 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à douze (12) patients inscrits ou plus;

AVIS : Pour facturer ce forfait, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19929** pour les services dispensés à au moins 12 patients inscrits dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet ou de localité dans la section Établissement.

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

- b) un maximum de 50 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 62 \$ peut être réclamé par journée;

- c) les montants réclamés en vertu du présent paragraphe ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX;

Le médecin ou un regroupement de médecins dont la pratique n'est pas basée sur la prise en charge des patients, et donc sur leur inscription, peut s'adresser au comité paritaire pour faire évaluer sa ou leur situation. Dans le cas où le comité paritaire juge la pratique du médecin ou du regroupement de médecins essentielle, il détermine le critère spécifique à la pratique en cause, critère qui permettra au médecin ou à chacun des médecins du regroupement de se prévaloir des modalités de compensation de frais de cabinet prévus ci-dessus. Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin ou du regroupement de médecins ainsi que du critère retenu.

AVIS : *En GMF, pour réclamer les modalités de compensation des frais de cabinet (code d'acte **19928** ou **19929**), tous les médecins omnipraticiens membres du GMF et tous les médecins non membres faisant partie d'un groupe de pratique mixte, doivent inscrire le **modificateur 160** sur leur demande de paiement, lorsqu'ils dispensent des services au **sans rendez-vous**.*

*Vous devez utiliser le code **19928** pour les services dispensés à au moins 10 patients et le code **19929** pour les services dispensés à au moins 20 patients.*

*Vous ne devez pas inscrire le **modificateur 160** pour la réclamation des frais de cabinet dans le cadre des services rendus **sur rendez-vous** ni sur aucun autre service.*

*Toutefois, si le cabinet GMF où vous exercez est également reconnu lieu physique unique d'une clinique réseau et que vous assurez la garde dans la **partie dédiée au sans rendez-vous**, vous devez continuer à utiliser le **modificateur 176** sur votre demande de paiement pour la réclamation du montant compensatoire des frais de cabinet.*

*Tous les médecins omnipraticiens qui rendent des services **sur rendez-vous** dans un cabinet GMF reconnu clinique réseau doivent inscrire le **modificateur 180** sur leur demande de paiement afin de réclamer le montant compensatoire des frais de cabinet.*

14.02 Pour une patiente qui n'est pas inscrite auprès du médecin qui le réclame, la visite de prise en charge d'une grossesse ou, selon le cas, le supplément à la visite dans le cadre d'un suivi de grossesse en cabinet est sujet à l'application des dispositions du paragraphe 14.01 ci-dessus et selon les modalités qui y sont précisées.

15.00 Supplément au volume de patients inscrits

15.01 Au bénéfice du médecin qui assure, au Québec, la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente et conditionnellement au respect des dispositions apparaissant aux paragraphes 15.02, 15.03 et 15.04 ci-dessous, sont accordés, par année civile et sur la base du nombre de patients inscrits actifs et du nombre de patients vulnérables inscrits actifs auprès du médecin le 31 décembre de l'année d'application, les suppléments suivants :

A) Au forfait d'inscription générale, s'ajoutent :

- un supplément de 5 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de cinq cents (500) patients inscrits jusqu'à sept cent cinquante (750) patients inscrits;
- un supplément de 10 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de sept cent cinquante (750) patients inscrits jusqu'à mille (1 000) patients inscrits;
- un supplément de 15 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de mille (1 000) patients inscrits jusqu'à mille cinq cents (1 500) patients inscrits;
- un supplément de 20 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de mille cinq cents (1 500) patients inscrits.

B) Au forfait annuel de prise en charge d'un patient vulnérable, s'ajoutent :

- un supplément de 5 \$ pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de deux cents (200) patients vulnérables inscrits jusqu'à trois cents (300) patients vulnérables inscrits;
- un supplément de 10 \$ pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de trois cents (300) patients vulnérables inscrits jusqu'à cinq cents (500) patients vulnérables inscrits;
- un supplément de 15 \$ pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de cinq cents (500) patients vulnérables inscrits.

+ Aux fins de l'application de la présente disposition, un médecin membre du programme GMF est réputé respecter son obligation relative au taux d'assiduité pour une année d'application donnée si l'avis du DRMG confirme que le manquement au respect du taux résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS ou le CIUSSS.

15.02 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel d'inscription conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente.

Aux fins de la comptabilisation du volume de patients vulnérables inscrits actifs, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel de prise en charge conformément aux dispositions du paragraphe 6.01 D) de la présente entente.

Dans les cas précités, lorsque plus d'un médecin reçoit pour un même patient le forfait annuel, ce patient est retenu au bénéfice du plus récent médecin auprès duquel il est inscrit.

+ **15.03** Les suppléments prévus au paragraphe 15.01 sont versés comme suit :

À compter du 1^{er} janvier 2016 et pour toute l'année d'application, le médecin qui a atteint un taux d'assiduité de 70 % ou plus, reçoit 100 % des suppléments prévus. Ce taux est augmenté à :

- 75 % le 1^{er} janvier 2017;
- 80 % le 1^{er} janvier 2018;

+ **15.04** Un comité paritaire est constitué et il est chargé d'exercer les mandats suivants :

a) Un comité paritaire est constitué pour assurer le suivi du taux d'assiduité identifié au paragraphe 15.03 de la présente entente :

Le comité paritaire effectue ce suivi annuellement en tenant compte de différents facteurs circonstanciels dont, notamment, le changement d'un taux de prise en charge vers un taux d'assiduité, le changement dans l'organisation des soins et dans le profil de pratique des médecins, l'accessibilité aux services médicaux sans rendez-vous, la mobilité intrarégionale et interrégionale des patients, du nombre de consultations effectuées par les patients du médecin dans un lieu situé à plus de 80 km du lieu d'inscription de ces patients ainsi du nombre de consultations effectuées dans un autre lieu par des patients dont la résidence se situe à plus de 40 km de leur lieu d'inscription.

Aux termes des travaux effectués dans le cadre du suivi, le comité paritaire fait rapport de la situation aux parties négociantes, en y incluant le cas échéant, ses recommandations. Pour une année d'application donnée, en cas de non-atteinte significative du taux d'assiduité, les parties peuvent apporter les correctifs appropriés lesquels tiennent compte des engagements et des objectifs prévus dans l'Entente de principe concernant l'accessibilité aux services de première ligne. Tout défaut d'entente avant le 31 octobre précédant l'année d'application en cause empêchera le taux d'assiduité de progresser, et ce, jusqu'à ce que les parties conviennent du juste taux applicable dans les circonstances.

b) examiner la situation d'un médecin qui n'a pas atteint le taux d'assiduité prévu dans la présente entente particulière pour une année d'application donnée et plus particulièrement :

- si le taux d'assiduité du médecin se situe à moins de 3 % de la cible convenue pour l'année d'application;
- si le manquement au taux d'assiduité résulte d'une situation particulière documentée par le médecin;

Le comité paritaire analyse la situation invoquée par le médecin et juge de la recevabilité de la demande sur la base des critères dûment convenus par les parties négociantes ainsi que sur la base des données pertinentes disponibles.

Après analyse de la demande du médecin, le comité paritaire peut apporter, le cas échéant, les correctifs qu'il juge approprié.

+ **15.05** Dans le cas où le médecin n'atteint pas le taux d'assiduité lui permettant de recevoir 100 % des suppléments, l'échelle de progression suivante s'applique :

A) à partir du 1^{er} janvier 2016 (taux de 70 %) :

- taux d'assiduité de 65 % à 69 % : versement de 75 % des suppléments;

B) à partir du 1^{er} janvier 2017 (taux de 75 %) :

- taux d'assiduité de 65 % à 69 % : versement de 50 % des suppléments;
- taux d'assiduité de 70 % à 74 % : versement de 75 % des suppléments;

C) à partir du 1^{er} janvier 2018 (taux de 80 %) :

- taux d'assiduité de 70 % à 74 % : versement de 50 % des suppléments;
- taux d'assiduité de 75 % à 79 % : versement de 75 % des suppléments;

+ **15.06** Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

1- Pour le médecin membre du programme GMF,

A) Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

D'une part,

Le total des visites et consultations faits auprès de sa clientèle inscrite à un site GMF, GMF-R ou GMF-U, par lui-même ou par un médecin qui fait partie du même groupe. Pour un médecin pratiquant dans un GMF, son groupe comprend tout médecin faisant partie du même GMF et qui a adhéré au programme GMF ainsi qu'à l'entente particulière GMF.

Pour le groupe, seuls les services dispensés à tous les sites de ce GMF en autant que le médecin fasse partie du groupe de médecins sont retenus au sens du précédent alinéa du GMF en cause.

L'ensemble des visites et consultations faites par lui-même auprès d'une clientèle inscrite et associées aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

Et d'autre part,

Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et son groupe) en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en GMF-U, en clinique réseau (CR), en GMF, en GMF-R, au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC de réseau de garde sous réserve des dispositions paraissant au sous-paragraphe B) ci-dessous.

B) N'est pas comptabilisé dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation

- i) fait dans un service d'urgence du CH ou d'un CLSC du réseau de garde,
 - a) auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
 - b) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
 - c) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
 - d) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 référé au service d'urgence par un médecin;
 - e) les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
 - f) toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF;
- ii) fait par un médecin qui exerce dans un GMF autre que celui du médecin qui a inscrit le patient si les deux GMF en cause sont liés par une entente de services.
- iii) fait par un médecin qui exerce dans un GMF-R ainsi que le GMF du médecin qui a inscrit le patient si ce GMF-R et ce GMF sont liés par une entente de services et que les ententes de services entre ce GMF-R et les GMF de son territoire couvrent, au total, moins de 18 000 patients inscrits en excluant le total des patients inscrits du GMF-R. Le comité paritaire MSSS-FMOQ peut, toutefois, accorder une dérogation lorsque le GMF en cause démontre qu'une entente de services ne peut être conclue avec un autre GMF de son territoire.
- iv) fait par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associé aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

2- Pour le médecin non-membre du programme GMF,

A) Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

D'une part,

Le total des visites et consultations faites auprès de sa clientèle inscrite par lui-même ou par le médecin de son groupe au sens du paragraphe 6.02 C) ou du paragraphe 11.03 E) de la présente entente au lieu d'inscription du patient.

L'ensemble des visites et consultations faites par lui-même auprès d'une clientèle inscrite et associées aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

Et d'autre part,

Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipratien (incluant le médecin et les médecins de son groupe) en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en GMF-U, en clinique réseau (CR), en GMF, en GMF-R, au service d'urgence du centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde sous réserve des dispositions paraissant au sous-paragraphe B) ci-dessous.

B) N'est pas comptabilisé dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation

- i) fait dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde,
 - a) auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
 - b) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
 - c) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
 - d) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 référé au service d'urgence par un médecin;
 - e) les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
 - f) toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le lieu d'inscription du patient.
- ii) fait par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associé aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

15.07 Les suppléments visés au paragraphe 15.01 ci-dessus sont versés par la Régie au cours du mois de juin suivant l'année d'application.

16.00 Majoration relative à la pratique polyvalente

16.01 Le médecin qui assure, au Québec, la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente peut se prévaloir de la majoration prévue ci-dessous s'il exerce également dans un ou plusieurs des secteurs suivants : un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde, une unité de soins auprès des malades admis d'un CH, en CHSLD, en obstétrique, en centre de détention, en centre-jeunesse, en centre de réadaptation, en soins palliatifs et en traitement des services SLE en milieu hospitalier, étant entendu que ces secteurs sont sujets à de la garde en disponibilité ou sur place.

Les services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec sont réputés être dispensés dans un service d'urgence d'un CH et sujets à la majoration prévue ci-dessous.

Les services de constats de décès et de support en ligne dispensés respectivement dans le cadre des sections II et III de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* sont également sujets à la majoration prévue ci-dessous.

Les services dispensés en santé publique sont sujets à la majoration pour le médecin qui participe à la garde en disponibilité rémunérée en vertu de l'entente particulière relative à la santé publique ou en vertu du tableau des suppléments d'honoraires en santé publique ou en santé et sécurité du travail paraissant à l'annexe I de l'annexe XXIII de l'Entente.

La rémunération versée pour des fonctions médico-administratives assumées dans le cadre des secteurs de services décrits ci-dessus est exclue de l'application de la majoration prévue au paragraphe 16.02.

16.02 Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 16.04 ci-dessous, la majoration applicable à la rémunération versée pour des services dispensés dans un ou des secteurs d'activités visés au paragraphe précédent est fonction du nombre de patients inscrits et actifs que compte un médecin au 31 décembre d'une année d'application. Elle est la suivante :

- la majoration est de 2,5 % si au moins sept cents (700) patients mais moins de mille (1 000) sont inscrits auprès du médecin;
- la majoration est de 5 % si au moins mille (1 000) patients mais moins de mille cinq cents (1 500) sont inscrits auprès du médecin;
- la majoration est de 10 % si mille cinq cents (1 500) patients ou plus sont inscrits auprès de ce médecin.

La rémunération sujette à la majoration prévue ci-dessus ne comprend pas la majoration applicable selon les dispositions des annexes XII et XII-A. Elle inclut la prime de responsabilité prévue à un accord ou à certaines ententes particulières et qui s'ajoute à 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de cet accord ou d'une de ces ententes ainsi que la prime horaire de soutien aux services de première ligne et le forfait de santé publique prévus aux paragraphes 5.10.01 et 5.10.02 de l'*Entente particulière relative à la santé publique*.

La rémunération sujette à la majoration prévue ci-dessus et versée selon le mode des honoraires fixes est augmentée, pour tenir compte de la partie de la rémunération versée en avantages sociaux, du facteur de 1,28 pour les heures régulières et de 1,20 pour les heures de garde.

16.03 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs, pour une année d'application, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel d'inscription conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente sous réserve de l'alinéa suivant.

Au bénéfice du médecin qui compte parmi ses patients inscrits plus de deux cent quarante-cinq (245) patients vulnérables actifs, un facteur de pondération de 2,5 s'applique au nombre de patients vulnérables au-delà de deux cent quarante-cinq (245) patients et cette partie de la clientèle ainsi pondérée est comptabilisée comme telle aux fins de l'application de la majoration prévue au paragraphe précédent.

16.04 Malgré ce qui précède, le médecin qui a obtenu son permis de pratique en 2008 ou subséquemment peut se prévaloir, au cours de ses quatre (4) premières années de pratique, des modalités suivantes :

Majorations	An 1 Patients inscrits	An 2 Patients inscrits	An 3 Patients inscrits	An 4 Patients inscrits
2,5 %	100 à 199	250 à 399	400 à 599	550 à 799
5,0 %	200 à 299	400 à 599	600 à 899	800 à 1 199
10,0 %	300 ou plus	600 ou plus	900 ou plus	1 200 ou plus

L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1^{er} janvier de l'année d'application en cause.

La rémunération versée pour les services visés en établissement durant l'année au cours de laquelle le médecin obtient son permis d'exercice, bénéficie de la majoration applicable au cours de la première année de pratique reconnue au médecin.

16.05 La majoration visée aux paragraphes 16.02 et 16.04 ci-dessus est versée par la Régie sur la base de l'année civile, au cours du mois de juin suivant l'année d'application.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de janvier 2009.

DOCTEUR YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès d'un centre de médecine de jour situé dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence.
- + **1.02** L'annexe I fait état de la liste des installations désignées par les parties aux fins de la présente entente.
- # **AVIS :** *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ D'UN CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

- + **3.01** Aux fins de la présente entente particulière, un centre de médecine de jour doit présenter les caractéristiques suivantes :
 - L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est inscrite sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence.
 - Il regroupe dans un lieu unique, situé dans une des installations de l'établissement, les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique du CHSGS dans lequel est situé le centre de médecine de jour.
 - Il offre des services destinés à assurer, sur une base ambulatoire comme moyen alternatif à l'hospitalisation, l'investigation et le traitement de patients présentant une pathologie complexe ou à risque de complications étant cependant entendu, que de façon générale, il ne reçoit pas de clientèle requérant un suivi simple de clinique externe, incluant le contrôle du taux d'anticoagulation (RNI).

