

1^{er} février 2023



MÉDECINS SPÉCIALISTES

BROCHURE N^o 5

Rémunération mixte



TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE	1
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE	1
2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM	3
3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	5
4. AUTRE RÉMUNÉRATION	8
5. RÈGLE D'APPLICATION	10
6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ	11
7. FORFAIT RÉSEAU	12
8. RESSOURCEMENT	13
9. ASSISTANCE CHIRURGICALE	14
10. MODALITÉS PARTICULIÈRES	15
11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ	16
12. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (annexe 24 de l'Accord-cadre)	17
13. PROTOCOLE D'ACCORD	18
14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT	19
15. DIVERS	20
16. LIMITATION	22
17. PROCÉDURE D'AUTORISATION	23
18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE	25
TABLEAU – RÉMUNÉRATION MIXTE	1
ALLERGIE	1
ANATOMO-PATHOLOGIE	2
ANESTHÉSIOLOGIE	3
CARDIOLOGIE	6
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE	7
CHIRURGIE GÉNÉRALE	8
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	9
CHIRURGIE PLASTIQUE	10
CHIRURGIE VASCULAIRE	11
DERMATOLOGIE	12
ENDOCRINOLOGIE	13
GASTRO-ENTÉROLOGIE	14
GÉNÉTIQUE MÉDICALE	15

GÉRIATRIE.....	16
HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE A).....	18
HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE B).....	19
MÉDECINE INTERNE	20
MÉDECINE NUCLÉAIRE	21
NÉPHROLOGIE	22
NEUROCHIRURGIE	23
NEUROLOGIE	24
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE	25
OPHTALMOLOGIE.....	26
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.....	27
PÉDIATRIE.....	28
PHYSIATRIE	29
PNEUMOLOGIE	30
PSYCHIATRIE	31
RADIOLOGIE.....	32
RADIO-ONCOLOGIE	33
RHUMATOLOGIE.....	34
SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL	36
UROLOGIE.....	42
ANNEXE 40 – RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE.....	1
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE.....	1
2. RÉMUNÉRATION.....	3
3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	5
4. AUTRE RÉMUNÉRATION	7
5. RÈGLE D'APPLICATION.....	8
6. RESSOURCEMENT	9
7. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ	10
8. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	11
9. PROTOCOLE D'ACCORD	12
10. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT	13
11. DIVERS	14
12. LIMITATION	16
13. PROCÉDURE D'AUTORISATION.....	17

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

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

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

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

AVIS : Utiliser un des codes d'activité suivants :

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

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

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

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

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

065150 (Activités de témoignage)

065151 (Activités d'évaluation)

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

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

AVIS : Utiliser le code d'activités **065022** (Activités d'enseignement à l'exception de celles rémunérées par le milieu universitaire).

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

Les activités médico-administratives désignent :

- les activités effectuées par un médecin spécialiste comme chef de département clinique ou chef de service clinique, à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre de ses responsabilités de membre élu ou nommé à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, lesquelles sont rémunérées par le Protocole adopté à cette fin;

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

- la participation du médecin spécialiste aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et son Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- les activités du médecin spécialiste à titre de responsable de programme clinique;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions du département clinique ou service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

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

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

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

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

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

2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM

AVIS : *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743). Les périodes de facturation doivent respecter le calendrier spécifique à la rémunération mixte.*

2.1 Le médecin spécialiste a droit à deux demi-per diem (un per diem) pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activités, laquelle est divisée en deux demi-journées.

2.2 Une demi-journée d'activités (demi-per diem) s'entend d'une période moyenne d'activités de trois heures et demie, entre 7 h et 12 h et entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, voir les modalités particulières présentées sous le tableau des suppléments d'honoraires de votre discipline.*

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

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

AVIS : *La période est établie selon le [calendrier](#) spécifique à la rémunération mixte.*

ii. Le médecin ne peut réclamer plus de deux demi-per diem par jour;

iii. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un demi-per diem au cours d'une période où sa participation est inférieure à 1 heure d'activités prévues à l'article 2.1;

AVIS : *Lors de la facturation, le médecin doit utiliser des lignes distinctes pour chaque demi-per diem afin de distinguer les heures travaillées en avant-midi de celles travaillées en après-midi.*

Sur la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743), pour pouvoir demander 2 demi-per diem, le médecin doit :

- cocher la case AM et inscrire le nombre d'heures d'activités pour l'avant-midi (minimum 1 heure);

- sur une autre ligne, cocher la case PM et inscrire le nombre d'heures d'activités pour l'après-midi (minimum 1 heure).

Pour un même quantième, le total des heures d'activités doit être d'au moins 4 h 30.

Au bout de chaque ligne, dans la case Per diem, le médecin doit inscrire 0,5.

Au bas du formulaire, dans la case Nombre de per diem, pour 2 demi-per diem, le médecin doit inscrire 1 (0,5 + 0,5).

iv. Le médecin ne peut réclamer le paiement de deux demi-per diem au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 2.1 a été inférieure à quatre heures et demie;

AVIS : *Le médecin doit participer à au moins 4 h 30 d'activités réparties dans chacune des demi-journées pour avoir droit à 2 demi-per diem.*

Lors de la facturation, le médecin doit utiliser des lignes distinctes pour chaque demi-per diem afin de distinguer les heures travaillées en avant-midi de celles travaillées en après-midi.

Sur la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743), pour pouvoir demander 2 demi-per diem, le médecin doit :

- cocher la case AM et inscrire le nombre d'heures d'activités pour l'avant-midi (minimum 1 heure);

- sur une autre ligne, cocher la case PM et inscrire le nombre d'heures d'activités pour l'après-midi (minimum 1 heure).

Pour un même quantième, le total des heures d'activités doit être d'au moins 4 h 30.

Au bout de chaque ligne, dans la case Per diem, le médecin doit inscrire 0,5.