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à la présente entente couvre les activités professionnelles suivantes :

- a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;
- b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;
- c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévues par la présente entente s'appliquent de 8 h à 18 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

- + **5.02** Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'un centre de médecine de jour est rémunéré selon un forfait, par période de quatre (4) heures, divisible en heures, auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il y dispense. Le montant du forfait est de 295,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 307,80 \$ au 1^{er} juin 2013. Le pourcentage du tarif des actes qui s'ajoute est de 65 %. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents de travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

Forfait :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19537** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (0XXX0);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Services médicaux :

Tous les services médicaux facturés dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant :

- le modificateur **190** ou son multiple **806 (094-190)**;
- les honoraires demandés en les calculant à 65 % du tarif de base du service rendu;
- le code d'établissement spécifique (0XXX0).

Dans un centre de médecine de jour (0XXX0), le professionnel doit utiliser les codes d'exams pour patient inscrit en clinique externe d'un CHSGS.

Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

Aux fins des présentes, jusqu'à un maximum de deux (2) forfaits de quatre (4) heures, par jour, sont attribués à l'installation pour rémunérer les activités professionnelles effectuées par l'ensemble des médecins visés par la présente entente. Le comité paritaire détermine le nombre de jours visés ainsi que le nombre de forfaits par jour attribué à l'installation.

Le médecin qui est rémunéré selon ce régime ne peut durant sa période de garde au sein du centre de médecine de jour se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement. Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente est rémunéré pour les actes qu'il pose à 45 % du tarif des services médicaux rendus.

AVIS : *Tous les services médicaux rendus exceptionnellement à l'extérieur du centre de médecine de jour durant la période de travail du médecin désigné, doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant :*

- le modificateur **191**;
- les honoraires demandés en les calculant à 45 % du tarif de base du service rendu;
- le code d'établissement dont le secteur **correspond à celui de l'unité où le service est rendu (donc un secteur différent de « 0 » (0XXX0))**.

5.03 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou celui qui le remplace procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

5.04 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement.

5.05 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Centre de médecine de jour;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

6.00 PROCÉDURES

6.01 Une demande d'adhésion est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par les médecins qui exercent leur profession auprès du centre de médecine de jour. Il en est de même d'une demande de retrait.

6.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'un centre de médecine de jour aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} décembre 2007 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

AVIS : (suite)

- les honoraires demandés sur chaque ligne de service et inscrire le total des honoraires demandés dans la case TOTAL.

Pour un résident, le code de forfait de formation selon le lieu de stages est :

- le code **19916** au tarif de **83,15 \$** si le lieu est un cabinet reconnu;
- le code **19917** au tarif de **62,35 \$** si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);
- le code **19918** au tarif de **62,35 \$** si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).

Pour un externe, le code de forfait de formation selon le lieu de stages est :

- le code **19919** au tarif de **93,70 \$** si le lieu est un cabinet reconnu;
- le code **19920** au tarif de **70,30 \$** si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);
- le code **19921** au tarif de **70,30 \$** si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).

Pour une même journée, si plus d'un même forfait est réclamé dans le même établissement, la facturation de ceux-ci doit être faite sur une seule demande de paiement.

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

La liste des lieux de stages autorisés au regard du paragraphe 5.02 (liste 2) est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

5.03 Les régions visées par les modalités prévues au paragraphe 5.02 ci-dessus sont les suivantes :

- a) Tous les secteurs géographiques visés par l'annexe XII de l'entente générale dont la liste apparaît au préambule de la section de cette annexe;
- + b) Toutes les installations visées par l'annexe XII-A de l'entente générale, toutes les autres installations faisant partie du même réseau local de santé et de services sociaux ainsi que tous les cabinets reconnus pour la formation faisant partie de ces mêmes réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- + c) Le CLSC Laurier-Station du RLS Alphonse-Desjardins, les installations des RLS de Lanaudière-Nord, d'Argenteuil, de la Rivière-du-Nord-Mirabel-Nord, des Pays-d'en-Haut, des Laurentides, de la Haute-Yamaska, de Richelieu-Yamaska, de Sorel Tracy, de Vaudreuil-Soulanges, du Haut-Saint-Laurent, du Suroît, du Haut-Richelieu-Rouville, de Jardins-Roussillon, de la Pommeraie ainsi que tous les cabinets reconnus pour la formation faisant partie du même réseau local de services sociaux que ces installations.

5.04 Le médecin peut, pendant une demi-journée, assumer la responsabilité de plus d'un résident et/ou externe.

5.05 Le médecin facture, quotidiennement, par lieu de stages, le nombre de demi-*per diem* pour le(ou les) résident(s) ou externe(s) supervisé(s).

5.06 La rémunération versée en vertu de la présente section est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5.07 À l'exception des majorations prévues aux annexes XII et XII-A, aucune autre majoration prévue à l'entente générale, à une entente particulière ou à une lettre d'entente ne s'applique à la rémunération versée en vertu du présent article.

6.00 PROCÉDURES

6.01 L'année d'application débute le 1^{er} juillet de chaque année.

6.02 Au début de l'année d'application, les universités transmettent au comité paritaire les informations suivantes :

- + • la liste des UMF et des installations reconnues pour l'enseignement ainsi que le nom du responsable de stages de chaque UMF ou installation;
- la liste des cabinets reconnus pour la formation;
- + • le nombre prévu de mois-stage de résidents et d'externes, de façon distincte, ainsi que leur répartition entre les unités de médecine familiale, les installations et les cabinets reconnus pour l'enseignement ainsi que toute modification intervenant à ce chapitre en cours d'année.

AVIS : *Le cabinet privé reconnu pour la formation qui ne détient pas de numéro de facturation Régie, doit en faire la demande. Pour ce faire, il suffit de remplir le formulaire Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet (4066) disponible sur le site Web de la Régie en y précisant que le numéro de facturation est demandé pour la rémunération du médecin enseignant.*

Le médecin enseignant d'un cabinet reconnu en attente d'un numéro de facturation, doit retenir la réclamation de demi-per diem jusqu'à la réception de celui-ci. Lorsque le numéro de facturation pour ce cabinet est transmis par la Régie, tous les services rendus dans ce cabinet, doivent être facturés avec le numéro attribué, et ce, par l'ensemble des médecins omnipraticiens qui y pratiquent.

Veuillez le faire parvenir à l'adresse mentionnée sur le formulaire ou par télécopieur au 418 646-8110.

6.03 Le responsable de stages doit s'assurer que la grille établissant les activités quotidiennes de chaque résident et externe durant un mois de stage est conservée, tout comme la grille des activités des médecins responsables de la supervision. Ces grilles doivent être conservées pour une période de trois (3) ans après le mois en cause.

- + **6.04** Au cours du trimestre suivant la fin d'un trimestre, la Régie transmet au comité paritaire le nombre de demi-per diem facturés par UMF, par installation et par cabinet reconnu.
- + **6.05** Dans le trimestre suivant la fin de l'année d'application, le comité paritaire compare la prévision du nombre de mois-stage de résidents et d'externes faite en début d'année par les universités à la facturation totale pour chaque UMF, pour chaque installation et pour chaque cabinet reconnu.

En cas de dépassement significatif, le comité paritaire vérifie la validité des prévisions faites par les universités au début de l'année d'application et, s'il y a lieu, demande à la Régie de faire les vérifications requises auprès des responsables de stages en cause. La RAMQ peut décider des correctifs requis ou, selon le cas, soumettre la situation au comité paritaire.

6.06 Le comité paritaire peut examiner toute situation problématique relativement à l'application de la présente section, notamment en ce qui a trait à la facturation d'un médecin, et décider des correctifs requis.

SECTION II : Activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale

1.00 OBJET

1.01 Cette section de l'entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

- + **1.02** L'annexe I ci-jointe contient la liste des installations des établissements, installations ayant une unité de médecine familiale et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour chaque installation, le nombre d'heures alloué pour les services de supervision, le nombre d'heures alloué pour les activités académiques ainsi que le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la présente entente.

1.03 Pour être éligible à une désignation selon la présente entente particulière, une unité de médecine familiale doit être lourde. Est ainsi qualifiée, toute unité de médecine familiale qui est responsable, vis-à-vis d'une faculté de médecine ou d'un département universitaire de médecine familiale, de l'ensemble d'un programme de formation en médecine familiale, notamment sa mise en oeuvre et sa réalisation.

- + **1.04** L'annexe I fait état de la liste des installations des établissements concernés opérant une unité de médecine familiale désignés par le comité paritaire.

AVIS : *La liste des installations des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

AVIS : Utiliser le code d'activité pertinent inscrit à chaque sous paragraphe. Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.01 Sous réserve du paragraphe 3.02, la rémunération prévue par la présente entente particulière couvre les services dispensés aux malades inscrits de la clinique externe relevant de l'unité de médecine familiale désignée, c'est-à-dire :

1. Les services cliniques :

1.1 La dispensation des services médicaux et les activités clinico-administratives qui s'y rapportent (code d'activité **051030** ou **051015** s'il s'agit d'examen relatifs à l'hépatite C);

1.2 Les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation des soins à un patient (code d'activité **051032**);

1.3 Les activités médico-administratives et hospitalières (code d'activité **051043**).

2. Les activités de supervision :

Les périodes entières où un enseignant est affecté à la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des étudiants et des résidents; ces périodes peuvent inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision (code d'activité **051069**).

3. Les activités académiques :

3.1 L'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel (code d'activité **051068**);

3.2 L'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique (code d'activité **051031**);

3.3 La gestion administrative spécifique de l'UMF (code d'activité **051028**);

3.4 Le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques (code d'activité **051027**).

+ **3.02** La rémunération prévue à la présente entente particulière peut aussi couvrir les soins dispensés aux malades admis, à l'exclusion d'un accouchement ou d'un acte d'assistance opératoire. (code d'activité **063030** – Services cliniques – Malades admis)

Pour que les soins dispensés aux malades admis soient ainsi couverts, le médecin doit opter pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire pour ces services au moment de sa nomination, du renouvellement de celle-ci, ou encore au moment de l'adhésion de l'installation à l'entente particulière. Toutefois, lorsque la nomination du médecin ou le renouvellement de celle-ci vise majoritairement la dispensation de soins auprès de patients admis, le médecin doit alors obtenir une autorisation du comité paritaire.

AVIS : L'établissement responsable de l'installation (0XXX3) où le médecin rend des services cliniques aux malades admis doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) en **version papier** sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- cocher la case Malades admis – UMF (paragr. 3.02);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Le médecin devra utiliser le code d'activité **063030** dans l'installation (0XXX3) où il rend ces services.

Les soins aux malades admis, au sens du présent paragraphe, ne comprennent pas les soins médicaux dont la dispensation est régie par une entente particulière, notamment celles ayant pour objet les soins coronariens ou intensifs, les soins psychiatriques, les soins palliatifs ainsi que les soins gériatriques. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas régis par une entente particulière, ces soins sont rémunérés selon les modalités prévues à l'Entente.

+ **3.03** Cette rémunération ne couvre pas la dispensation des services médicaux qui est effectuée par le médecin dans le service d'urgence de première ligne ou dans une clinique externe physiquement distincte de celle relevant de l'unité de médecine familiale désignée.

Toutefois, cette rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le cas, couvre les visites à domicile que le médecin est appelé à effectuer dans le cadre de ses activités au sein de l'unité de médecine familiale, à moins que celui-ci n'opte, au moment de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci, ou au moment de l'adhésion de l'installation à l'entente, pour le mode de l'acte lors des visites à domicile.

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'Entente, le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de l'unité de médecine familiale est, pour les activités décrites à l'article précédent et selon l'option exercée en vertu de son paragraphe 3.02, rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

Le médecin doit être détenteur d'un titre universitaire.

Malgré le premier alinéa ci-dessus, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.

AVIS : *Lorsque le médecin opte pour l'acte pour les services médico-administratifs (annexe XIII), il ne doit pas réclamer de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes pour la période de temps où il dispense ces services.*

- + **4.02** Par accord des parties, le nombre d'heures alloué à une installation pour les activités professionnelles de supervision et académiques visées aux présentes est, sur une base annuelle, déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire. Le nombre d'heures ainsi déterminé se subdivise en deux banques distinctes, la première devant rémunérer les services de supervision décrits à l'alinéa 2 du paragraphe 3.01 et la seconde, les activités académiques décrites à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01.

4.03 Le transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque devant servir à rémunérer les activités académiques doit être approuvé par le comité paritaire.

- + **4.04** Le nombre d'heures alloué à chaque installation pour les services cliniques tels que décrits à l'alinéa 1 du paragraphe 3.01 est déterminé par le comité paritaire. Toute modification à ce nombre d'heures relève également du comité paritaire.

4.05 Le comité paritaire informe l'établissement et la Régie du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques.

4.06 La répartition entre les médecins du nombre d'heures alloué pour les activités professionnelles de supervision, académiques ainsi que du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques est déterminée par le chef de l'unité de médecine familiale et entérinée par le chef du département de médecine générale.

4.07 Malgré le premier alinéa du paragraphe 4.01 ci-dessus, le médecin peut, lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir sur recommandation du médecin chef de l'unité de médecine familiale et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous de l'unité de médecine familiale. Exceptionnellement, si le médecin ne pouvait se prévaloir de l'option lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, ou si l'unité n'offrait alors pas de services sans rendez-vous, il peut exercer l'option en cours de nomination.

- # **AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- cocher la case Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.08 Dans le cas où l'unité de médecine familiale est rattachée à un CLSC, le médecin doit facturer en vertu de la présente entente les services dispensés pour toutes les activités qui relèvent de l'unité de médecine familiale et en vertu de l'entente relative aux CLSC pour les activités qui relèvent du CLSC.

4.09 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode respectif de rémunération. La Régie doit également être informée du nom des médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 3.02 et 4.07.

- # **AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.10 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe mensuellement les parties négociantes ainsi que les chefs des unités de médecine familiale concernées du suivi de l'utilisation des différentes banques d'heures.

4.11 Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).*

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

*Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :*

- 051XXX
- 063XXX

*Avec les **emplois de temps** suivants :*

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX030 Services cliniques
- XXX031 Étude de dossiers
- 051068 Encadrement clinique et pédagogique
- 051069 Activité de supervision

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'Entente relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière, le comité détermine les modalités de transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque allouée pour la rémunération des activités académiques, dont les règles de conversion et la période couverte par le transfert.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **6.01** Le présent article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à la présente entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'une installation d'un établissement, installation qui opère une unité de médecine familiale, désignée aux fins des présentes.
- + **6.02** Une demande selon le présent article est formulée conjointement par l'installation concernée ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale.
- 6.03** Le choix d'adhérer à la présente entente particulière doit, pour être valable, recevoir l'appui des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale concernée et qui, en termes d'heures, assument la majorité des activités professionnelles qui s'y exercent.
- + **6.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité de médecine familiale requiert, outre l'approbation des parties, celle de l'installation qui exploite l'unité de médecine familiale ainsi que celle des médecins qui assument la majorité des services.
- 6.05** Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à l'adhésion ou au retrait de la présente entente particulière, ce désaccord peut être soumis au comité paritaire afin qu'il recommande aux parties, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'unité de médecine familiale visée.
- + **6.06** Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie, l'installation de l'établissement, installation qui opère l'unité de médecine familiale ainsi que les médecins concernés.

7.00 FORMATION CONTINUE

7.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions du présent article tout médecin qui détient une nomination de l'établissement responsable de l'unité de médecine familiale adhérente à la présente entente.

7.02 Les cours de formation admissibles aux présentes dispositions doivent répondre aux conditions apparaissant à l'article 2.00 de l'annexe XIX de l'Entente relative au Programme de formation continue et être approuvés par le chef de l'unité de médecine familiale. Certaines activités de formation pertinentes ne répondant pas aux conditions de l'article 2 de l'annexe XIX pourront être également admissibles avec l'approbation du chef de l'UMF.

7.03 Une banque de journées de formation, sur la base de cinq (5) journées de formation continue par médecin en équivalent temps complet, est allouée à chaque UMF par période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente détermine le nombre alloué à chaque UMF.

7.04 Le chef de l'unité de médecine familiale est responsable de la répartition entre les médecins des journées de formation allouées à l'unité de médecine familiale.

7.05 La journée de formation visée par les présentes dispositions comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

7.06 Quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui bénéficie de journées de formation continue selon les présentes dispositions reçoit une allocation forfaitaire de 372 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 388 \$ au 1^{er} avril 2013 ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 167 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 174 \$ au 1^{er} avril 2013. Le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente pour sa pratique dans l'UMF a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

AVIS : Pour les professionnels à **tarif horaire**, utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) en inscrivant les informations suivantes :

- sous **quantième** : inscrire la date de la journée de la formation continue;
- sous **mode de rémunération** : inscrire TH;
- sous **plage horaire** : indiquer la plage au cours de laquelle la formation a débuté;
- sous **code d'activité** **051133** pour une demi-journée de formation continue;
051134 pour une journée complète de formation continue;
- sous **heures travaillées** : toujours inscrire 1 heure.

Pour les professionnels à **honoraires fixes**, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (1216) et le code de congé 17 :

- sous **durée (jours)** : inscrire 1.00 ou 0.50

- a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum une (1) fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, sous réserve des dispositions des paragraphes 5.2 et 5.3 de la section II de l'annexe XII, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : Le médecin qui réclame le remboursement de ses frais de déplacement doit remplir la partie DÉPLACEMENT du formulaire Demande de remboursement des mesures incitatives (3336). Le médecin qui choisit d'utiliser les frais de déplacement selon les dispositions de la formation continue en UMF doit l'indiquer dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nom et le numéro d'établissement de l'UMF dans la partie ENDROIT DE PRATIQUE.

- b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3, alinéa c), de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : Le médecin qui réclame l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit compléter la partie RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT du formulaire Demande de remboursement des mesures incitatives (3336). Le médecin qui choisit d'utiliser les journées d'allocation forfaitaire selon les dispositions de la formation continue en UMF doit l'indiquer dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nom et le numéro d'établissement de l'UMF dans la partie ENDROIT DE PRATIQUE.

7.07 Le médecin qui bénéficie des journées de formation prévues par les présentes dispositions doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée au paragraphe précédent, fournir à la Régie les pièces justificatives au plus tard trois (3) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation. Les pièces justificatives sont :

- a) l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu du paragraphe 7.02 ci-dessus. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés;
- b) l'approbation du chef de l'unité de médecine familiale relativement au cours de formation en cause.

8.00 CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

8.01 Aux fins des dispositions prévues au présent article, les activités médico-administratives visées sont celles qu'assument le chef de l'unité de médecine familiale et celui qui l'assiste.

8.02 Les activités visées au présent article sont rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 64,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19909** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement désigné dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

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

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

8.03 Une banque annuelle sur la base de l'année civile et selon le groupe auquel elle appartient, est attribuée à chaque unité de médecine familiale adhérente à la présente entente particulière. Le nombre de forfaits alloué pour le groupe 1 est de 200 forfaits et, pour le groupe 2, de 280 forfaits. Le groupe d'appartenance est précisé à l'annexe I.

AVIS : *La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

8.04 Le chef de l'unité de médecine familiale doit se prévaloir d'au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à l'unité de médecine familiale.

8.05 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef de l'unité de médecine familiale ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions du présent article.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- cocher la case Chef de l'UMF (paragr. 8) ou Assistant du chef de l'UMF (paragr. 8);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

SECTION III : Mise en vigueur et durée

1.00 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1^{er} janvier 1997 ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale désignée et y dispense des services médicaux.

Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - GARDE SUR PLACE - CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne d'une installation d'un établissement fusionné ou non, installation qui, visée au paragraphe 1.02 ci-après, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou qui fait partie du réseau de garde intégré, et est désigné aux fins des présentes.
 - + **1.02** Pour être éligible à une désignation selon cette entente, une installation qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) comportant un service d'urgence de première ligne ou qui fait partie du réseau de garde intégré doit, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, assurer une garde sur place dans ce service d'urgence.
 - + **1.03** L'annexe I contient la liste des installations désignées ayant opté pour le régime A et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent, la date de leur désignation à la présente entente particulière ainsi que le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chacune des installations en cause. Ces données sont déterminées par le comité paritaire.
 - + **1.04** L'annexe II contient la liste des installations désignées ayant opté pour le régime B et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent ainsi que la date de leur désignation à la présente entente particulière.
- # **AVIS :** La liste des installations désignées des annexes I et II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- + **2.01** L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne d'une installation susmentionnée, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- + **3.01** Les modalités de rémunération prévue à la présente entente couvrent, de façon exclusive, dans le service d'urgence d'une installation désignée, la rémunération de la garde sur place effectuée par un médecin entre 8 h et 24 h, et, au delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.
- + **3.02** Exceptionnellement, est toutefois rémunéré selon l'entente générale, le médecin qui, en dehors d'une période pendant laquelle il reçoit une rémunération en vertu de cette entente ou de l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V, est appelé à dispenser, dans le service d'urgence de première ligne de l'installation, des soins à la demande d'un patient du service d'urgence ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du service d'urgence.

AVIS : Le professionnel qui rend des services à l'urgence en dehors d'une période couverte par son forfait de garde à l'urgence (à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence) doit **obligatoirement inscrire la lettre « G » dans la case C.S. pour tous les services réclamés.** (Voir également l'avis sous le paragraphe 4.04 et la section 4.6.3 sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT de votre manuel).

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

- + **4.01** Une installation, éligible à une désignation selon la présente entente, opte pour le régime A ou le régime B, tels que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes.
- + **4.02** Le médecin soumis à l'application du régime A ou du régime B est rémunéré selon un forfait par période de quatre (4) heures, divisible en heures, auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense. Les montants des forfaits applicables et le pourcentage du tarif des actes diffèrent selon le régime de rémunération auquel adhère l'installation et selon le groupe auquel appartient l'installation.

Malgré l'alinéa précédent, un médecin détenteur d'une nomination d'un établissement visé aux présentes et qui est rémunéré à honoraires fixes peut opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes lors de sa nomination, du renouvellement de celle-ci ou encore de la désignation de l'installation à la présente entente. En ce cas, le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'installation soumis au régime A.

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **XXX063** Garde sur place
- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

- + **4.03** Le groupe auquel appartient l'installation est déterminé par le protocole d'entente relatif à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés entré en vigueur le 7 mars 1999. Les parties conviennent de revoir la classification des installations annuellement.

4.04 Les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V relatives à la période de 0 h à 8 h s'appliquent.

AVIS : Le professionnel qui opte pour une facturation à 100 % des services médicaux en vertu de l'article 1.4 a) du Préambule général durant sa période de garde de 0 h à 8 h, doit **obligatoirement inscrire la lettre « G » dans la case C.S.** pour tous les services réclamés durant cette période.

4.05 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes.

AVIS : Dans un service d'urgence (0XXX7) et dans un CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2) : voir les avis intégrés à la règle 2.2.9 B du préambule général de votre manuel de facturation.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUES AU RÉGIME A

AVIS : INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER

1. Codes d'acte à utiliser selon la période et le groupe						
Période	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)
8 h à 20 h / 4 heures : Semaine Samedi, dimanche, jours fériés	09858 09859	375,40 375,40	09862 09863	342,20 342,20	09866 09867	307,80 307,80
20 h à 24 h / 4 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09860	409,80	09864	375,40	09848	307,80
Au-delà de 24 heures / 4 heures (paragraphe 3.01) : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09861	409,80	09865	375,40	09849	307,80
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures : Semaine seulement Samedi, dimanche, jours fériés seulement	09802 19065	683,60 833,20	09804 19067	683,60 833,20	09998 19055	683,60 833,20
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures : Semaine seulement Samedi, dimanche, jours fériés seulement	09803 19066	683,60 833,20	09805 19068	683,60 833,20	09994 19056	683,60 833,20

4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place

Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. **NOTE** : voir le point 5, page suivante, pour autres données.

En application de l'annexe IX de l'Entente, paragraphe 5.3, si le modificateur **097, 105, 106 ou 107** doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur **062** sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.

Période	Modificateur	Rémunération
En semaine de 8 h à 20 h	105	50,7 % du tarif des actes
En semaine de 20 h à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	106	50,7 % du tarif des actes
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf. : paragraphe 4.01) (au-delà de 24 h)	107	50,7 % du tarif des actes
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (paragraphe 1.4 du P. G.) de 0 h à 8 h	097	101 % du tarif des actes
Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
050 - 097	546	0,5050
050 - 097 - 415	759	0,5707
050 - 105	547	0,2535
050 - 106	548	0,2535
050 - 106 - 413	343	0,2865
050 - 106 - 414	344	0,3118
050 - 106 - 108	307	0,3296
094 - 097	214	1,0100
094 - 097 - 179	330	1,0100
094 - 097 - 179 - 415	925	1,1413
094 - 097 - 415	761	1,1413
094 - 105	234	0,5070
094 - 105 - 179	331	0,5070
094 - 106	235	0,5070
094 - 106 - 108	300	0,6591
094 - 106 - 108 - 179	917	0,6591
094 - 106 - 179	332	0,5070
094 - 106 - 179 - 413	921	0,5729
094 - 106 - 179 - 414	922	0,6236
094 - 106 - 413	341	0,5729
094 - 106 - 414	342	0,6236
094 - 107	236	0,5070
094 - 107 - 415	763	0,5729
097 - 179	200	1,0100
097 - 179 - 415	762	1,1413
097 - 187	698	1,0100
097 - 187 - 415	760	1,1413
097 - 415	711	1,1413
105 - 179	201	0,5070
105 - 187	690	0,5070
106 - 108	237	0,6591
106 - 108 - 179	329	0,6591
106 - 108 - 187	372	0,6591
106 - 179	202	0,5070
106 - 179 - 413	752	0,5729
106 - 179 - 414	753	0,6236

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
106 - 187	691	0,5070
106 - 413	862	0,5729
106 - 414	863	0,6236
107 - 415	818	0,5729
5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (1200)		
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie; - l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la section Actes; - le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7); - le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055; - les honoraires sur base horaire sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055; - l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.		
Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 ou 19055 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.		

- + **5.01** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 1 sont les suivants :
- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 360,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 375,40 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 393,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 409,80 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **5.02** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 2 sont les suivants :
- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 328,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 342,20 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 360,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 375,40 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **5.03** Le forfait applicable aux installations du groupe 3 est de 295,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 307,80 \$ au 1^{er} juin 2013 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.
- + **5.04** À un forfait susmentionné, s'ajoute, quel que soit le groupe de l'installation, cinquante virgule sept pour cent (50,7 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS : Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Garde sur place-Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un **patient admis**, doit facturer la visite de suivi ou d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs du service d'urgence **105, 106 et 107 (régime A)** ou **401, 402 et 403 (régime B)**, ou un de leurs multiples, ainsi que ceux au P.G. 1.4 ou ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.

AVIS : À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

- + **5.05** Si un établissement non fusionné visé aux présentes administre plus d'un service d'urgence de première ligne situé dans des installations géographiquement distinctes, la formule de rémunération prévue à cet article s'applique, de façon distincte, selon les modalités de désignation apparaissant à l'annexe I, dans le service d'urgence de chacune des installations en cause.

5.06 Sous réserve du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V, un forfait visé au présent article n'est divisible que sur base horaire. Ainsi divisé, un forfait peut être utilisé aux fins de déterminations prévues au paragraphe 5.11.

5.07 Un médecin peut, si des circonstances exceptionnelles et temporaires le justifient, à la demande du chef de département de médecine générale ou du médecin responsable, en surplus du nombre de médecins bénéficiant de la rémunération forfaitaire prévue, effectuer une garde sur place, entre 8 h et 24 h. Le chef de département informe le comité paritaire des motifs de son autorisation.

5.08 Le médecin visé au paragraphe 5.07 bénéficie de la rémunération prévue à cette entente. Après examen des motifs qui lui ont été soumis, le comité paritaire rajuste pour autant le nombre hebdomadaire de forfaits alloué au service d'urgence pour la période en cause et en informe la Régie.

5.09 Lorsque le médecin visé aux paragraphes 4.02 ou 5.07 doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, l'activité professionnelle en cause est rémunérée à 45 % de la valeur des actes médicaux qu'il dispense. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicté le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou le paragraphe 4.04 des présentes.

5.10 Dans un service d'urgence visé aux présentes, lorsque le médecin doit, dans une même journée, effectuer, en plus d'une garde de 0 h à 8 h, une garde comprise entre 8 h et 24 h, la facturation afférente à la période de 0 h à 8 h est également déterminée, en exclusivité, selon le cas, par les dispositions qu'édicté le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou 4.04 des présentes.

5.11 Le nombre de forfaits autorisés est, dans un premier temps, établi sur base hebdomadaire. Par la suite, il est réparti sur base journalière.

- + **5.12** Le nombre hebdomadaire de forfaits autorisés est établi par les parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00. Cette détermination est arrêtée en fonction du temps, du lieu, de la nature, du volume, de la fréquence et de la lourdeur des services médicaux qui doivent être dispensés, d'une façon immédiate, par les médecins, et ce, en tenant compte des conditions observées dans le service d'urgence de l'installation visée.

5.13 La répartition journalière des forfaits autorisés est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable, ou le médecin qui le remplace.

5.14 Le nombre journalier de forfaits peut varier selon qu'il s'agit d'une journée régulière, d'une journée fériée, d'un samedi ou d'un dimanche.

5.15 Lorsque les conditions observées dans le service d'urgence le justifient, notamment celles attestant d'une surcharge de travail en fonction des effectifs médicaux en place, le comité paritaire peut, à titre exceptionnel, dans la détermination du nombre de forfaits hebdomadaire approprié, tenir compte du temps qui, excédentaire à un quart de garde, peut être requis par la dispensation de services médicaux ou le complètement de dossiers.

Dans le cas où l'accompagnement d'un patient lors d'un transfert ambulancier est susceptible d'entraîner un dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence, le médecin qui fait l'accompagnement et celui qui le remplace au service d'urgence, peuvent, sans obtenir l'autorisation du comité paritaire être rémunérés simultanément selon les dispositions de la présente entente pour une période s'échelonnant de 8 h à 24 h et cela en raison d'une considération exceptionnelle. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier. Tout dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence pour effectuer un tel transfert est, dans ce cas, réputé autorisé par le comité paritaire.

AVIS : *Pour identifier un forfait de garde sur place en rapport à un transfert ambulancier, le médecin qui effectue le transfert doit facturer le code de forfait permis, divisible selon le temps requis pour effectuer le transfert. Il doit inscrire le modificateur **381** ou son multiple sur sa demande de paiement ainsi que le NAM de la personne transférée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

6.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUES AU RÉGIME B

AVIS : INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER

1. Codes d'acte à utiliser selon la période et le groupe						
Période	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)
8 h à 20 h / 4 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	19850	230,00	19853	207,00	19856	185,20
20 h à 24 h / 4 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	19851	251,00	19854	227,20	19857	185,20
Au-delà de 24 heures / 4 heures (paragraphe 3.01) : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	19852	251,00	19855	227,20	19858	185,20
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures : Semaine seulement	09802	683,60	09804	683,60	09998	683,60
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19065	833,20	19067	833,20	19055	833,20
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures : Semaine seulement	09803	683,60	09805	683,60	09994	683,60
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19066	833,20	19068	833,20	19056	833,20
4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place						
Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. NOTE : Voir le point 5, page suivante, pour autres données. En application de l'annexe IX de l'Entente, paragraphe 5.3, si le modificateur 097, 401, 402 ou 403 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur 062 sauf si un modificateur multiple peut-être utilisé.						
Période	Modificateur		Rémunération			
En semaine de 8 h à 20 h	401		77,8 % du tarif des actes			
En semaine de 20 h à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	402		77,8 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf. : paragraphe 4.01) (au-delà de 24 h)	403		77,8 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (paragraphe 1.4 du P. G.) de 0 h à 8 h	097		101 % du tarif des actes			
Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple		Constante (Facteur de multiplication)			
050 - 097	546		0,5050			
050 - 097 - 415	759		0,5707			
050 - 108 - 402	380		0,5057			
050 - 401	826		0,3890			
050 - 402	827		0,3890			
050 - 403	828		0,3890			
094 - 097	214		1,0100			
094 - 097 - 179	330		1,0100			
094 - 097 - 415	761		1,1413			
094 - 097 - 179 - 415	925		1,1413			
094 - 401	829		0,7780			
094 - 402	830		0,7780			

094 - 403	831	0,7780
094 - 403 - 415	764	0,8791
094 - 108 - 402	384	1,0114
094 - 108 - 179 - 402	920	1,0114
094 - 179 - 401	385	0,7780
094 - 179 - 402	386	0,7780
094 - 179 - 402 - 413	923	0,8791
094 - 179 - 402 - 414	924	0,9569
094 - 402 - 413	757	0,8791
094 - 402 - 414	758	0,9569
097 - 179	200	1,0100
097 - 179 - 415	762	1,1413
097 - 187	698	1,0100
097 - 187 - 415	760	1,1413
097 - 415	711	1,1413
108 - 402	832	1,0114
108 - 179 - 402	387	1,0114
108 - 187 - 402	388	1,0114
179 - 401	833	0,7780
179 - 402	834	0,7780
187 - 401	835	0,7780
187 - 402	836	0,7780
402 - 413	874	0,8791
402 - 414	875	0,9569
403 - 415	816	0,8791
5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (1200)		
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie; - l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la section Actes; - le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7); - le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055 ; - les honoraires sur base horaire sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055 ; - l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.		
Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 ou 19055 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.		