Au bas du formulaire, dans la case Nombre de per diem, pour 2 demi-per diem, le médecin doit inscrire 1 (0,5 + 0,5).

v. Aux fins de déterminer le nombre maximum de demi-per diem qu'un médecin peut réclamer par période de deux semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 2.1 au cours de cette période de deux semaines.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, voir les modalités particulières présentées sous le tableau des suppléments d'honoraires de votre discipline.*

2.4 Le montant du demi - per diem est de 372 \$.

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

AVIS : Les honoraires demandés par le médecin spécialiste doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de **sa spécialité**, pour les services de laboratoire (SLE) sur la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606).

Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste, durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et doit inscrire l'heure de début du service, en considérant les plages horaires ci-dessous, et ce, peu importe le lieu de dispensation (établissement, cabinet, domicile, etc.).

De 00 h 00 à 7 h 00 (nuit)

De 7 h 00 à 12 h 00 (a.m.)

De 12 h 00 à 17 h 00 (p.m.)

De 17 h 00 à 24 h 00 (soir)

IMPORTANT : Pour le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte **uniquement** à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire l'heure de début du service est limitée aux périodes (dates de service) où il se rend dans cet établissement.

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

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

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, voir les modalités particulières présentées sous le tableau des suppléments d'honoraires de votre discipline.

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

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

AVIS : On détermine le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical. Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du **rôle 4** qui n'est pas payable, sauf dans le cas de l'assistance opératoire prévue à la règle 13, 16 ou 17 de l'Addendum 4 – Chirurgie et des honoraires additionnels payables en vertu de la règle 15 de cet addendum. Pour un service médical à unités (rôle 1), on tient compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.

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

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

- Constat de décès à distance (code 15264);
- Rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3) (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- Examen externe d'un cadavre (code 15312);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumé victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (codes 09071 et 09073);
- Formulaire - Certificat du médecin qualifié dans le cadre des prélèvements découlant des exigences du Code criminel (code 09820);
- Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques (code 15310);
- Prélèvement de sang veineux chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction (code 15311);
- Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public (codes 09825 et 09826);
- Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (codes 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09922, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09970, 09971, 15795, 15796 et 15797);
- Formulaire - Programme de dépistage du cancer du sein (code 09817);
- Validation et approbation d'une demande d'analyse de biologie médicale non disponible au Québec, avec rédaction du rapport AH-612 (code 70004);
- Le supplément payable lorsque la communication avec le patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète (code 15761).

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

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

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes concernés, utiliser le code de facturation **70000** ou **70010**. Les spécialités visées sont : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, dermatologie, médecine interne, néphrologie, neurologie, obstétrique-gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie et radio-oncologie.

*Chirurgie générale : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **00276, 00493, 00495, 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 02383, 04758, 04759, 05044, 05050, 05052, 05054, 05144, 05248, 05404, 05455, 05462, 05468, 05471, 05477, 09337, 20127**, utiliser le code de facturation **70005** ou **70015**.*

*Pédiatrie : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **00234, 00249** et **00863**, utiliser le code de facturation **70002** ou **70012**.*

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

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

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

AVIS : Pour la facturation du supplément d'honoraires à 100 % relativement à la Règle 15.2 de l'Addendum 4 - Chirurgie, utiliser le code de facturation **05917** pour les honoraires additionnels p. m.

3.5 Toutefois, malgré l'absence de dispositions spécifiques à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur les honoraires payables en vertu des règles 36 à 40 du préambule général de l'annexe 4 de l'Accord-cadre.

AVIS : Voir les codes de facturation **17000, 17001, 17002, 17003, 17004, 17005** et **17006**.

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

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

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

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

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, voir les modalités particulières présentées sous le tableau des suppléments d'honoraires de votre discipline.

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

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

AVIS : À la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), les critères pour avoir droit au paiement d'honoraires majorés lors d'un appel pour une urgence sont modifiés à compter du 15 février 2022. Consulter les avis à cet effet à la règle 14 du Préambule général du Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG** et indiquer l'heure de début du service.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), lors de soins d'urgence en rémunération mixte, utiliser obligatoirement les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des règles 4 et 14.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

	Début de l'opération (tous les rôles)
SOIR, du lundi au vendredi de 21 h à 24 h	MOD = 109
NUIT, de 0 h à 7 h	MOD = 110
WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 24 h	MOD = 111
JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 21 h (aucune majoration)	-----

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

4.3 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences sont d'au moins 245 \$ entre minuit et 7 heures tous les jours et d'au moins 163 \$ entre 7 heures et minuit le samedi, le dimanche et les jours fériés ou entre 21 h et minuit les autres jours, à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 328 \$ et 163 \$ respectivement, pour chacune des périodes visées.

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

- Code **09203** ou **92030** de minuit à 7 h;
- Code **09204** ou **92040** de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 21 h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement.

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

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

5. RÈGLE D'APPLICATION

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

- i. On retient l'heure du début de prestation du service;
- ii. En obstétrique, on retient l'heure de la naissance;
- iii. À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités de base, on retient l'heure du début de prestation du service.

6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.1 Le médecin spécialiste reçoit également le paiement du supplément de garde autrement payable en vertu de l'annexe 25 ou de l'annexe 45 de l'Accord-cadre, selon les conditions qui y sont prévues. Toutefois, les jours considérés fériés sont ceux prévus à l'article 15.3.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

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

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

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

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Suppléments pour la garde locale

AVIS : La liste des codes de facturation et des tarifs relative aux suppléments pour la garde locale est disponible à la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord\)](#).

7. FORFAIT RÉSEAU

Abrogé en date du 9 décembre 2019 par la Modification n° 91

8. RESSOURCEMENT

Abrogé.

9. ASSISTANCE CHIRURGICALE

9.1 Le médecin spécialiste qui assiste un chirurgien au cours d'une journée a droit, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie sa présence, au paiement d'un per diem ou d'un demi per diem, selon sa période d'activité, mais n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu à l'article 3.1 pour son travail d'assistance chirurgicale, à l'exception toutefois de l'assistance opératoire prévue aux règles 13, 16 et 17 de l'Addendum 4. Chirurgie et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum.