- + **6.01** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 1 sont les suivants :
- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 220,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 230 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 240,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 251 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **6.02** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 2 sont les suivants :
- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 198,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 207 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 218 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 227,20 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **6.03** Le forfait applicable aux installations du groupe 3 est de 177,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 185,20 \$ au 1^{er} juin 2013 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.

- + **6.04** À un forfait susmentionné s'ajoute, quel que soit le groupe de l'installation, soixante-dix-sept virgule huit pour cent (77,8 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Garde sur place-Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un **patient admis**, doit facturer la visite de suivi ou d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs du service d'urgence **105, 106 et 107 (régime A)** ou **401, 402 et 403 (régime B)**, ou un de leurs multiples, ainsi que ceux au P.G. 1.4 ou ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.*

AVIS : *À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.*

6.05 Lorsqu'un médecin soumis au régime B doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, il est rémunéré selon les dispositions des paragraphes 6.01, 6.02, 6.03 et 6.04 ci-dessus. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou le paragraphe 4.04 des présentes.

- + **6.06** Les médecins de l'installation qui a opté pour le régime B peuvent utiliser, à chaque jour de la semaine, le nombre de forfaits qui leur est nécessaire pour rémunérer les activités professionnelles visées par la présente entente particulière.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins d'informer et de conseiller les établissements et les médecins visés aux présentes relativement à la mise en oeuvre de cette entente particulière.

7.02 Ce comité a également pour fonction d'examiner les demandes des établissements et de soumettre aux parties les avis qui lui semblent pertinents quant aux matières suivantes :

- + a) en regard de la présente entente particulière, l'adhésion ou le retrait d'une installation;
- b) toute recommandation, avis ou consentement visé aux présentes.

- + **7.03** Ce comité voit à évaluer la classification des installations, selon les dispositions du paragraphe 4.03, et à la mise en oeuvre de la présente entente particulière. S'il y a lieu, il recommande, au Ministre et à la Fédération, les correctifs nécessaires.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **8.01** Cet article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à cette entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'une installation visée aux présentes.
- + **8.02** Une demande est formulée conjointement par l'établissement qui exploite l'installation visée ainsi que par les médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause. Elle est transmise, par écrit, au Ministre et à la Fédération.

8.03 Le choix d'adhérer à cette entente particulière doit, pour être valable, recevoir, outre l'accord de l'établissement et l'acquiescement du chef du département de médecine générale ou du médecin responsable, l'appui de la majorité des médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause.

- + **8.04** Une demande ayant pour objet de soustraire une installation de l'application de cette entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui, majoritaire, des médecins concernés, l'accord du comité paritaire.
- + **8.05** Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à une adhésion à cette entente particulière ou à un retrait de celle-ci, ce désaccord peut, à la demande d'une partie intéressée, être soumis au comité paritaire. Ce dernier recommande, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'installation en cause.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon cet article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

8.07 Une adhésion au sens de cet article ne peut être d'une durée inférieure à un (1) an.

EP - CISSS DES ÎLES

ENTENTE PARTICULIÈRE

+ AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS OU AUPRÈS DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles. Elle couvre tous les centres et installations de l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'établissement susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire sous réserve des paragraphes suivants.

AVIS : *Le CISSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Utiliser les codes d'activité suivants :

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **002083** Garde en disponibilité (anesthésie)
- **002084** Services cliniques (situation exceptionnelle) (TH seulement)
- **002085** Garde sur place (situation exceptionnelle) (TH seulement)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.02 Pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements. Le médecin qui opte pour les dispositions de cette entente doit respecter les conditions suivantes :

- a) il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre;
- b) le régime de rémunération (A ou B) qui lui est applicable est celui pour lequel a opté l'établissement;
- c) il ne peut partager la garde sur place qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

AVIS: *Le CISSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- à la section Informations additionnelles, sélectionner Article 3.02 – Services dispensés au service d'urgence (acte);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour les instructions de facturation, voir l'entente particulière relative à la garde sur place à l'urgence.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS: - Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité)

- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours du trimestre visé.

3.04 Les services médicaux dispensés à domicile pour le compte du Centre de santé de même que les services dispensés à la clinique externe du centre hospitalier sont, aux fins de l'annexe XII et de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, réputés être rendus dans le cadre du CLSC.

AVIS: *Pour chaque médecin qui exerce au CLSC de l'Archipel (**80795**), le CISSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour la facturation, s'il répond à l'une des exigences du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII, le médecin a droit à la majoration inscrite sous la colonne Cabinet.

3.05 La garde en disponibilité et certaines activités médico-administratives ou liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle sont rémunérées par un ou plusieurs forfaits complémentaires quotidiens selon les conditions suivantes :

- a) Les médecins qui se prévalent des dispositions du présent paragraphe s'engagent à assurer l'ensemble des gardes en disponibilité requises par l'établissement à l'exception de celle requise en anesthésie rémunérée selon les dispositions du paragraphe 5.00 ci-dessous.
- b) À l'exception des modalités de rémunération prévues à l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF), aucune autre rémunération n'est prévue pour la garde en disponibilité visée au présent paragraphe.
- c) Le montant du forfait complémentaire quotidien est de 129,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 135,30 \$ au 1^{er} juin 2013.

- d) Le médecin facture, de façon distincte, les forfaits complémentaires quotidiens accordés pour les services de garde en disponibilité et ceux accordés pour les autres activités.

AVIS: Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19678** (forfait complémentaire pour la garde en disponibilité);
- ou**
- le code **19679** (forfait complémentaire pour les activités médico-administratives ou liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement approprié **0326X ou 80795**, selon que le forfait soit en rapport avec des activités hospitalières ou en CLSC.

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

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

- e) Sur la base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement, le comité paritaire alloue une banque annuelle de 7 218 forfaits complémentaires quotidiens requis pour la dispensation des services visés aux présentes.
- f) Le chef du département clinique de médecine générale ou celui qui en assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels détermine la répartition des forfaits complémentaires quotidiens entre les médecins.

3.06 La rémunération visée au paragraphe 3.05 ci-dessus est sujette à l'application du paragraphe 5.03 de l'annexe IX de l'entente.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

4.01 Nomination à demi-temps en périodes discontinues :

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS: Le CISSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipratique – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- à la section Informations additionnelles, sélectionner Article 4.01 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

- la moitié de la prime d'isolement;
- une sortie dont les frais sont remboursés à 50 %;
- dix jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 4.01 a) ci-dessus.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ EN ANESTHÉSIE

5.01 La garde en disponibilité en anesthésie est rémunérée, sur base horaire, à 40 % du taux normal applicable jusqu'au 31 mars 2008, à 45 % de ce taux à compter du 1^{er} avril 2008 et à 50 % de ce taux à compter du 1^{er} avril 2009;

5.02 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

5.03 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique le modificateur inscrit sous la colonne 3.

6.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

6.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1^{er} juin 1998. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2010 sauf pour son paragraphe 5.01 qui prend effet le 1^{er} avril 2008. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11^e jour d'août 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès de patients inscrits dans une unité de décision clinique située dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- + **1.02** L'annexe I fait état de la liste des installations désignées et précise, le cas échéant, le régime de rémunération applicable à l'installation ainsi que le nombre de forfaits alloués hebdomadairement à l'installation.
- # **AVIS :** La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CARACTÉRISTIQUES D'UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

3.01 Aux fins de la présente entente particulière, une unité de décision clinique doit présenter les caractéristiques suivantes :

- + - L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est admise sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) ou du département de médecine d'urgence d'un établissement fusionné ou non fusionné exploitant une installation opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- Le fonctionnement de l'unité de décision clinique et la dispensation des services médicaux auprès des patients admis sont assumés par les médecins qui exercent au service d'urgence.
- Elle occupe des locaux faisant partie du service d'urgence ou adjacents à celui-ci et elle regroupe dans ce lieu les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique de l'établissement dans lequel est situé l'unité de décision clinique.
- Seuls les patients nécessitant un séjour hospitalier pour une évaluation rapide de leur condition et un traitement de courte durée y sont pris en charge. En l'absence d'une unité de décision clinique, ces patients nécessiteraient une hospitalisation en soins de courte durée. La durée de séjour projetée de la clientèle admise est d'au plus 48 heures.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités professionnelles visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

- a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient, y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;

- b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire, ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;
- c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévue à la présente entente particulière couvrent, de façon exclusive, les services médicaux dispensés sur place entre 8 h et 24 h et, au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.

AVIS : *Tous les services rendus dans l'unité de décision clinique doivent être facturés avec le numéro d'établissement 4XXX7. Indiquer la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.*

- + **5.02** Durant la période comprise entre 0 h et 8 h, les services médicaux sont dispensés selon l'organisation prévue, soit par le(s) médecin(s) qui effectue(nt) la garde sur place au service d'urgence de l'installation ou par le(s) médecin(s) qui assurent la garde en disponibilité au bénéfice des patients admis à l'unité de décision clinique.

AVIS : *Le médecin utilisant le forfait prévu à l'article 1.4 b) du préambule général doit facturer les actes dispensés dans l'unité de décision clinique avec le modificateur pertinent. Celui dont l'établissement adhère à l'entente particulière concernant la garde dans certains établissements (EP-43) et qui fait le choix de la rémunération à l'acte 1.4 a) du préambule général doit identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure à laquelle le service a été rendu et inscrire « G » dans la case C.S. Pour la garde en disponibilité, le médecin dont l'établissement adhère à cette entente particulière (EP-38), veuillez vous référer aux instructions prévues. Pour les services médicaux rendus durant cette garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

- + **5.03** Les modalités de rémunération du médecin qui dispense des services médicaux prévues par la présente entente particulière sont fonction de l'adhésion ou non de l'urgence de l'installation à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements. Les modalités de rémunération sont les suivantes :

- a) Le médecin, dont l'installation est adhérent à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements, est rémunéré de la façon suivante :

- i) Le montant du forfait qui lui est applicable est celui qui est prévu selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence.
- ii) Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

AVIS : *Pour la facturation des forfaits, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43), article 5.00 ou 6.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire et du groupe auquel appartient l'établissement. La facturation de ces forfaits doit être faite en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.*

- iii) Au forfait susmentionné, s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V. Le pourcentage du tarif diffère selon le régime auquel adhère l'installation. Le pourcentage applicable est de 45 % du tarif des services médicaux rendus par le médecin soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage applicable est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Dans l'unité de décision clinique (4XXX7), le professionnel doit utiliser les codes de visite pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D Niveau A seulement.*

- iv) Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente particulière est rémunéré pour les actes qu'il pose selon un pourcentage du tarif des services médicaux rendus selon la tarification applicable dans cette unité. Ce pourcentage est de 45 % du tarif des services médicaux rendus lorsque le médecin est soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Établissement adhérent au Régime A :*

Pour l'utilisation des modificateurs pertinents, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43), article 5.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire, en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.

AVIS : (suite)**Établissement adhérent au Régime B :**

Pour les services médicaux rendus en période de garde, veuillez utiliser les modificateurs suivants :

- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h.....**MOD 406**
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou le samedi, le dimanche ou une journée fériée de 8 h à 24 h ou au-delà de 24 h en tout temps.....**MOD 407**
- Les honoraires demandés en les calculant à 85 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- Le code d'établissement spécifique **4XXX7**.

Le multiple des modificateurs **406** et **407** sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
094 - 108 - 407	765	1,1050
094 - 406	819	0,8500
108 - 407	837	1,1050

- v) Pour une même période d'activité, un médecin ne peut se prévaloir simultanément des forfaits alloués en vertu de la présente entente et des forfaits prévus selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.
- + b) Dans le cas où l'installation n'est pas soumise à l'application de l'entente particulière visée au sous-paragraphe 5.03 a) qui précède, le médecin reçoit la rémunération qui est payable suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V de l'Entente.

AVIS : Dans l'unité de décision clinique (**4XXX7**), le professionnel doit utiliser les **codes de visite** pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D **Niveau A** seulement.

5.04 S'appliquent également les modalités de rémunération suivantes :

5.04.1 Les dispositions prévues au paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière, forfait et pourcentage des actes. Toutefois, pour une période donnée le médecin ne peut réclamer le supplément pour les services dispensés en horaires défavorables prévu au dernier alinéa du paragraphe 2.2.9 B qu'en un seul lieu (le service d'urgence ou l'unité de décision clinique, selon le cas).

5.04.2 Le médecin a droit, conformément au libellé de cet acte, à la facturation du forfait de congé en établissement d'un patient admis, sauf lorsque le patient quitte l'unité de décision clinique pour être admis en courte durée. Le médecin a droit de réclamer 100 % du tarif fixé pour le congé en établissement, malgré les paragraphes 5.03 a) iii) et 5.03 a) iv) ci-dessus.

AVIS : Pour la facturation du forfait de congé, veuillez vous référer aux instructions prévues à l'E.P. relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, paragraphe 9.00 C), en utilisant le numéro d'établissement **4XXX7**.

5.05 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement avec des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement.

- # **AVIS :** Les établissements dont les installations sont adhérentes à cette entente particulière doivent transmettre à la Régie la liste des professionnels (noms et numéros de pratique) qui exercent dans l'unité de décision clinique, en prenant soin de spécifier, pour chacun, la date de début de la période visée et, le cas échéant, celle de fin. Les établissements doivent également informer la Régie de toute modification apportée à cette liste.

Par la poste

Régie de l'assurance maladie
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

Par télécopieur

418 646-8110

5.06 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou le chef de département de médecine d'urgence, ou celui qui remplace l'un ou l'autre selon le cas, procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

- + - Il est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné qui désire se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce dans une unité de décision clinique. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.
- + - Aux fins de l'application du paragraphe 5.03 a) de la présente entente particulière, il détermine, le cas échéant, le nombre de forfaits hebdomadaires attribués à l'installation pour rémunérer les activités effectuées pour l'ensemble des médecins visés par la présente entente et il en informe l'établissement et la Régie. À cette fin, le comité paritaire tient compte des conditions et des données observées au service d'urgence de l'installation concernée dans le cadre de l'application de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace la *Lettre d'entente n° 201* du 1^{er} septembre 2008. Elle entre en vigueur le 1^{er} septembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^e jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - DSQ - DMÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA PARTICIPATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC ET AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ADOPTION DE DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES****PRÉAMBULE**

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIVIT :**1.0 OBJET**

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines conditions d'exercice, de rémunération et de modalités de remboursement applicables au médecin qui participe, sur une base volontaire, au Dossier de santé du Québec (DSQ).

1.2 Cette entente porte également sur les conditions d'exercice et les modalités de rémunération et de remboursement applicables au médecin qui, en plus de participer au DSQ, participe au programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par le médecin de première ligne (le Programme DMÉ).

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.1 En ce qui concerne le DSQ, la présente entente particulière s'applique à tout médecin peu importe son lieu de pratique et l'organisation dans laquelle il évolue pour autant que le DSQ soit disponible dans sa localité.

2.2 En ce qui concerne le Programme DMÉ, la présente entente particulière s'applique à tout médecin admissible qui pratique en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement et qui désire s'en prévaloir, et ce, même lorsque le DSQ n'est pas déployé dans sa localité. Dans ce dernier cas, le médecin doit cependant prendre l'engagement d'adhérer au DSQ dès le déploiement dans sa localité afin de bénéficier sans délai des modalités du Programme DMÉ.

3.0 DÉFINITIONS**3.1 Dossier de santé du Québec**

Le DSQ est une infrastructure technologique qui permet, à l'égard de toute personne assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, de fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente, organisée, intégrée et à jour, afin de faciliter la prise de connaissance rapide des renseignements de santé d'une telle personne au moment de sa prise en charge ou lors de toute prestation de services de santé rendus par ces intervenants, en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par d'autres intervenants, quel que soit le lieu où le patient reçoit des services de santé au Québec.

Le DSQ est un complément au dossier médical que celui-ci soit sur support papier ou électronique.

3.2 Intervenant habilité

Le médecin qui accepte volontairement de participer au DSQ ainsi que les membres de son personnel qu'il autorise à participer au DSQ.

3.3 Dossier médical électronique

Dossier médical homologué par le ministère qui regroupe des applications informatisées fournissant un ensemble de données longitudinales sur les patients. Il doit comprendre des outils d'aide aux ordonnances et à la prise de décision clinique. Il intègre également des fonctions de prise de rendez-vous, de facturation et autres tâches de gestion.

3.4 Programme DMÉ

Programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par les médecins de première ligne convenu entre le Ministre et la FMOQ. Ce programme, basé sur un cycle de quatre (4) ans, est fondé sur le volontariat des médecins et leur engagement à utiliser le dossier médical électronique.

3.5 Groupe de médecine de famille (GMF)

Un GMF est un regroupement de médecins de famille adhérents à l'*Entente particulière relative aux groupes de médecine de famille*.

3.6 Cabinet privé

Un cabinet privé désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'une UMF-cabinet formé sur un ou plusieurs sites.

3.7 CLSC ou UMF en établissement

Un CLSC ou une UMF en établissement désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'une UMF en établissement formé sur un ou plusieurs sites.

4.0 PARTICIPATION AU DSQ

Cette section s'applique à tous les médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec sans égard à leur milieu d'exercice, à l'exception de l'article 4.5 qui ne s'applique qu'aux médecins participants au régime d'assurance maladie qui exercent en cabinet privé hors GMF.

4.1 Reconnaissance

4.1.1 Le Ministre et la Fédération conviennent que le DSQ a pour objectifs d'améliorer la qualité des soins, l'accessibilité aux soins et la continuité des services aux fins du suivi et de la prise en charge des patients.

4.1.2 Dans la poursuite de ces objectifs et en considération des modalités prévues à la présente entente particulière, le médecin qui utilise le DSQ s'engage à respecter les obligations légales et conventionnelles applicables découlant de son utilisation.

4.2 Adhésion au DSQ

Le médecin qui désire adhérer au DSQ peut se prévaloir de la présente entente en devenant un intervenant habilité. À cette fin, il doit obtenir un certificat d'authentification de personne et compléter le formulaire d'adhésion prescrit par les parties.

AVIS : Pour adhérer au DSQ et pour toute question concernant son utilisation, le médecin doit se référer à l'équipe régionale de déploiement de son agence de santé et des services sociaux (ASSS). L'ASSS lui fera connaître la démarche prévue et s'assurera des suivis nécessaires afin qu'il ait accès au DSQ.

4.3 Obligations des parties

4.3.1 Afin de favoriser la participation au DSQ du médecin ayant adhéré à la présente entente particulière, le Ministre s'engage à :

1. rendre le DSQ accessible progressivement à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en première ligne, sans égard à leur lieu ou leur modèle de pratique, pour autant que le médecin y adhère;
2. rembourser, selon les modalités prévues à l'article 4.5, le médecin qui exerce en cabinet privé hors GMF pour l'achat des équipements nécessaires à l'utilisation du DSQ;
3. fournir au médecin le soutien technique permettant d'assurer le bon fonctionnement du DSQ;
4. mettre en place les mesures requises relatives à l'authentification du médecin et de son personnel ainsi que les mesures de sécurité requises afin d'assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'irrévocabilité des renseignements en provenance directement du DSQ, sous réserves du paragraphe 2 de l'article 4.3.2.

5. fournir tout l'encadrement et l'assistance nécessaires au médecin et à son personnel pour permettre l'utilisation du DSQ;
6. fournir également au médecin et à son personnel la formation adéquate pour permettre l'utilisation du DSQ excluant celle relative à l'utilisation et le fonctionnement de base d'un ordinateur et des logiciels d'usage courant (ex. courriel, Internet, etc.).

4.3.2 Le médecin qui adhère au DSQ doit :

1. devenir un intervenant habilité;
2. utiliser le DSQ dans l'exercice de ses activités cliniques et s'abstenir de toute manœuvre susceptible de nuire au bon fonctionnement du DSQ;
3. participer au programme de formation visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DSQ;
4. utiliser le DSQ dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a ainsi accès;
5. garder sous son contrôle le dispositif d'accès au DSQ et ne pas divulguer son numéro d'identification personnel;
6. utiliser les composantes du DSQ selon les procédures, conditions et normes élaborées et fournies par le Ministre;
7. s'assurer que les obligations précédentes sont respectées par son personnel;
8. aviser le Ministre de toutes irrégularités dans le fonctionnement du DSQ;
9. conserver toutes les pièces justificatives liées aux coûts des équipements informatiques et aux frais accessoires.

4.4 Responsabilité civile et professionnelle

4.4.1 Le Ministre garantit l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin par le biais du DSQ, à savoir que ces renseignements sont identiques à ceux émis ou produits par les producteurs de services autorisés à alimenter les domaines du DSQ.

4.4.2 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux patients d'un médecin ou à des tiers par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.3 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux biens appartenant au médecin ou au cabinet privé par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.4 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux patients ou autres tiers par le médecin, le cabinet privé ou ses représentants et découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.5 Le Ministre, ses mandataires et ses représentants n'engagent envers les patients et autres tiers, aucune responsabilité découlant d'une utilisation professionnelle par le médecin des renseignements contenus dans le DSQ, sous réserve d'une atteinte à l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin tel que le mentionne l'article 4.4 de la présente.

4.4.6 Le Ministre doit prendre fait et cause pour le médecin pour toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre ces derniers et découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.7 Le Ministre renonce à tous ses droits et recours contre le médecin ou le cabinet privé pour tout dommage aux composantes logicielles du DSQ causé par le médecin et, le cas échéant, par son personnel dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de la section 4.0 de la présente entente.

4.4.8 Le Ministre doit indemniser le médecin ou le cabinet privé pour tous les dommages subis par ce dernier à la suite d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.9 Le Ministre doit indemniser et rembourser tous les frais encourus aux fins de préparer et d'assurer la défense du médecin ou du cabinet privé dans le cadre d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.10 Le médecin doit aviser promptement le Ministre de toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre eux.

4.5 Modalités de remboursement pour les équipements et les frais accessoires

AVIS : Pour toutes les mesures de remboursement énumérées aux paragraphes 4.5 et 4.6, les formulaires sont disponibles sur le site Web de SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Les formulaires doivent être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : DGTI - MSSS, PQADME, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

Pour toute question concernant les formulaires de remboursement, le médecin doit communiquer avec le centre d'information dédié par téléphone au 418 527-5211, poste 5050 ou par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca.

4.5.1 Les parties évaluent à 2 000 \$, taxes en sus, le coût des équipements informatiques et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ.

Les équipements et frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ sont énumérés à l'Annexe 1.

4.5.2 Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué pour l'achat d'équipements informatiques et pour des frais accessoires. Par conséquent, le remboursement ne peut excéder une somme de 1 400 \$, taxes en sus.

4.5.3 Pour bénéficier des modalités de remboursement, le médecin doit avoir acquis des équipements ou payer des frais accessoires prévus à l'annexe 1 et avoir obtenu, au plus tard dans les trente (30) jours suivant l'installation des équipements, l'approbation de conformité de l'organisme approprié désigné par le ministre.

À défaut par l'organisme d'approuver le tout dans le délai requis, le médecin pourra demander le remboursement.

4.5.4 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ce remboursement au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au DSQ.

4.5.5 Le médecin qui a acquis ses équipements informatiques au cours des six (6) mois précédant le déploiement du DSQ dans sa localité est admissible à ce remboursement sur présentation d'un formulaire à cet effet.

Dans un tel cas, le cycle de quatre (4) ans pour avoir droit à nouveau au remboursement est prolongé d'autant de mois.

4.5.6 Par site, le cabinet privé se fait rembourser, sur présentation d'un formulaire à cet effet, l'achat d'un commutateur d'une valeur maximale de 146 \$, taxes en sus, pour un cycle de quatre (4) ans ainsi que l'accès à un lien Internet d'une valeur maximale de 1 200 \$, taxes en sus, annuellement.

4.5.7 Le médecin qui possède déjà ses équipements informatiques et qui a accès au DSQ peut bénéficier du remboursement d'un commutateur et de l'accès au lien Internet selon les modalités prévues à l'article 4.5.6.

4.5.8 Les parties évaluent le coût non récurrent du câblage à 300 \$, taxes en sus, par médecin. Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le cabinet privé se fait rembourser 70 % des coûts non récurrents de câblage jusqu'à concurrence d'un montant de 210 \$, taxes en sus, par médecin.

Il est entendu que toute situation complexe engendrant des frais inhabituels doit être soumise pour appréciation et décision, au comité paritaire, tel que le prévoit l'article 32.00 de l'entente générale.

4.5.9 Le médecin qui possède déjà ses équipements informatiques et qui a accès au DSQ peut bénéficier du remboursement de ses frais de câblage selon les modalités prévues à l'article 4.5.8.

4.5.10 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du DSQ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin ou le cabinet transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, G1S 2M1.

AVIS : Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 4.5.10. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 4.5 de la présente entente particulière.

4.6 Formation et familiarisation

4.6.1 Médecin pratiquant en cabinet privé

Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, un forfait de formation et de familiarisation d'une valeur de 1 800 \$ est versé au médecin qui participe au DSQ à raison de 600 \$ par mois pendant trois (3) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

Toutefois, un tel forfait ne s'applique pas dans l'éventualité où le médecin a déjà adhéré au Programme DMÉ.

4.6.2 Médecin pratiquant en CLSC ou en UMF en établissement

Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, un forfait de formation et de familiarisation d'une valeur de 1 350 \$ est versé au médecin qui participe au DSQ à raison de 450 \$ par mois pendant trois (3) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

Toutefois, un tel forfait ne s'applique pas dans l'éventualité où le médecin a déjà adhéré au Programme DMÉ.

AVIS : Pour les sommes indiquées dans le tableau, les taxes sont en sus.

Tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du DSQ

Description	Bénéficiaire du remboursement	Somme maximale	Subvention		Période du remboursement
			70 %	100 %	
Équipements informatiques et frais accessoires	Médecin en cabinet privé hors GMF seulement	2 000 \$	1 400 \$		Pour 4 ans
Commutateur	Cabinet privé hors GMF seulement	146 \$ par site		146 \$	Pour 4 ans
Lien Internet	Cabinet privé hors GMF seulement	1 200 \$/an par site		1 200 \$/an	Chaque année pour 4 ans
Câblage	Médecin en cabinet privé hors GMF seulement	300 \$	210 \$		Non récurrent
Forfait de formation et de familiarisation *	En cabinet	1 800 \$		600 \$/mois pendant 3 mois	Non récurrent
	En CLSC ou en UMF en établissement	1 350 \$		450 \$/mois pendant 3 mois	Non récurrent

* Aucun remboursement dans le cadre du DSQ si le médecin a été remboursé par le PQADMÉ auquel il a adhéré en premier.

5.0 PARTICIPATION AU PROGRAMME DMÉ

Cette section s'applique à tous les médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec œuvrant en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement. Pour le médecin qui adhère au DSQ alors qu'il participe déjà au Programme DMÉ, les articles 4.5 et 4.6 de la section 4.0 relative à la participation au DSQ ne s'appliquent pas.

Le Programme DMÉ est valide pour un cycle de quatre (4) ans au cours duquel le médecin ne peut s'en prévaloir qu'une seule fois.

5.1 Conditions de participation au Programme DMÉ

AVIS : Pour toute question concernant l'adhésion au PQADMÉ et pour toute question concernant son utilisation, le médecin doit communiquer avec le centre d'information dédié par téléphone au 418 527-5211, poste 5050 ou par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca.

5.1.1 Le médecin qui désire adhérer au Programme DMÉ peut se prévaloir de la présente entente aux conditions suivantes :

1. il est un intervenant habilité au DSQ selon les modalités de l'article 4.2 ou il s'est engagé à le devenir dans les trois (3) mois qui suivront le dépôt d'une proposition d'adhésion au DSQ, en complétant le formulaire prévu à cette fin;
2. il satisfait aux critères d'inscription du Programme DMÉ énumérés à l'article 5.1.2 et a transmis son formulaire d'adhésion prévu à l'annexe 2 aux services d'administration du Programme;

AVIS : Le formulaire d'adhésion au PQADMÉ, selon que le médecin pratique en cabinet hors GMF ou en GMF, est disponible sur le site Web de SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Le formulaire doit être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : DGTI - MSSS, PQADMÉ, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

5.1.2 Pour satisfaire aux critères d'inscription au Programme DMÉ, le médecin doit :

1. être en règle avec le Collège des médecins du Québec;
2. offrir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;
3. offrir des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne.

À cet égard, le groupe au sein duquel un médecin exerce, le cas échéant, doit cumuler une moyenne d'au moins trois cents (300) patients inscrits par médecin.

Le médecin qui débute sa pratique ou celui qui réoriente sa pratique pour faire de la prise en charge et du suivi de patients est exclu du calcul de la moyenne d'un groupe et est éligible au Programme DMÉ s'il rencontre les autres critères prévus à l'article 5.1.2.

Toute autre situation, incluant celle du médecin pratiquant en solo, doit être soumise au comité paritaire.

4. s'inscrire, à son choix, dans un seul milieu de pratique lorsqu'il exerce dans plus d'un lieu, à l'exception du médecin membre d'un GMF qui doit obligatoirement s'inscrire dans ce milieu, sauf exception autorisée par le comité paritaire.
5. s'assurer de l'adhésion d'un minimum de 50 % des médecins œuvrant dans un cabinet privé;
6. utiliser un seul DMÉ homologué au sein du cabinet privé, du GMF en CLSC ou du GMF-UMF en établissement, sauf dans les cas des GMF multi-sites ayant implantés plus d'un DMÉ avant l'accréditation du GMF.
7. recevoir un seul remboursement pour le même objet.

5.2 Obligations des parties relativement au Programme DMÉ

5.2.1 Afin de favoriser la participation du médecin ayant adhéré au Programme DMÉ, le Ministre s'engage à :

1. fournir à l'ensemble des médecins la liste des solutions DMÉ homologuées;
2. rendre le Programme DMÉ accessible à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement, sans égard à leur lieu ou modèle de pratique, pour autant qu'ils respectent les conditions de participation et les critères d'inscription du Programme DMÉ;
3. rembourser ou payer, le cas échéant, selon les modalités prévues aux articles 5.3 à 5.6, le médecin pour :
 1. Le médecin en cabinet privé hors GMF pour :
 - l'achat des équipements et autres frais accessoires;
 - les coûts d'implantation;
 - les coûts de soutien à la gestion du changement;
 - les licences et les frais d'exploitation d'opération du DMÉ;
 - les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.
 2. Le médecin en cabinet GMF pour :
 - les coûts d'implantation;
 - les coûts de soutien à la gestion du changement;
 - les licences et les frais d'opération du DMÉ;
 - les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.
 3. Le médecin en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement pour :
 - les coûts du soutien à la gestion du changement;
 - les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.