10. MODALITÉS PARTICULIÈRES

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

11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

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

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un demi per diem ou un per diem est demandé, inscrire l'heure de début du service ou de la plage horaire pour chaque service rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation.*

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

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

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

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

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

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un demi per diem ou d'un per diem est demandé, inscrire l'heure de début du service ou de la plage horaire pour chaque service rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation.*

13. PROTOCOLE D'ACCORD

13.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées aux différents protocoles d'accord prévoyant une rémunération au tarif horaire.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un per diem au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe entre 7 h et 17 h, à l'exception du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé, du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes et du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucune activité réalisée entre 7 h et 17 h au regard des différents protocoles d'accord prévoyant une rémunération à tarif horaire, sauf exception.*

AVIS : *Au regard des protocoles d'accord faisant l'objet d'une exception, veuillez vous référer à ces protocoles d'accord pour les modalités de facturation à tarif horaire pour la rémunération des activités réalisées entre 7 h et 17 h.*

14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

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

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

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un demi per diem ou d'un per diem est demandé, inscrire l'heure de début du service ou de la plage horaire pour chaque service rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation.*

15. DIVERS

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

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

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

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

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Assume ou a assumé la prise en charge d'une unité de soins intensifs au cours de la journée.***

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

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait dans une unité de grands brûlés est réclamé.***

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

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de soutien en psychiatrie est réclamé.**

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

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

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

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

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

16. LIMITATION

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

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

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

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

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

17. PROCÉDURE D'AUTORISATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE

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

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

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

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

TABLEAU – RÉMUNÉRATION MIXTE

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

ALLERGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
45	Les services médicaux codés 00100, 00106, 00107, 00112, 00152, 00161, 00334, 00781, 00836, 09060, 09094, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09170, 15366, 15367, 15368, 15369, 15370, 15371, 15372, 15373, 15374, 15375, 15376, 15377, 15378, 15379, 15380, 15381, 16000, 20104, 20105, 20106, 20107, 20108, 20109, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20500, 20501, 20502, 20503, 20504, 20505 et 20543.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Abrogé.

ANESTHÉSIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés.
30	Le service médical codé 07261 ainsi que les services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
50	Les services médicaux codés 09095 et 09096. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui ne font pas l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09135, 09145, 09148 et 09246.
63	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de deux ans.
70	Le service médical codé 00585, lorsque dispensé dans une unité de soins intensifs non reconnue en vertu de l'Annexe 29.
90	Tous les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8 de l'Accord-cadre, ainsi que les services médicaux codés 00927, 00991, 41023, 41024, 41051 et 41053.
100	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet Système cardiaque lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet Système nerveux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. Les services médicaux codés 15482, 15483, 15485, 15486, 15487, 15600, 15601, 15602, 41055, 41058, 41056, 41057 et 41059.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

AVIS : Indiquer le secteur d'activité si requis.

Modalités particulières

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

ci-après :

2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM

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

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

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

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

AVIS : *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (3743). Utiliser un des codes d'activité suivants : Veuillez utiliser un des codes d'activité suivants pour les activités médicales visées à l'article 1.2 de l'annexe 38 :*

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

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

- **084022** (activités d'enseignement à l'exception de celles rémunérées par le milieu universitaire)

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

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

2.2 Une journée d'activité s'entend d'une période d'activité de sept heures au cours d'une même journée, entre 7 h et 15 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Une demi-journée d'activité s'entend d'une période d'activité de trois heures et demie au cours d'une même journée, durant la même période.

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

2.4 Le montant du per diem est de 744 \$. Le montant du demi per diem est de 372 \$.

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

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

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

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

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

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

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

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

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

Toutefois, les honoraires de visite de contrôle ne sont pas payables entre 15 h et 7 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : *Indiquer l'heure de début du service.*

5. Les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'annexe 38 sont rémunérées à tarif horaire lorsqu'elles sont accomplies entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le tarif est de 106 \$ l'heure et s'applique pour une période d'activité continue de 60 minutes. Toutefois, les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'annexe 38 excluent la participation du médecin spécialiste aux activités médico-administratives prévues au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*.

AVIS : *Les activités médico-administratives réalisées par le médecin spécialiste de 7 h à 8 h et de 15 h à 17 h doivent être facturées sur la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).*

Utiliser l'un des codes d'activité suivants :

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

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

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

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

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

CARDIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246, 30010, 30110, 30120, et 30140.
90	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 14 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246, 15705, 16004, 16005, 30010, 30110, 30120 et 30140.
	Les services médicaux codés 08311 et 60703.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