5.2.2 Le médecin qui adhère à la présente entente particulière doit :

1. satisfaire aux critères d'inscription;
2. adhérer au DSQ ou s'engager à y adhérer au plus tard dans les 3 (trois) mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le ministre;
3. respecter les exigences du programme DMÉ dont notamment les jalons d'intégration du DMÉ prévus à l'annexe 3;
4. utiliser le DMÉ dans l'exercice de ses activités cliniques au plus tard dans les neuf (9) mois qui suivent leur adhésion au Programme DMÉ;
5. participer au programme de formation et de soutien visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DMÉ;
6. conserver toutes les pièces justificatives liées à l'achat des équipements informatiques et autres frais accessoires, aux frais d'implantation, aux coûts de soutien à la gestion du changement, au coût des licences et frais d'opération du DMÉ, selon le cas;
7. collaborer au processus de validation de l'utilisation une fois l'implantation complétée;
8. convenir, lors de son adhésion au Programme DMÉ, d'une entente de répartition des sommes reçues en vertu de la présente entente entre lui et les médecins de son cabinet privé concernant, notamment, les modalités relatives à l'arrivée ou au départ d'un médecin dans le cabinet privé.

5.3 Modalités de participation applicables au médecin de cabinet privé hors GMF

AVIS : Pour toutes les mesures de remboursement énumérées aux paragraphes 5.3 et 5.4, les formulaires sont disponibles sur le site Web de SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Les formulaires doivent être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : DGTI - MSSS, PQADME, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

Pour toute question concernant les formulaires de remboursement, le médecin doit communiquer avec le centre d'information dédié par téléphone au 418 527-5211, poste 5050 ou par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca.

5.3.1 Équipements et frais accessoires

5.3.1.1 Les parties évaluent à 5 000 \$, taxes en sus, par médecin, le coût des équipements informatiques et les frais accessoires nécessaires à l'intégration d'un DMÉ et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 \$, taxes en sus.

5.3.1.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir acquis des équipements ou avoir encouru des frais accessoires qui figurent à l'annexe 4 et avoir obtenu, au plus tard dans les trente (30) jours suivant l'installation des équipements, l'approbation de conformité de l'organisme approprié désigné par le ministre.

À défaut par l'organisme d'approuver le tout dans le délai requis, le médecin pourra demander le remboursement.

5.3.1.3 Par site, le cabinet privé se fait rembourser, sur présentation d'un formulaire à cet effet, l'achat d'un commutateur d'une valeur maximale de 146 \$, taxes en sus, ainsi que l'accès à deux liens Internet d'une valeur maximale de 2 400 \$, taxes en sus, annuellement.

5.3.1.4 Les parties évaluent le coût non récurrent du câblage à 300 \$, taxes en sus, par médecin. Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le cabinet privé se fait rembourser 70 % des coûts non récurrents de câblage jusqu'à concurrence d'un montant de 210 \$, taxes en sus, par médecin.

Il est entendu que toute situation complexe engendrant des frais inhabituels doit être soumise pour appréciation et décision, au comité paritaire, tel que le prévoit l'article 32.00 de l'entente générale. Ces frais ne sont toutefois payables qu'une seule fois.

5.3.1.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin ou le cabinet privé transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, G1S 2M1.

AVIS : Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.3.1.5. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.

5.3.1.6 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.3.1.7 Le médecin qui s'est prévalu des remboursements prévus aux articles 4.5.2, 4.5.5, 4.5.6 et 4.5.7 pour l'équipement et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ voit le montant auquel il a droit en vertu des articles 5.3.1.1 et 5.3.1.3, pour le lien Internet uniquement, réduit d'un montant équivalent.

5.3.2 Implantation et gestion du changement

5.3.2.1 Les parties évaluent à 5 000 \$, taxes en sus, les frais d'implantation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 \$, taxes en sus.

5.3.2.2 Les parties évaluent à 2 200 \$, taxes en sus, les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 2 200 \$, taxes en sus.

5.3.2.3 Pour bénéficier des remboursements prévus aux articles 5.3.2.1 et 5.3.2.2, le médecin doit avoir encouru des frais d'implantation et de gestion du changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.3.2.4 Les frais d'implantation et de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.3.2.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin privé transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.3.2.5. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.

5.3.3 Frais d'acquisition et d'opération des licences

5.3.3.1 Les parties évaluent à 2 000 \$ par année, taxes en sus, les frais d'acquisition et d'opération des licences d'exploitation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 400 \$ par année, taxes en sus.

5.3.3.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération de licences qui figurent à l'Annexe 4.

5.3.3.3 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.3.3.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.3.3.4. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.3.4 Forfaits incitatifs à la participation

5.3.4.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 3 600 \$ sont versés au médecin à raison de 600 \$ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.3.4.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 800 \$ à raison de 600 \$ par mois pendant trois (3) mois.

5.4 Modalités de participation applicables au médecin de cabinet privé en GMF

AVIS : *Veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.4.1 Équipements et frais accessoires

Le médecin de cabinet privé en GMF n'a droit à aucun remboursement à ce chapitre.

5.4.2 Implantation et gestion du changement

5.4.2.1 Les parties évaluent à 5 000 \$, taxes en sus, les frais d'implantation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 \$, taxes en sus.

5.4.2.2 Les parties évaluent à 2 200 \$ taxes en sus les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 2 200 \$, taxes en sus.

5.4.2.3 Pour bénéficier des remboursements prévus aux articles 5.4.2.1 et 5.4.2.2, le médecin doit avoir encouru des frais d'implantation et de gestion de changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.4.2.4 Les frais d'implantation et de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.4.2.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.4.2.5. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.4.3 Frais d'acquisition et d'opération des licences

5.4.3.1 Les parties évaluent à 2 000 \$ par année, taxes en sus, les frais d'acquisition et d'opération des licences d'exploitation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 400 \$ par année, taxes en sus.

5.4.3.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération des licences qui figurent à l'Annexe 4.

5.4.3.3 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.4.3.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.4.3.4. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.4.4 Forfaits incitatifs à la participation

5.4.4.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 3 600 \$ sont versés au médecin à raison de 600 \$ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.4.4.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 800 \$ à raison de 600 \$ par mois pendant trois (3) mois.

5.5 Modalités de participation applicables au médecin de GMF en CLSC ou de GMF-UMF en établissement

5.5.1 Équipements, frais accessoires, frais d'implantation, frais d'acquisition et d'opération des licences

Le médecin de GMF en CLSC ou de GMF-UMF en établissement n'a droit à aucun remboursement à ce chapitre.

5.5.2 Gestion du changement

5.5.2.1 Les parties évaluent à 1 650 \$, taxes en sus, les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 650 \$, taxes en sus.

5.5.2.2 Pour bénéficier des remboursements prévus à l'article 5.5.2.1, le médecin doit avoir encouru des frais de gestion de changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.5.2.3 Les frais de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.5.2.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.5.2.4. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.5.3 Forfaits incitatifs à la participation

5.5.3.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 2 700 \$ sont versés au médecin à raison de 450 \$ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.5.3.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 350 \$ à raison de 450 \$ par mois pendant trois (3) mois.

AVIS : *Voir le tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du PQADMÉ à la page suivante.*

6.0 ENGAGEMENT DES PARTIES

6.1 La présente entente est conclue en tenant compte du contexte juridique en vigueur au moment de la signature, dont notamment le décret 757-2009 du 18 juin 2009 modifié le 23 juin 2010 par le décret 566-2010. Toute modification de la législation applicable amènera les parties à reconduire ou à renégocier les modalités de la présente entente ou, encore, à y mettre fin, selon le cas.

6.2 Il est entendu que tous les coûts récurrents associés au DSQ ou au Programme DMÉ prévus dans la présente entente seront réévalués par les parties au terme d'un cycle de quatre (4) ans calculé à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente.

Tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du PQADMÉ

Description	Bénéficiaire du remboursement			Somme maximale	Subvention		Période du remboursement
	Médecin cabinet privé GMF	Médecin cabinet hors GMF	Médecin GMF en CLSC ou GMF-UMF en établ.		70 %	100 %	
Équipements informatiques et frais accessoires *	Non	Oui	Non	5 000 \$	3 500 \$		Pour 4 ans
Commutateur (par site)	Non	Oui (par cabinet)	Non	146 \$		146 \$	Pour 4 ans
Lien Internet (2 par site) *	Non	Oui (par cabinet)	Non	2 400 \$		2 400 \$	Chaque année pour 4 ans
Câblage	Non	Oui	Non	300 \$	210 \$		Non récurrent
Frais d'implantation	Oui	Oui	Non	5 000 \$	3 500 \$		Non récurrent
Acquisition et opération des licences	Oui	Oui	Non	2 000 \$ par année	1 400 \$		Chaque année pour 4 ans
Gestion du changement	Oui	Oui	Oui	Cabinet 2 200 \$		2 200 \$	Non récurrent
				GMF en CLSC ou GMF-UMF en établis. 1 650 \$		1 650 \$	
Forfait incitatif à la participation *	Oui	Oui	Oui	Cabinet 3 600 \$		600 \$ par mois pendant 6 mois	Non récurrent
				GMF en CLSC ou GMF-UMF en établ. 2 700 \$		450 \$ par mois pendant 6 mois	

* Remboursement à ajuster selon ce qui a été remboursé au médecin ayant adhéré au DSQ en premier.

7.0 SOURCES DE FINANCEMENT

7.1 DSQ

7.1.1 Le coût du remboursement par le Ministre des équipements et des frais prévus à l'article 4.5 est financé par un budget spécifique hors enveloppe.

Cependant, si le médecin adhère au programme DMÉ avant que le DSQ soit disponible dans sa localité, le remboursement de l'achat des équipements et des frais prévus à l'article 4.5 est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale jusqu'à ce que le médecin adhère au DSQ. À compter de ce moment, le Ministre rembourse l'enveloppe générale au prorata des années financières à même un budget spécifique hors enveloppe pour l'achat des équipements et le paiement des frais prévus à l'article 4.5.2. Quant au lien Internet, prévu à l'article 4.5.6, le Ministre en rembourse la totalité par ce budget spécifique pour les années financières restantes.

7.1.2 Le coût du remboursement des forfaits de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale.

7.2 Programme DMÉ

7.2.1 Le coût du remboursement par le Ministre des équipements et autres frais prévus à l'article 5.3.1 en cabinet privé non GMF est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale, sauf pour la portion DSQ qui est financée par un budget spécifique hors enveloppe selon les modalités prévues à l'article 7.1.1.

7.2.2 Le coût du remboursement des frais d'acquisition et d'opération des licences et des frais d'implantation, du soutien à la gestion du changement ainsi que des forfaits incitatifs à la participation en cabinet privé, GMF ou non GMF, sont financés par les sommes allouées dans le cadre de l'entente générale. Il en est de même pour le soutien à la gestion du changement et des forfaits incitatifs à la participation en GMF en CLSC et en GMF-UMF en établissement.

7.3 SUIVI DE L'ENTENTE

7.3.1 Les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint chargé de faire le suivi des coûts découlant de l'application de cette entente.

Advenant qu'une non-atteinte ou un dépassement des coûts soit observé, les parties s'engagent à apporter immédiatement tous les correctifs requis dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire aux fins du Programme DMÉ prévue pour toute la durée de l'entente et, le cas échéant, continuer d'assurer le financement à même l'enveloppe globale prédéterminé.

8.0 DURÉE ET DISPOSITION TRANSITOIRE

8.1 La présente entente particulière prend fin le 31 août 2016.

8.2 Malgré les dispositions de l'article 8.1 ci-dessus, la présente entente demeure en vigueur pour un médecin qui, au 31 août 2016, n'a pas atteint le maximum des remboursements prévus à la présente entente particulière dans le cadre du premier cycle de quatre ans à partir de sa date d'acceptation tel que stipulé aux articles 4.5, 4.6 et 5.0. Un tel médecin peut continuer à se prévaloir de la présente entente particulière et des divers remboursements prévus, et ce, jusqu'à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :

- i) l'atteinte de leur cycle de quatre ans soit au plus tard le 30 août 2020;
- ou,
- ii) jusqu'à concurrence de l'atteinte du remboursement maximal prévu, pour chaque catégorie de remboursement, dans le cadre du premier cycle de quatre ans.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 31 août 2016. Elle est remplacée par la Lettre d'entente n° 301 qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2016 (Amendement n° 154).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^e jour de août 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

ANNEXE 1

ÉQUIPEMENTS INFORMATIQUES ET FRAIS ACCESSOIRES EN CABINET PRIVÉ HORS GMF

Les équipements et frais accessoires suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 000 \$, taxes en sus, effectuée par les parties :

- Ordinateur;
- Écran;
- Souris;
- Clavier;
- Imprimante;
- Antivirus;
- Installation;
- Assurance;
- Garantie;
- Matériel et logiciel d'accès de sécurité;
- Coûts des services reçus des CSA.

ANNEXE 2**FORMULAIRES D'ADHÉSION AU PROGRAMME DMÉ**

Le formulaire d'adhésion au PQADME, selon que le médecin pratique en cabinet hors GMF ou en GMF, est disponible sur le site Internet de la SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Le formulaire doit être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : SOGIQUE, PQADME, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

ABROGÉE

ANNEXE 3

JALONS D'AVANCEMENT

Jalons d'avancement	Remboursements et autres incitatifs
1.Adhésion La première étape est complétée lorsque le médecin concerné a signé son adhésion au programme conformément au formulaire prévu à l'annexe 2.	Le médecin accède aux services fournis par le programme.
2.Implantation du DMÉ dans la pratique Le médecin acquiert l'équipement, les licences d'un DMÉ homologué et il procède à l'implantation du DMÉ dans sa pratique. Il bénéficie d'un soutien à l'implantation de même qu'à la gestion du changement. Le Ministère confirme l'implantation d'un DMÉ homologué. Le médecin transmet au Ministre, selon les modalités prévues à l'entente, les formulaires attestant les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements, l'acquisition et l'implantation du DMÉ et pour le recours à des services de gestion du changement.	Le Ministre rembourse au médecin les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements et l'acquisition d'un DMÉ selon les modalités de l'entente. Il rembourse également, selon les modalités de l'entente, les frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement jusqu'à concurrence de 50 %.
3.Utilisation récurrente du DMÉ Le médecin utilise minimalement 6 des 12 fonctionnalités du DMÉ (voir tableau ci-dessous). Il confirme son atteinte des 6 fonctionnalités par le biais d'une attestation transmise au Ministre.	Le Ministre rembourse au médecin l'autre portion de 50 % relatif aux frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement.
4.Adhésion au DSQ Le médecin adhère au DSQ ou s'engage à y adhérer au plus tard dans les 3 mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le Ministre.	Le Ministre poursuit le remboursement au médecin des frais récurrents.

ANNEXE 3

(suite)

Fonctionnalités du DMÉ

1	Entrer les notes de consultation
2	Entrer les listes de problèmes
3	Entrer les allergies
4	Entrer les vaccinations
5	Entrer les signes vitaux
6	Entrer et imprimer les nouvelles ordonnances ou les renouvellements
7	Créer des alertes automatisées dans le DMÉ
8	Créer des rappels automatisés dans le DMÉ
9	Recevoir les résultats de laboratoire dans le DMÉ
10	Recevoir les résultats d'imagerie diagnostique (ID) dans le DMÉ
11	Accéder aux rapports en milieu hospitalier et aux synthèses de consultation à partir du DMÉ
12	Créer des demandes ou des rapports de consultation

ANNEXE 4**FRAIS REMBOURSABLES**

1. Les équipements et frais accessoires suivants font partie intégrante de l'évaluation de 5 000 \$, taxes en sus :

- Ordinateur;
- Serveur;
- Écran;
- Souris;
- Clavier;
- Imprimante;
- Antivirus;
- Installation;
- Assurance;
- Garantie;
- Numériseur;
- Unité UPS;
- Modem;
- Matériel et logiciel d'accès de sécurité;
- Coût de base pour le soutien technique (CSA).

Cette évaluation inclut le personnel travaillant avec le médecin.