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

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
42	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
	Les services médicaux codés 00414, 00524, 00558, 00626, 00634, 00696, 05497, 05499, 05928, 05547, 09331, 09333, 09485, 15272, 20021, 20036, 20037 et 20038.
55	Les services médicaux codés 00276, 00277, 00303, 00304, 00365, 00390, 00391, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00863, 08348, 08365, 08370, 09060, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09337, 15386, 15387, 15388, 15389, 15391, 15709, 20163 et 20164.
69	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
	Les services médicaux codés 00784, 00785, 00852, 00853, 01037, 01038, 01052, 01053, 01054, 01055, 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 01228, 01230, 01233, 01234, 01250, 01251, 01252, 01253, 01254, 01255, 05548, 05929, 09308 et 20577 à 20592.
	Les services médicaux codés 01365, 01366 et 01367, lorsque effectués dans les cas de mélanome.
75	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
	Les services médicaux codés 01231, 01232, 01334, 01424, 05062, 05078, 05299, 05496, 05498, 05522, 09305, 20127 et 20128.
100	Les services médicaux 02000 à 07999, 09308, 09331, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 5 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
	Les services médicaux codés 01025 à 01028, 03047 à 03050, 05061 et 05510 à 05513.
	Les services médicaux codés 01000 à 01300, lorsque dispensés à un patient de 12 ans ou moins, à l'exception des services médicaux codés 01052, 01053, 01054 et 01055.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
50	Les services médicaux codés 09060, 09150 et 09162.
70	Les services médicaux codés 09160, 09170, 15131, 15132, 20146 et 20147.
	Les services médicaux codés 09060, 09150 et 09162 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
85	Les services médicaux codés 09160 et 09170 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
90	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598, 18012 à 18999, à l'exception du service médical codé 02505.
100	Les services médicaux codés 02000, 02002, 02003, 02004, 02005, 02006, 02007, 02013, 02023, 02025, 02029, 02030, 02033, 02041, 02046, 02047, 02054, 02059, 02060, 02061, 02068, 02070, 02074, 02079, 02081, 02082, 02083, 02084, 02085, 02086, 02091, 02092, 02093, 02094, 02095, 02109, 02119, 02127, 02130, 02131, 02132, 02133, 02134, 02135, 02137, 02142, 02143, 02152, 02153, 02166, 02170, 02171, 02174, 02175, 02176, 02177, 02178, 02179, 02182, 02183, 02184, 02188, 02189, 02192, 02193, 02194, 02208, 02209, 02211, 02221, 02222, 02227, 02228, 02229, 02230, 02234, 02240, 02241, 02242, 02244, 02246, 02247, 02252, 02253, 02264, 02274, 02283, 02284, 02285, 02291, 02293, 02322, 02324, 02325, 02340, 02341, 02343, 02344, 02346, 02349, 02352, 02354, 02355, 02356, 02357, 02358, 02359, 02360, 02362, 02365, 02368, 02369, 02376, 02377, 02378, 02379, 02385, 02386, 02387, 02388, 02394, 02396, 02398, 02399, 02405, 02406, 02412, 02413, 02414, 02419, 02426, 02433, 02434, 02450, 02458, 02459, 02460, 02461, 02462, 02463, 02484, 02500, 02501, 02532, 02543, 02551, 02552, 02554, 02555, 02556, 02558, 02560, 02561, 02562, 02563, 02565, 02596, 02625, 02658, 02674, 02686, 02700, 02706, 02713, 02717, 02718, 02722, 02741, 02746, 02747, 02748, 02774, 02778, 02779, 02780, 02781, 02783, 02784, 02785, 02786, 02787, 02788, 02789, 02790, 02791, 02796, 02797, 02798, 02799, 02801, 02802, 02803, 02808, 02811, 02813, 02816, 02822, 02839, 02840, 02841, 02860, 02864, 02865, 02866, 02867, 02868, 02869, 02870, 02871, 02874, 02892, 02897, 02906, 02907, 02913, 02914, 02915, 02916, 02917, 02934, 02936, 02937, 02938, 02939, 02943, 02944, 02948, 02950, 02951, 02952, 02953, 02954, 02955, 02991, 02992, 02993, 02994, 02995, 02996, 09168, 09502, 09505, 09506, 09507, 09508, 09509, 09510, 09511, 09512, 09524, 09528, 09530, 09531, 09532, 09535, 09536, 09555, 09563, 09564, 09566, 09567, 09582, 18012, 18013, 18014, 18031, 18032, 18056, 18058, 18059, 18060, 18061, 18066, 18071, 18072, 18073, 18074, 18077, 18078, 18113, 18125, 18126, 18127, 18138, 18140, 18170, 18171, 18172 et 18173, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
	Le service médical codé 09168.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246 et 18001 à 18006.
75	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de 14 ans ou moins, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246 et 18001 à 18006.
	Les services médicaux codés 18001 à 18006, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans.
85	Les services médicaux codés 01029, 01031, 01032, 01035, 01036, 01039, 01040, 01041, 01042, 01300 à 01500, 02009, 02017, 02018, 02019, 02031, 02048, 02070, 02089, 02180, 02190, 02191, 02322, 02331, 02337, 02352, 02354, 02355, 02356, 02357, 02367, 02385, 02394, 02443, 02444, 02446, 02447, 02505, 02507, 02508, 02513, 02514, 02515, 02516, 02517, 02518, 02520, 02521, 02522, 02523, 02524, 02527, 05408 à 05915, 05936, 05963, 05964, 05965, 07379, 07380, 07412, 07415, 07417, 09553, 18120 et 18121.
90	Les services médicaux codés 02007, 02008, 02012, 02014, 02015, 02038, 02040, 02042, 02050, 02067, 02082, 02083, 02090, 02125, 02126, 02138, 02160, 02198, 02201, 02202, 02219, 02227, 02271, 02273, 02275, 02276, 02300, 02301, 02308, 02312, 02324, 02327, 02328, 02330, 02332, 02363, 02372, 02373, 02377, 02382, 02383, 02396, 02397, 02409, 02448, 02479, 02554, 02650, 02658, 02659, 02674, 02698, 02699, 02704, 02706, 02713, 02718, 02726, 02729, 02741, 02750, 02783, 02784, 02785, 02786, 02787, 02788, 02789, 02790, 02791, 02792, 02793, 02835, 02836, 02895, 02896, 02897, 02898, 02914, 02926, 02928, 02932, 02934, 02939, 02956, 02958, 02960, 02985, 05316, 05317, 05318, 05319, 05320, 05321, 05322, 05329, 05330, 05335, 05337, 07172, 07189, 07333, 07352, 07473, 07474, 07770, 07772, 07790, 07791, 07792, 07793, 07797, 07798, 09537, 09581, 09582, 09597, 18045, 18046, 18047, 18048, 18049, 18050, 18051, 18052, 18053, 18054, 18055, 18056, 18057, 18058, 18059, 18060, 18061, 18102, 18103, 20224 et 20225.
100	Les services médicaux codés 01033, 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357 lorsque dispensés à un patient de 14 ans ou moins.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE VASCULAIRE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
37	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
	Les services médicaux codés 00276, 00277, 00414, 00524, 00558, 00626, 00634, 00696, 09331, 09333, 09485, 20021, 20036, 20037 et 20038.
43	Les services médicaux codés 00303, 00365, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00863, 08348, 08365, 08370, 09060, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09170 et 09337.
64	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
	Les services médicaux codés 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 01228, 01230, 01233, 01234, 01250, 01251, 01252, 09308 et 20577 à 20592.
	Les services médicaux codés 01365, 01366 et 01367, lorsque effectués dans les cas de mélanome.
65	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
	Les services médicaux codés 04045, 04046, 04047, 04048, 04049, 04050, 04051, 04052, 04053, 04054, 04055, 04056, 04057 et 04058.
	Les services médicaux codés 09436 et 09437 lorsqu'effectués au cours de la même séance que les services médicaux codés 04053, 04054, 04055, 04056, 04057, 04058, 08401, 08402, 08403, 08405 ou 08407.
70	Les services médicaux codés 01231, 01232, 01424, 05062, 05299, 08401, 08402, 08403, 08405 et 08407.
	Les services médicaux codés 09432, 09446, 09447 et 09494 lorsque effectués au cours de la même séance que les services médicaux codés 08401, 08402, 08403, 08405 ou 08407.
100	Les services médicaux 02000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
	Les services médicaux codés 01025 à 01028, 03047 à 03050, 05061 et 05510 à 05513, 08352 à 08356, 08358 à 08360, 08388, 08390 à 08399, 08426, 08427.

DERMATOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
55	Les services médicaux codés 06074, 06075, 15168, 15172, 15173 et 20109.
75	Les services médicaux codés, 00152, 00165, 00167, 00192, 00194, 00213, 00214, 00215, 00245, 00820, 01043, 01044, 01045, 01046, 01047, 01048, 01050, 01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01110, 01112, 01121, 01122, 01123, 01124, 01130, 01131, 01132, 01133, 01134, 01215, 01216, 01302, 01303, 01327, 09061, 09183, 09186, 09188, 09297, 15488, 15490, 15492, 15493, 15494, 16013, 16016, 16021, 20060, 20106, 20117, 20118, 20119, 20143, 20144, 20174, 20202, 20203, 20204, 20503.
100	Les services médicaux codés 09079, 09181, 09184, 09250, 15491, 16014, 16017, 16020, 16022, 20107 et 20108.
	Les services médicaux codés, 00165, 00167, 00192, 00194, 00213, 00214, 00215, 00245, 00820, 01043, 01044, 01047, 01048, 01050, 01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01110, 01112, 01121, 01122, 01123, 01124, 01130, 01131, 01132, 01133, 01134, 01215, 01216, 01222, 01223, 01224, 01225, 01227, 01302, 01303, 01327, 09061, 09183, 09186, 09188, 09297, 15490, 15492, 15493, 15494, 16013, 16016, 16021, 20060, 20106, 20117, 20118, 20119, 20143 20144, 20174, 20202, 20203, 20204 lorsque dispensés à un patient de 10 ans et moins.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

ENDOCRINOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09078, 09080, 09148, 09152 et 09164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l'Addendum 7 - Médecine nucléaire, sous la rubrique Épreuves in vitro.
44	Les services médicaux codés 09094 et 09176.
47	<i>Abrogé.</i>
50	Les services médicaux codés 09060, 09150, 09160 et 09170.
56	Les services médicaux codés 00237 et 00343.
	Tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09078, 09080, 09148, 09152 et 09164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l'Addendum 7 - Médecine nucléaire, sous la rubrique Épreuves in vitro.
62	Les services médicaux codés 00345 et 09168.
	Les services médicaux codés 09060, 09094, 09150, 09170 et 09176, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.
66	Le service médical codé 09162.
78	Les services médicaux codés 09160 et 09162, lorsque dispensé à un patient de moins de 16 ans.
100	Les services médicaux codés 00024, 15417, 15418, 15419, 15420, 15422, 15423, 15424, 15425, 15426, 15427, 15428, 15429, 15711, 16030, 16031, 20130 et 20132.
	Les services médicaux codés 00237 et 00343, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.
	Le service médical codé 15710, lorsque dispensé à un patient de moins de 18 ans.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
53	Les services médicaux codés, 00181, 00304, 00338, 00364, 00390, 00562, 00573, 00574, 00626, 00634, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00749, 00750, 00754, 00862, 00863, 00874, 08348, 08349, 08365, 09094, 09337, 09375, 09485, 09488, 20024, 20039, 20042, 20043, 20075, 20135 et 60704.
77	Les services médicaux codés 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15352, 15353, 15354, 15355, 16133, 20063, 20064, 20136 et 20137.
100	Les services médicaux codés 00865, 00866, 09377 à 09380, 15351, 16035 à 16038, 16132, 16134 et 20139.
	Les services médicaux codés 00181, 00338, 00364, 00390, 00562, 00573, 00574, 00634, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00749, 00750, 00754, 00844, 00862, 00863, 00865, 00866, 00874, 08348, 08349, 08365, 09060, 09078, 09080, 09094, 09150, 09160, 09162, 09170, 09337, 09377 à 09380, 09488, 15352 à 15355, 20024, 20043, 20075, 20087 à 20092, 20135, 20136 et 20137, lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans.

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

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Les services médicaux codés 09008, 09009, 09010, 09013, 09014, 09015, 09016, 09017, 09018, 09021, 09022, 09023, 09024, 09025, 09060, 09094, 09147, 09148, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 09601, 09602, 09603, 09606, 09607, 09608, 09609, 09612, 09613, 09614, 09615, 09616, 09617, 09618, 09619, 09620, 09621, 09623, 09626, 09627, 09628, 09629, 09630, 09631, 09632, 09633, 09634, 09635, 09636, 09637, 09638, 09639, 09640, 09641, 09642, 09643, 09644, 09645, 09646, 09647, 09648, 09658, 09659, 09660, 09661, 09662, 09663, 09664, 09665, 09666, 09667, 09668, 09669, 09670, 09671, 09672, 09673, 09674, 09675, 09676, 09677, 09678, 09679, 09680, 09681, 09682, 09683, 15431, 15432, 15433, 16039, 16040.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

GÉRIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
80	Les services médicaux 00024, 00025, 00034, 00035, 00036, 00038, 00042, 00043, 00046, 00047, 00048, 15072, 15073, 15106, 15107, 15133, 15162, 15163, 15175, 15176, 15177, 15495, 15496, 15497, 15498, 15499, 15502, 15503, 15504, 15505, 15506, 15507, 15508, 15509, 15510, 15511, 15512, 15748, 15749, 15750, 15751 et 16135.
100	Le service médical codé 15501.

AVIS : Pour les codes de facturation **15133, 15162 et 15163** ainsi que pour la consultation afférente, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Visite ou consultation en gériatrie effectuée dans un établissement différent du lieu habituel de pratique.**

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel;**
- le numéro de l'établissement où le service est rendu.