2. Les coûts d'implantation suivants font partie intégrante de l'évaluation de 5 000 \$, taxes en sus :

- Coût de migration de données;
- Coût de numérisation;
- Matériel supplémentaire (maximum 1000 \$);
- Formation de base par les fournisseurs de DMÉ;
- Soutien à la mise en œuvre sur le plan technologique et professionnel.

3. Les coûts d'acquisition et d'opération des licences suivants font partie intégrante de l'évaluation de 8 000 \$, taxes en sus :

- Coût d'acquisition du logiciel DMÉ;
- Coût d'entretien du logiciel DMÉ;
- Coût annuel d'utilisation des licences;
- Coût supplémentaire de soutien technique (CSA);
- Coût d'hébergement des données;
- Soutien par le fournisseur.

ANNEXE 4

(suite)

FRAIS REMBOURSABLES

4. Les coûts de gestion du changement suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 200 \$, taxes en sus :

- Rémunération et coût de participation aux journées d'information sur le programme DMÉ;
- Rémunération et coût de participation à des ateliers de formation accrédités;
- Coûts associés à des services de mentorat individuel par les pairs ou par des tiers compétents dans le domaine;
- Coûts de services de soutien à la gestion du changement rendus sur place par les experts conseil.

Le temps consacré aux activités de soutien à la gestion du changement ne peut être imputé au temps de formation annuelle reconnu annuellement au médecin.

ABROGÉE

*EP - PROGRAMME SPÉCIFIQUE (CHSGS)***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Le comité paritaire transmet à la Régie le nom de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné qui gère le programme visé.
- + **1.02** À titre informatif, l'annexe des présentes, outre l'identification de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné, comprend également la description du programme régi par la présente entente particulière.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale, aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient.

AVIS : *Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

Autres que les services pré-hospitaliers

- **054015** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- **054030** *Services cliniques*
- **054032** *Rencontres multidisciplinaires*
- **054043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- **054055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- **054081** *Garde en disponibilité à la réserve d'Obedjiwan (TH, Accord n° 257)*
- **054098** *Services de santé durant le délai de carence*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Programme spécifique d'un CHSGS;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

+ **5.01** Le nombre d'heures qui est alloué sur une base annuelle à une installation énumérée à l'annexe de la présente entente particulière pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en œuvre d'une entente particulière.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

7.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des activités professionnelles dans le programme visé par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

7.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

+ **7.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

7.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

7.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

4.1.2 Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans les secteurs suivants :

- ii) La prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle;
- iii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;
- v) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

4.1.3 Dans un troisième temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi) ci-dessous, si l'une des conditions suivantes est remplie :

- a) le DRMG d'une région visée au sous-paragraphe 3.2.1 ne peut attribuer au médecin, de façon à lui permettre de répondre aux exigences de base prévues au paragraphe 4.3 ci-dessous, des activités médicales dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique principal en ce qui concerne les activités du secteur i) ou de quarante (40) kilomètres en ce qui concerne les activités des secteurs ii) à v) inclusivement;
- b) le DRMG d'une région limitrophe ne peut, dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres du lieu de pratique principal du médecin, lui attribuer, de façon suffisante, des activités médicales dans le secteur d'activités i);
- c) Le médecin ne peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi) d'un DRMG autre que celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 lorsque ce dernier peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à v);
- vi) Toute autre activité prioritaire identifiée par le DRMG et approuvée par le ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Les activités du secteur v) en regard du programme de soutien à domicile d'un CLSC, peuvent être reconnues même si le médecin ne détient qu'une nomination de l'établissement n'ayant pour objet que sa participation à la garde en disponibilité.

Le secteur vi) peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et reconnue à ce titre par accord des parties.

Les services médicaux visés dans les secteurs i), iii), iv) et v) comprennent la dispensation de services médicaux en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.2 Dérogations

- a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme AMP. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.
- b) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au sous-paragraphe 4.1.3 a), le DRMG peut exempter un médecin d'effectuer ses AMP dans le secteur d'activités i).

La demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectuer ses activités dans une ou plusieurs régions, selon les modalités qu'édicté la présente entente particulière.

La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux AMP dans une ou dans plusieurs régions doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou sur une base trimestrielle, de cent trente-deux (132) heures;

La participation du médecin de quinze (15) ans, mais de moins de vingt (20) ans de pratique est établie à six (6) heures par semaine en moyenne ou, sur une base trimestrielle, de soixante-six (66) heures;

Le médecin qui compte vingt (20) ans ou plus de pratique, adhérent à la présente entente, peut être appelé par le DRMG à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique.

Exceptionnellement, le DRMG peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans le cas de grossesse ou d'invalidité partielle.

Le calcul des années de pratique se fait selon les dispositions de l'annexe I des présentes.

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé respecter les conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit, le médecin dont la rémunération annuelle dans le cadre du régime d'assurance maladie, selon le tarif de base prévu à l'entente, se situe à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après.

Dans ce cas, le DRMG doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'AMP exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération annuelle du médecin	Exigences de base par semaine Médecin de moins de 15 ans de pratique
jusqu'à 19 999 \$	3 heures
de 20 000 \$ à 39 999 \$	6 heures
de 40 000 \$ à 60 000 \$	9 heures

Ces exigences sont réduites de moitié pour le médecin qui compte 15 ans, mais moins de 20 ans de pratique et dont la rémunération se situe dans une catégorie décrite ci-dessus.

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique

De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés à l'annexe I des présentes la période d'inactivité professionnelle en cause aux fins du calcul des années de pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin qui, par ailleurs, satisfait aux exigences relatives à la participation aux AMP.

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des AMP doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme AMP. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

Malgré l'alinéa précédent, les critères relatifs à la reconnaissance d'activités professionnelles comme répondant à des AMP dans le secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes sont déterminés lors de leur approbation par le ministre après avoir consulté la Fédération. Leur volume est convenu selon les dispositions du présent paragraphe.

4.6 Durée de l'engagement du médecin

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion. Il est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DRMG sont d'accord pour procéder à sa révision;
- Le DRMG considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités i) à v) énumérés au paragraphe 4.1 des présentes. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs vi) dudit paragraphe.

La révision de l'engagement doit se finaliser au cours du trimestre pendant lequel l'engagement arrive à son terme de deux (2) ans.

- + Malgré ce qui précède, en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'une installation de la région ou de toute installation située dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DRMG peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

La révision prévue à l'alinéa ci-dessus, n'est applicable que si l'engagement du médecin a pour objet les activités du secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes et elle doit être précédée d'un préavis de soixante (60) jours.

Cette révision temporaire ne peut être de plus de six (6) mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période maximale de six (6) mois. Aux fins des présentes, une pénurie est dite grave lorsqu'il y a risque de rupture ou lorsque les effectifs médicaux au service d'urgence ne lui permettent pas de combler plus de 70 % de ses besoins en heures-présence selon l'évaluation faite par le comité paritaire responsable de l'application de l'entente particulière relative au service d'urgence de certains CHSGS et de CLSC du réseau de garde.

Un médecin peut porter à l'attention du comité paritaire toute situation mettant en cause le renouvellement ou la révision de son engagement par le DRMG.

EP - PREM

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM)

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'*Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation* convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Dans le cadre des dispositions qu'édictent l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, c. A-29) et l'article 377.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), la présente entente particulière a pour objet de déterminer conventionnellement certaines modalités permettant d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) des régions sociosanitaires, dont le respect des plans d'effectifs médicaux de chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ci-après RLS) ou, pour certaines régions, des sous-territoires (CLSC ou regroupements de CLSC) paraissant à l'annexe I de la présente entente, laquelle doit être révisée annuellement par les parties. Ci-après, le terme RLS couvre les RLS, et ce, qui en tient lieu.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'Entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.00 AVIS DE CONFORMITÉ

3.01 Sauf exception conformément aux paragraphes 3.09 et 4.01 de la présente entente, tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie peut présenter une demande visant à obtenir du département régional de médecine générale (DRMG) un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire de ce DRMG.

3.02 Compte tenu du nombre de postes fixé par le ministre en vertu de l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), et sous réserve des paragraphes 3.04 et 3.05, un médecin ne peut obtenir d'un DRMG un avis de conformité au PREM que si ce dernier n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre.

- + Aux fins de l'application de l'alinéa précédent, est considéré comme ayant une pratique dans une autre région au sens de l'article 377 de la LSSSS, celui qui a exercé dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec selon les conditions apparaissant à l'annexe II de la présente entente.
- + **3.03** De plus, et sous réserve des paragraphes 3.05 et 8.02, tout médecin, pour obtenir d'un DRMG un avis de conformité au PREM, doit s'engager auprès du DRMG à effectuer 55 % et plus de ses jours de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, dans les limites d'un réseau local de services (RLS) de la région de ce DRMG.

Pour les fins de la cible du 55 %, le médecin demeure imputable du suivi de sa facturation au cours de l'année d'application, et ce, afin de s'assurer qu'il en respecte l'atteinte.

3.04 Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région conformément au paragraphe 3.01 ci-dessus, dès lors qu'il vient d'un territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé au sens de l'annexe XII de l'Entente générale. Il doit avoir exercé dans un ou plusieurs de ces territoires pendant une période continue d'au moins trois ans et, de plus, s'engager à respecter les conditions du paragraphe 3.03 ci-dessus.

Aux fins de la présente entente, une pratique est dite continue si elle satisfait les critères énoncés à l'article 4 de l'annexe XII de l'Entente.

- + **3.05** Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région, sans restriction de RLS, dès lors que, d'une part, il détient depuis vingt ans et plus son permis de pratique du Collège des médecins du Québec et que, d'autre part, il s'engage à y effectuer, sur base annuelle, 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation dans cette région. Un tel médecin, dans sa nouvelle région, n'est pas lié par l'engagement prévu au paragraphe 3.03 de la présente entente.

+ **3.06** La répartition de la pratique du médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se fait selon les modalités suivantes :

a) Elle se calcule :

- sur la base des jours de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, et ce, par territoire de RLS. Une journée de facturation n'est comptabilisée que si la rémunération associée à cette journée est égale ou supérieure à 500 \$. Une demi-journée peut être comptabilisée si la rémunération associée à cette demi-journée est égale ou supérieure à 250 \$ et inférieure à 500 \$. Le cumul des honoraires d'une journée tient compte du tarif de base des services rendus. Le montant est réajusté en fonction des augmentations consenties lors du renouvellement de l'entente générale ayant un impact sur la rémunération journalière du médecin, soit en l'occurrence sur les services rendus au tarif de base réclamés par un médecin au cours d'une journée.
- sur une base annuelle ou, pour des parties d'année, selon la date de délivrance de l'avis de conformité. L'année d'application au sens de la présente entente est du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante.

b) La facturation réalisée dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'entente générale, à l'exclusion de la compensation pour le temps de déplacement associé, entre dans le calcul de la répartition des jours de facturation du médecin.

c) Sous réserve du traitement particulier prévu pour les activités dans le cadre du mécanisme du dépannage, n'entrent pas dans le calcul de la répartition des jours de facturation du médecin, la facturation réalisée auprès d'une instance à vocation nationale ainsi que celle réalisée dans le cadre d'une mission régionale reconnues par le ministre et énumérées à l'annexe III de la présente entente.

d) Pour être imputée au RLS qui lui a été désigné par le DRMG, la facturation des services dispensés en cabinet, à domicile ou en établissement, doit comporter le numéro du cabinet ou de l'établissement. Le numéro du cabinet est émis par Régie dans le cadre de l'*Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (par. 6.02 C) relativement à la pratique de groupe), dans le cadre d'un GMF, d'un GMF-R ou pour les fins spécifiques de la présente entente.

Dans le cas du médecin qui dispense des services uniquement à domicile des patients, le médecin doit facturer en indiquant le code postal du lieu où le service est rendu.

La facturation des services comportant un numéro de localité est imputée à l'extérieur du RLS désigné par le DRMG au médecin.

3.07 La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément à l'article 9.00 de la présente entente, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG concerné et au comité paritaire.

3.08 Un médecin peut demander par écrit au comité paritaire une suspension de son avis de conformité pendant une période maximale d'un an, et ce, pour l'une ou l'autre des raisons ci-après énumérées :

a) s'il désire exercer dans une autre région pour poursuivre des études de niveau universitaire à temps plein ou pour toute autre raison laissée à l'appréciation du comité paritaire.

+ Dans ce cas, la facturation du médecin ne devra pas, pour l'année ou la partie d'année en cause, dépasser 45 % du nombre total de jours de facturation au cours de l'année, ou partie équivalente d'année, précédant le début de l'année de suspension d'avis de conformité.

Dans le cas où la région visée est désignée en vertu de l'article 7.00 de la présente entente, le comité paritaire peut accorder au médecin une dérogation à l'application des modalités prévues à ce dernier article.

b) s'il cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie sous réserve du sous-paragraphe suivant :

Le médecin qui devient non-participant au régime d'assurance maladie du Québec voit son avis de conformité annulé à compter de la date de début de sa non-participation. S'il redevient participant au régime ultérieurement, il doit obtenir un nouvel avis de conformité, émis en fonction de ses années de pratique et signer l'engagement prévu à l'article 3.03.

Le comité paritaire, après avoir consulté le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient son avis de conformité, répond par écrit à ce dernier dans les soixante jours de la réception de la demande. Il envoie également copie de cette réponse au DRMG consulté.

Dans le cas où un médecin cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie pour une période plus longue qu'une année, le comité paritaire peut prolonger la suspension de l'avis de conformité si les activités du médecin, pendant cette période, sont considérées comme reliées à la dispensation ou à l'organisation des services médicaux.

3.09 Le médecin résident qui détient un permis d'exercice peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans avis de conformité au PREM d'une région ou d'une dérogation en tenant lieu. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des activités médicales particulières proposées par le DRMG de la région.

L'autorisation est accordée par le DRMG de la région où sont effectuées les activités médicales. La période pendant laquelle le médecin se prévaut de la présente disposition n'est pas retenue aux fins de l'application des dispositions des paragraphes 3.02 et 3.04 de la présente entente.

Dans le cas d'activités médicales effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage, l'autorisation est accordée par le comité paritaire responsable de l'Entente particulière relative au respect des PREM. Le comité paritaire en informe la Régie.

Aux fins de l'application de la présente disposition, l'autorisation est accordée par le DRMG ou par le comité paritaire, selon le cas, pour une période d'un an et est renouvelable tant que le statut de résident est maintenu. Le DRMG avise la Régie et le comité paritaire des autorisations qu'il a émises en vertu du présent paragraphe.

4.00 ACTIVITÉS EFFECTUÉES AUPRÈS D'UNE INSTANCE À VOCATION NATIONALE OU DANS LE CADRE DU MÉCANISME DU DÉPANNAGE

4.01 Un médecin dont les activités dans le cadre du régime d'assurance maladie s'effectuent exclusivement auprès d'une instance à vocation nationale reconnue par le ministre, ou exclusivement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente, doit s'adresser au comité paritaire pour obtenir une dérogation aux paragraphes 3.01 et 3.03 de la présente entente. Le comité paritaire étudie la demande selon les modalités convenues entre les parties. Le cas échéant, il autorise cette dérogation pour une période de deux ans. Celle-ci se renouvelle automatiquement à l'échéance à moins que le médecin n'ait eu aucune rémunération pendant douze mois consécutifs au cours de cette période. Cette dérogation tient lieu d'avis de conformité au PREM.

4.02 Le médecin qui détient un avis de conformité en vertu du paragraphe précédent respecte son avis de conformité tant qu'il maintient une pratique exclusive dans les activités visées au paragraphe précédent.

+ **4.03** Aux fins de l'application du paragraphe précédent, une pratique est considérée comme exclusive lorsqu'elle comprend 95 % et plus des jours de facturation du médecin au cours d'une année d'application.

4.04 Les dispositions de la présente entente applicables au médecin qui détient un avis de conformité s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, au médecin visé par le présent article.

5.00 PROCÉDURE D'OBTENTION D'UN AVIS DE CONFORMITÉ

+ **5.01** Avant de débiter sa pratique dans le territoire d'un DRMG ou de modifier la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique ayant pour effet d'invalider un avis de conformité antérieur, un médecin présente une demande d'avis de conformité au PREM en précisant, au moyen du formulaire élaboré par le comité paritaire et apparaissant en annexe IV de la présente entente, les informations suivantes :

- la date à laquelle il entend débiter sa pratique ou, le cas échéant, modifier la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique;
- s'il se prévaut, le cas échéant, des paragraphes 3.04 ou, selon le cas, 3.05 de la présente entente;
- s'il détient déjà un avis de conformité d'un DRMG d'une autre région sociosanitaire;
- le ou les RLS, par ordre de préférence, où il propose de dispenser des services;
- qu'il donne son consentement à ce que le comité paritaire soit informé de sa demande de candidature ainsi que, le cas échéant, de l'obtention de l'avis de conformité.

Une demande d'avis de conformité faite dans le cadre du PREM de l'année suivant l'année courante est assujettie aux conditions suivantes :

- elle ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courante;
- toute demande faite entre le 15 octobre et le 15 novembre est réputée avoir été reçue le 15 novembre.

5.02 Le DRMG apprécie le contenu de la demande d'avis de conformité du médecin et, dans les soixante jours de la réception de la demande, répond, par écrit, en remplissant le formulaire transmis par le médecin, et ce, aux fins suivantes :

- + • signifier au médecin l'acceptation de sa demande d'avis de conformité en lui spécifiant son RLS d'appartenance déterminé selon les dispositions du paragraphe 10.00 de la présente entente et en lui réitérant les exigences suivantes :
 - ce médecin devra déterminer la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Cette date doit être celle du début de sa pratique dans le territoire en cause ou, si tel est le cas, celle de la modification de la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique.
 - cette date ne peut excéder douze mois suivant la date de réception de sa demande d'obtention d'avis de conformité par le DRMG.
 - s'il y a lieu, l'application, à son endroit, des paragraphes 3.04, ou, selon le cas, 3.05.
- ou, dans le cas contraire, informer ce médecin du refus de sa demande d'avis de conformité.

Advenant le cas où à une date donnée, le DRMG reçoit un nombre de candidatures supérieur au nombre de places disponibles au PREM pour un territoire de RLS à cette date, le DRMG est responsable de procéder à la sélection des candidats et d'attribuer le ou les avis de conformité en fonction des priorités qu'il aura établies dans chacun des RLS de sa région. En ce cas, le DRMG dispose de quatre-vingt-dix jours pour signifier au médecin une réponse à sa demande. Le DRMG doit prévoir qu'un candidat non sélectionné peut postuler dans un autre territoire de RLS.

5.03 Un refus de délivrance d'un avis de conformité ne peut être fondé que sur l'atteinte du plan régional des effectifs médicaux.

5.04 Dans les trente jours suivant l'acceptation de la demande d'avis de conformité, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaut de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti ou s'il ne débute pas ses activités à la date effective de prise d'effet, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

5.05 Exceptionnellement et suivant appréciation des motifs que lui présente un médecin, un DRMG peut reporter, à l'intérieur d'une période additionnelle maximale de six mois, la date effective du début de pratique pour toute raison qu'il estime juste et équitable eu égard aux circonstances.

5.06 Un médecin ne peut obtenir qu'un seul avis de conformité à la fois. L'obtention d'un avis de conformité entraîne, à sa date effective de prise d'effet, la révocation automatique du dernier avis de conformité antérieurement délivré.

5.07 À moins d'avis écrit à l'effet contraire expédié par un médecin à un DRMG, un avis de conformité se renouvelle tous les deux ans à partir de sa date de prise d'effet, et ce, selon les termes apparaissant au dernier avis délivré.

5.08 À la demande du DRMG ou d'un médecin, le comité paritaire peut, dans les cas exceptionnels, statuer relativement à toute situation mettant en cause, la délivrance, le refus de délivrance, la modification ou la révocation d'un avis de conformité, de même qu'à toute situation mettant en cause l'installation d'un médecin dans une région ou dans un territoire de RLS de celle-ci.

6.00 RÉDUCTION DE LA RÉMUNÉRATION

6.01 La rémunération du médecin qui n'a pas obtenu un avis de conformité d'un DRMG ou qui ne respecte pas le pourcentage de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente est sujette à une réduction de 30 %. Cette réduction s'applique sur l'ensemble de la rémunération versée pour les services dispensés par ce médecin dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;

6.02 La réduction de la rémunération s'applique sur une base trimestrielle dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité et, sur une base annuelle, du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante, dans le cas du médecin qui détient un avis de conformité, mais n'en respecte pas les conditions;

6.03 Dans tous les cas, cette réduction s'applique sur la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel. Elle ne peut, toutefois, s'appliquer sur la rémunération qui, pour un trimestre, a été sujette à l'application de la réduction en vertu des dispositions de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières;

6.04 Sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article 8.00 de la présente entente, le médecin sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération parce qu'il ne détient pas d'avis de conformité, doit, s'il désire formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région pour le territoire de RLS où il exerce principalement ses activités, obtenir et respecter, pendant une période d'une durée de trois ans, un avis de conformité dûment délivré par le DRMG d'une autre région que celle où il a principalement exercé pendant l'année sujette à l'application de la réduction ou auprès du DRMG de la région où il exerce principalement, mais visant un territoire de RLS dans lequel il n'a pas exercé sans détenir d'avis de conformité;

6.05 Malgré le paragraphe 6.04 de la présente entente, un médecin qui ne détient pas d'avis de conformité à l'expiration d'une période de cinq ans pendant laquelle il est sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération peut formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région pour le territoire de RLS où il exerce principalement ses activités;

6.06 Le comité paritaire peut exempter de la réduction de la rémunération un médecin qui ne respecte pas le pourcentage de la facturation apparaissant au paragraphe 3.03 dans les conditions suivantes :

- + - si la proportion de jours de facturation dans le territoire de RLS de la région socio-sanitaire du DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM se situe entre 50 % et 55 % du total de ses jours de facturation dans l'année;
- s'il n'a pu respecter les conditions se rattachant à son avis de conformité en raison de sa participation, dans une autre région ou dans un autre territoire de RLS à des activités reconnues prioritaires par le ministre;

6.07 Le comité paritaire peut, en outre, pour cause, selon des modalités qu'il fixe, exempter un médecin de la réduction de rémunération ou de l'application totale ou partielle des périodes mentionnées aux paragraphes 6.04 et 6.05, et ce, pour des raisons non prévues à la présente entente. Le comité paritaire, préalablement à toute décision, consulte le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient un avis de conformité ou, si le médecin ne détient pas d'avis de conformité, de la région où il a effectué le plus grand nombre de ses journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie.

7.00 RÈGLES S'APPLIQUANT AUX RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

- + **7.01** Aux fins de l'application du présent article, des régions peuvent être désignées régions à pratique partielle restreinte par accord des parties sur recommandation du comité paritaire. Sous réserve des dispositions des articles 3.09 et 8.00 de la présente entente ou à moins que le médecin détienne depuis vingt ans et plus son permis d'exercice du Collège des médecins du Québec, le médecin qui ne détient pas d'avis de conformité de l'une de ces régions ne peut y exercer, même partiellement, et ce, malgré qu'il respecte l'avis de conformité qu'il détient du DRMG d'une autre région. Les régions à pratique partielle restreinte sont inscrites à l'annexe V de la présente entente.
- + Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, considérer qu'un médecin respecte les dispositions du précédent alinéa si sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte ne dépasse pas 5 % du total de ses jours de facturation dans l'année d'application.

7.02 Le médecin qui ne détient pas un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte, et qui y exerce au cours d'une année, est sujet à une réduction de 30 % sur l'ensemble de sa rémunération provenant des services qu'il a dispensés dans la région à pratique partielle restreinte.

7.03 Le comité paritaire, avec l'accord du DRMG de la région à pratique partielle restreinte, peut exclure un sous-territoire de cette région, ou des services spécifiques qui y sont dispensés, de l'application des dispositions du paragraphe précédent. L'exclusion peut viser à la fois un sous-territoire et des services spécifiques et elle peut comprendre toute autre condition pertinente. Le comité paritaire en informe le DRMG de la région concernée.

7.04 Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe précédent que s'il obtient l'autorisation du comité paritaire. Les procédures sont les suivantes :

- le médecin adresse sa demande au DRMG de la région à pratique partielle restreinte;
- dans le cas où la demande du médecin répond aux conditions accompagnant l'exclusion accordée dans le cadre des dispositions du paragraphe 7.03, le DRMG transmet, pour autorisation, la demande du médecin au comité paritaire;
- le comité paritaire doit, dans les trente jours suivant la réception de la demande du médecin, aviser le médecin de sa décision;
- lorsque l'autorisation est accordée, le comité paritaire transmet le nom du médecin à la Régie;
- le suivi de la pratique du médecin dans la région à pratique partielle restreinte est assuré par le comité paritaire. La Régie transmet le 1^{er} août de chaque année les données sur la rémunération du médecin pour l'année allant du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année précédente;

- dans le cas où le médecin n'a pas respecté les conditions rattachées à l'exclusion accordée en vertu du paragraphe 7.03 de la présente entente, le comité paritaire demande à la Régie d'appliquer les modalités prévues au paragraphe 7.02.

- + **7.05** Un médecin détenant un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui modifie la répartition de sa pratique et obtient un avis de conformité d'une autre région, peut continuer d'exercer dans le RLS de la région à pratique partielle restreinte de laquelle il détenait l'avis de conformité antérieur pour 45 % ou moins du total de ses jours de facturation et cela conformément aux dispositions de l'article 3.00 de la présente entente.

8.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.01 Tout médecin qui exerce sans détenir d'avis de conformité, ou de dérogation en tenant lieu, le 30 juin 2016, qui débute sa pratique à partir du 1^{er} juillet 2016 ou qui détient un avis de conformité au 30 juin 2016, mais obtient, subseqüemment au 30 juin 2016, un avis de conformité d'une autre région, est assujéti aux dispositions prévues à la présente entente particulière.

8.02 Le médecin qui détient un avis de conformité d'un DRMG, ou une dérogation en tenant lieu, et qui a débuté sa pratique avant le 1^{er} juillet 2016 est assujéti aux dispositions prévues à la présente entente particulière avec les adaptations suivantes :

- + i) L'avis de conformité qu'il détient vise l'ensemble du territoire du DRMG et non un territoire de RLS. Pour respecter son avis de conformité, il doit réaliser, dans sa région, 55 % de ses journées de facturation. Une journée de facturation n'est comptabilisée que si la rémunération associée à cette journée est égale ou supérieure à 500 \$. Une demi-journée peut être comptabilisée si la rémunération associée à cette demi-journée est égale ou supérieure à 250 \$ et inférieure à 500 \$. Le cumul des honoraires d'une journée tient compte du tarif de base des services rendus.
- ii) Les activités au sein d'une entité à vocation nationale et auprès du mécanisme du dépannage sont exclues du calcul de la proportion de ses jours d'activités;
- iii) Lorsqu'il fait une demande pour un avis de conformité auprès d'une nouvelle région, l'évaluation de la disponibilité de places au PREM par le DRMG se fait sur la base de l'ensemble des places disponibles dans la région. Le DRMG ajuste par la suite le nombre de places résiduelles par territoire de RLS en fonction d'abord du territoire où le médecin compte exercer et par la suite, le cas échéant, en fonction des priorités fixées par le DRMG;
- iv) La réduction de rémunération s'applique sur les activités en cabinet et à domicile seulement;
- v) La réduction applicable en raison de la pratique dans une région à pratique partielle restreinte sans détenir d'avis de conformité de la région en cause s'applique sur le revenu en cabinet et à domicile seulement, et ce, de sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte seulement.

9.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE

- + **9.01** La Régie transmet, au 1^{er} novembre de chaque année d'application, au DRMG et au comité paritaire, le nom des médecins qui n'ont pas respecté, au cours du premier trimestre de l'année d'application en cours, le pourcentage de jours de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente. Elle leur transmet également l'information concernant les médecins qui sont visés par les articles 4.00 et 7.00.

9.02 Relativement à l'application de la réduction prévue aux articles 6.00 et 7.00 de la présente entente, la Régie doit :

- transmettre, au 1^{er} septembre suivant la fin de l'année d'application, à chaque médecin qui n'a pas respecté son avis de conformité ou, le cas échéant, les dispositions relatives aux régions à pratique partielle restreinte apparaissant à l'article 7.00 de la présente entente, un avis de réduction selon les modalités prévues aux articles 6.00 ou 7.00 de la présente entente. Cet avis est également transmis au DRMG de la région duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire;
- dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité, lui rappeler par écrit, au plus tard trente jours suivant la fin d'un trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, qu'il ne détient pas d'avis de conformité et l'aviser de l'application de la réduction selon les modalités apparaissant à l'article 6.00 de la présente entente. Cet avis est également transmis au DRMG de la région auprès duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire.

- + **9.03** La Régie transmet au 1^{er} septembre de chaque année au comité paritaire les données sur la répartition interrégionale et intrarégionale de la facturation de chaque médecin, dans ce dernier cas par territoire de RLS, pour l'année d'application se terminant le 28 ou le 29 février de l'année en cours. La Régie transmet à la même date, à chaque DRMG, les données sur la répartition interrégionale et intrarégionale des jours de facturation des médecins, par territoire de RLS, exerçant dans la région.
- + **9.04** La Régie transmet sur demande au comité paritaire, toute information requise pour l'application du paragraphe 3.09 de la présente entente.

10.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

- + **10.01** Le DRMG doit établir la liste des RLS prioritaires de son territoire en fonction des effectifs médicaux déjà en place et du recrutement à venir, et ce, en précisant la nature des services de première ligne, cabinet, domicile, CLSC et UMF ou services en établissement, dans ce dernier cas avec le concours du DSP concerné, selon les secteurs d'activités le plus en besoin.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire assume les fonctions qui lui sont confiées dans le cadre de la présente entente et conformément à l'article 32.00 de l'entente générale.

12.00 ÉVALUATION

12.01 Les parties conviennent de procéder, au cours du mois de septembre 2016 ou en tout temps pertinent, à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par l'*Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne* relativement à la répartition interrégionale et intrarégionale des effectifs médicaux et au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

12.02 Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

13.00 MISE EN VIGUEUR

13.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 21 décembre 2015. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de février 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PREM

ANNEXE I

+ **RÉGIONS, RLS ET SOUS-TERRITOIRES AUTRES QUE RLS (Par. 1.01 ci-dessus)**

AVIS : *La liste des régions, RLS et sous-territoires autres que RLS dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

ANNEXE II

+

CALCUL D'UNE ANNÉE DE PRATIQUE

Pour être considéré aux fins de l'application du paragraphe 3.02 de la présente entente comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le médecin doit répondre à une des situations suivantes :

1. Il doit avoir complété, dans le cadre du régime public d'assurance maladie du Québec, au moins deux cents jours de facturation et avoir réalisé, pour chacune de ces journées, une facturation d'au moins 500 \$ en respectant les conditions suivantes :
 - seule la pratique postérieure à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec est considérée;
 - le médecin visé doit détenir un avis de conformité au PREM d'une région ou une dérogation qui en tient lieu.
2. Peuvent également être considérés comme médecins ayant pratiqué dans d'autres régions :
 - le médecin militaire s'il a servi à ce titre au sein des Forces armées canadiennes pendant au moins un an;
 - le médecin en provenance de l'extérieur du Québec et qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1^{er} janvier 2004.

La Régie, sur demande du DRMG, transmet au DRMG et aux médecins concernés les données pertinentes à l'application de la présente annexe.

ANNEXE III

+

INSTANCES À VOCATION NATIONALE ET MISSIONS RÉGIONALES RECONNUES PAR LE MINISTRE

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)
- DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)
- ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC (ÉVAQ)

ANNEXE IV

+

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS DE CONFORMITÉ

AVIS : *Le formulaire Avis de conformité – Médecins omnipraticiens (4181) est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Formulaires dans votre profession.*

ANNEXE V

+

RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

Région de la Capitale-Nationale à l'exception des sous-territoires de Portneuf et de Charlevoix