AVIS : Pour les codes de facturation **15175, 15176 et 15177** ainsi que leur visite principale, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Visite ou consultation en gériatrie effectuée dans un établissement différent du lieu habituel de pratique.**

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel;**
- le numéro de l'établissement où le service est rendu.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

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

1.1 Admission d'un patient dans une unité de soins

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

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

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

00025 Admission d'un patient dans une unité de soins 74,00 \$

AVIS : *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

1.2 Visite de départ

Abrogé.

1.3 Entrevue avec un tiers

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

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

On calcule cet honoraire comme suit :

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

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

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

15106 Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps 25,85 \$

AVIS : *Inscrire :*

- *le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;*
- *la durée de l'entrevue.*

1.4 Intervention de suivi en établissement - longue intervention

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

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

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

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

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

15107 Longue intervention, par unité de temps (1/4 heure) 25,85 \$

AVIS : *Inscrire la durée de l'intervention.*

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE A)

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30	Le service médical codé 00152.
34	Les services médicaux codés 50030, 50070, 50090, 50100, 52050, 52060, 56100, 56110, 56140, 56150, 57040, 60000, 60001, 60004, 60005, 60007, 60008 et 60060 à 60067.
50	Les services médicaux codés 50000 et 09779.
90	Les services médicaux codés 00094, 00234, 00249, 00273, 00281, 00282, 00406, 00434, 00439, 00593, 00595, 00596, 00734, 09012, 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 15121, 15281, 15513, 15514, 16003, 16053, 16054, 19869, 20185, 20507, 20508, 20595, 50040, 60002, 60003 et 60006.

Modalités particulières

1. La détermination du groupe auquel appartient le médecin est déterminé conformément à l'article 3 de l'*Addendum 1 - Médecine* de l'*annexe 4* de l'*Accord-cadre*.
2. Nonobstant l'article 4 de l'*annexe 38*, l'ensemble des examens de laboratoire prévu à l'*addendum 6* de l'*annexe 5* de l'*Accord-cadre* ne peut faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article. Toutefois, les examens de laboratoire visés ci-dessus par un supplément d'honoraires demeurent payables le samedi, le dimanche, un jour férié et entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, selon le pourcentage du supplément d'honoraires prévu ci-dessus.
3. À l'Hôpital Sainte-Justine, au CUSM – Site Glen (pédiatrique) et au CHUQ-CHUL (Centre Mère-Enfant), le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'*annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 126 \$ en semaine et de 443 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, voir l'article 6.1 de l'*annexe 38* et le tableau afférent afin de connaître le code de facturation à utiliser et les instructions de facturation.

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

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE B)

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

Modalités particulières

1. La détermination du groupe auquel appartient le médecin est déterminé conformément à l'article 3 de l'Addendum 1 - Médecine de l'Annexe 4 de l'Accord-cadre.
2. À l'Hôpital Sainte-Justine et au CUSM – Site Glen (pédiatrique), le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 126 \$ en semaine et de 443 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, voir l'article 6.1 de l'annexe 38 et le tableau afférent afin de connaître le code de facturation à utiliser et les instructions de facturation.

MÉDECINE INTERNE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
42	Le service médical codé 15403.
50	Le service médical codé 09168.
60	Les services médicaux codés 00028, 00034, 00036, 00038, 00042, 00043, 00048, 00051, 00053, 00054, 00125, 00234, 00235, 00253, 00273, 00276, 00281, 00309, 00313, 00350, 00414, 00430, 00431, 00489, 00530, 00558, 00582, 00585, 00596, 00597, 00685, 00691, 00693, 00697, 00700, 00703, 00751, 00803, 00815, 00897, 00898, 00899, 00928, 08303, 08309, 08352, 08360, 08388, 08390, 08391, 08392, 08393, 08394, 08479, 09304, 09306, 09307, 09362, 09363, 09418, 15396, 15397, 15398, 15399, 15400, 15401, 15404, 15665, 20115, 20139, 20176, 20177 et 20178.
72	Les services médicaux codés 15669, 15670 et 15672.
100	Les services médicaux codés 00024, 09403, 09404, 09405, 15402 et 16050.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

MÉDECINE NUCLÉAIRE

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

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

NÉPHROLOGIE

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

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

NEUROCHIRURGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
79	Les services médicaux codés 00088, 00202, 00220, 00596, 00614, 00625, 00629, 00663, 01000 à 07999, 07817, 09439, 09440, 09441, 09494, 09495, 09496, 09500 à 09598, 15123, 16063, 16064, 16065, 16066, 18012 à 18999, 20021, 20208, 20209, 20537, 20538, 20596. Les services médicaux apparaissant à la section ANGIORADIOLOGIE de l'Addendum 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.
	Les services médicaux codés 00217, 00292, 00293, 20510, 20513 et 20514 lorsque dispensés dans un centre hospitalier désigné par les parties négociantes.
100	Les services médicaux codés 09160, 09170, 15515 et 15724.
	Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies, lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et au CUSM - Site Glen (pédiatrique) ou lorsque dispensés par un médecin qui exerce en neurochirurgie pédiatrique au CHUL et qui est désigné par les parties négociantes.

Modalités particulières

1. Au CHU Sainte-Justine, au CUSM - Site Glen (pédiatrique) ou lorsque la garde est effectuée par un médecin qui exerce en neurochirurgie pédiatrique au CHUL, le montant du supplément de garde locale en disponibilité payable en vertu de l'article 5.1 de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre est de 126 \$ en semaine et de 317 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, voir l'article 6.1 de l'annexe 38 et le tableau afférent afin de connaître le code de facturation à utiliser et les instructions de facturation.

NEUROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Les services médicaux codés 00145, 00158, 00208, 00209, 00210, 00216, 00255, 00347, 00394, 00509, 00513, 00514, 00579, 00593, 00595, 00596, 00612, 00613, 00623, 00624, 00649, 00650, 00727, 00728, 00752, 00787, 00788, 00794, 00827, 00889, 00890, 00891, 08452, 08472, 08473, 08474, 08475, 08483, 08490, 08491, 08494, 08495, 09336, 09356, 09423, 20205, 20133, 20134, 20152, 20153, 20241, 20242, 20243, 20244, 20245, 20246, 20247, 20593, 20595.
50	Les services médicaux codés 00358, 00360, 00366, 00378, 00386, 00388, 00554, 08425, 09411, 20145, 20146, 20147, 20248, 20249, 20250, 20251, 20252, 20253, 20254, 20255, 20256, 20260, 20261, 20262, 20263, 20264, 20265, 20266, 20267, 20268, 20269, 20270, 20271, 20273, 20274, 20275, 20537 et 20538.
62	Les services médicaux codés 00024, 09060, 09094, 09108, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15700, 15791, 15793, 16070 et 16071.
85	Les services médicaux codés 00024, 00554, 09060, 09094, 09108, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 15791, 16070, 16071, 20145, 20146, 20147, 20248, 20249, 20250, 20251, 20260, 20261, 20262, 20263, 20264, 20265, 20266, 20267, 20268, 20269, 20270, 20271, 20273, 20274, 20275 lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans par un neurologue désigné par les parties négociantes.
100	Les services médicaux codés 00359, 15135, 15136, 15137, 15699, 15701, 15702, 15792, 15798, 16072, 16073, 16074, 20183, 20258, 20259 et 20272.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
38	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09156, 09164, 09166 et 09246.
45	Les services médicaux codés 08312, 08315, 08317, 08318, 08323, 08324, 08339, 15109, 15110, 15125 et 15127.
60	Les services médicaux codés 00109, 00177, 00354, 00375, 00470, 00472, 00558, 00582, 00583, 00603, 00734, 04199, 04243, 04244, 05011, 06038, 06041 à 06043, 06052, 06062, 06066, 06070, 06074, 06075, 06123, 06124, 06137, 06141, 06145, 06146, 06169, 06170, 06172, 06173, 06178, 06189, 06249, 06258, 06263, 06294, 06356, 06398, 06399, 06415, 06421, 06451, 06452, 06461, 06466, 06810 à 06812, 06900, 06903, 06904, 06906, 06908, 06909, 06912, 06920, 06925, 06932, 06933, 06942, 06948, 06949, 06952, 06969, 09064, 09157, 09167, 09192, 09306, 09329, 09467, 15086 à 15089, 15095 à 15098, 15126, 15129, 15528, 15529, 15851, 15853, 15855, 15857, 16089, 16090, 20017, 20154 et 20215.
75	Les services médicaux codés 00320, 01328, 06067, 06069, 06072, 06073, 06097, 06148, 06149, 06156, 06157, 06158, 06177, 06188, 06191, 06194, 06201, 06216, 06225, 06233, 06261, 06262, 06265, 06266, 06267, 06268, 06270, 06271, 06272, 06273, 06274, 06276, 06278, 06279, 06288, 06289, 06299, 06303, 06357, 06381, 06400, 06404, 06405, 06406, 06408, 06410, 06411, 06412, 06414, 06419, 06420, 06422, 06424, 06425, 06427, 06428, 06429, 06430, 06434, 06458, 06460, 06462, 06465, 06475, 06913, 06915, 06919, 06924, 06929, 06931, 06934, 06940, 06945, 06946, 06950, 09160, 09170, 09176, 09284, 09287, 09288, 09289, 09300, 15081, 15082, 15090, 15091, 15522, 15526, 16079, 16080, 16081, 16082, 16083, 16084, 16085, 16086, 16087, 16088, 16091, 06480, 06481, 06482, 06483, 06484, 06485, 06486, 06487, 06488, 06489, 06490, 06491, 06492 et 06493.
90	Les services médicaux codés 06058, 06068, 06098, 06099, 06154, 06164, 06208, 06231, 06251, 06264, 06416, 06426, 06457, 06467, 06468, 06469, 06470, 06471, 06472, 06473, 06474, 06476, 06477, 06478, 06479, 06905, 15523, 15524, 15525, 15530 et 15531. Les services médicaux codés 00027, 01205, 01228, 01230, 01231, 04199, 06038, 06041, 06042, 06052, 06068, 06069, 06073, 06156, 06157, 06158, 06191, 06194, 06208, 06216, 06225, 06231, 06233, 06249, 06270, 06271, 06272, 06278, 06279, 06289, 06294, 09168, 09192, 15082, 15083, 15084, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15094, 15097, 15098, 15140 et 15143 lorsque dispensés par un médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.
95	Les services médicaux codés 00817, 00834, 00861, 05507, 06928, 06930, 09282, 09283, 15666, 20052, 20053, 20054, 20055 et 20056.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

Au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le médecin qui exerce en cabinet privé et qui doit se rendre d'urgence à l'hôpital est rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte (100 %) pour les services médicaux suivants qu'il y dispense : services médicaux codés 06097, 06903, 06912, 06913, 06919, 06929, 06931, 06940, 06945, 06946 et 06950. Il ne peut réclamer le paiement d'un per diem ou demi per diem pour la durée de prestation de ces services.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Exerce en cabinet et doit se rendre d'urgence à l'hôpital.**

OPHTALMOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
70	Les services médicaux codés 00579, 08320, 08373, 20057, 20058, 20059, 20205, 20214, 20216 et 20257.
88	Les services médicaux codés 01000 à 07234, 07237 à 07999, 09500 à 09598, 18012 à 18999, 07084 à 07090, 07091, 07092, 07093, 07094, 07085, 07089, 07086, 07087, 07088, 07095, 07096, 07100, 07107 et 07108.
90	Les services médicaux codés 09060, 09124, 09125, 09150, 09160, 09253, 09255, 09282, 09283, 15018, 15019, 15100, 15101, 15102, 15150, 15151, 15178, 15179, 15180, 15181, 15182, 15191, 16095, 16096, 15752, 15753, 15754, 15755.
	Les services médicaux codés 08320, 20057, 20058 et 20059, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans.
95	Les services médicaux codés 09060, 09124, 09125, 09150, 09160, 09253, 09255, 09282, 09283, 15018, 15019, 15100, 15101, 15102, 15150, 15151, 15191, 16095, 16096, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans.
	Le service médical codé 00541.
100	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans.
	Les services médicaux codés 00860, 07099, 07105, 07106, 07235, 07236, 09168, 09356, 15532, 15533, 15534, 15535, 15536, 15537 et 20155.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
56	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598, et 18012 à 18999, 20544 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
	Les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques.
	Les services médicaux codés 09060, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09282, 09283, 15183, 15184, 15459, 15460, 15461 et 16098.
67	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
80	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
84	Les services médicaux codés 09168, 01000 à 07999, 09500 à 09598, 15461 et 18012 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.
95	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598, 15183, 15184 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.
98	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598 et 18012 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

PÉDIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
85	Les services médicaux codés 00079, 00152, 00231, 00234, 00249, 00255, 00276, 00301, 00307, 00336, 00337, 00343, 00345, 00432, 00489, 00585, 00593, 00595, 00596, 00597, 00611, 00615, 00616, 00634, 00647, 00691, 00697, 00700, 00703, 00721, 00749, 00750, 00777, 00803, 00815, 00862, 00863, 00874, 00897, 00898, 00899, 01013, 01196, 01320, 01323, 02546, 02657, 02749, 03194, 07197, 09305, 09306, 09307, 09316, 09370, 09377, 09378, 09379, 09380, 09403, 09404, 09405, 09418, 18041, 18045, 18046, 18049, 18050, 18105, 20129, 20130, 20156, 20200, 20201, 20500, 20504 et 20595.
100	Les services médicaux codés 00024, 00081, 00083, 00086, 09060, 09094, 09095, 09096, 09147, 09150, 09170, 09176, 09160, 09162, 09296, 15112, 15114, 15115, 15165, 15166, 15185, 15186, 15539, 15540, 15541, 15542, 15543, 15544, 15545, 15546, 15547, 15548, 15549, 15550, 15551, 15696, 15756, 16100 et 16102.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde, sauf pour les suppléments de garde en maladies infectieuses. Dans ce cas, voir l'article 6.1 de l'annexe 38 pour connaître le code de facturation à utiliser et les instructions de facturation.

Modalités particulières

1. Le montant du supplément de garde locale payable en maladies infectieuses en vertu de l'article 5.1 de l'Annexe 25 est de 190 \$ en semaine et de 443 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

PHYSIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Tous les services médicaux à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 15341 et 15348.
65	Les services médicaux codés 20248, 20249, 20250 et 20251. Les services médicaux codés 15331, 15332, 15333, 15334, 15335, 15336, 15337, 15338, 15339, 15340, 15343 et 15794 lorsque dispensés dans un centre de réadaptation désigné par les parties négociantes.
85	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 15341, 15348 lorsque dispensés au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), au Pavillon Hôtel-Dieu du CHUM, au CHU Sainte-Justine, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à l'Hôpital de réadaptation Lindsay, à l'Institut de réadaptation Montréal, au Service de réadaptation aux adultes et aux aînés, au Centre de réadaptation Marie Enfant et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ainsi que, lorsque ces services médicaux sont dispensés chez un patient de moins de 18 ans, au Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

AVIS : Indiquer le secteur d'activité si requis.

PNEUMOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
79	Les services médicaux codés 09095, 09096, 09108, 09160, 09168, 09170, 09403, 09404 et 09405.
	Les services médicaux codés 00900, 00927, 00928, 00990 et 00991 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs.
100	Les services médicaux codés 09060, 09095, 09096, 09108, 09150, 09154, 09160, 09162, 09168, 09170, 09403, 09404, 09405, 15187, 15235, 15695 et lorsque dispensés à un patient de 18 ans ou moins par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.

AVIS : Indiquer le secteur d'activité si requis.

Modalités particulières

1. Aux fins de l'application de l'article 4 de l'Annexe 38, les services médicaux mentionnés à l'Annexe 7, au chapitre Épreuves de fonctions respiratoires ne peuvent faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article.
2. À l'Hôpital Sainte-Justine et au CUSM – Site Glen (pédiatrique), le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'Annexe 25 est de 201 \$ en semaine et de 475 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié. Il en est de même au CHUQ-CHUL et au CHUS-Hôpital Fleurimont pour le supplément de garde en disponibilité en pneumologie pédiatrique.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, voir l'article 6.1 de l'annexe 38 et le tableau afférent pour connaître le code de facturation à utiliser et les instructions de facturation.

PSYCHIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
65	Les services médicaux codés 00024, 08783, 08784, 08785, 08787, 08788, 08790, 08792, 08793, 08799, 08816, 08820, 08821, 08822, 08824, 08826, 08832, 08854, 08860, 08861, 08862, 08863, 08864, 08865, 08866, 08867, 08868, 08912, 08932, 08934, 08938, 08939, 08940, 08944, 08947, 08949, 08950, 08951, 08952, 08965, 08970, 08971, 08973, 08974, 08975, 08976, 08977, 08978, 08980, 08981, 08983, 08984, 08985, 08986, 08987, 08988, 08992, 08993, 08994, 15553, 15554, 15565, 15566, 15567, 15568, 15569, 15570, 15572, 15573, 15574, 15575, 15577, 15578, 15579, 15581, 15582, 15583, 15585, 15586, 15587, 15588, 15589, 15590, 15592, 15593, 15594, 15759, 16105, 16106, 16107, 20211, 20538, 08966, 08967, 08968 et 08969.
80	Les services médicaux codés 00795, 08786, 08789, 08791, 08794, 08817, 08818, 08936, 08937, 20157 et 20210.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

RADIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
36	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925 et 09246.
55	<p>Les services médicaux codés 08035, 08042, 08053, 08054, 08055, 08056, 08057, 08058, 08059, 08060, 08062, 08063, 08064, 08065, 08066, 08067, 08068, 08069, 08074, 08075, 08080, 08082, 08083, 08084, 08085, 08086, 08087, 08088, 08090, 08091, 08092, 08093, 08100, 08101, 08102, 08108, 08109, 08110, 08111, 08112, 08114, 08115, 08116, 08117, 08118, 08127, 08128, 08132, 08133, 08149, 08151, 08154, 08156, 08157, 08158, 08159, 08160, 08162, 08166, 08171, 08179, 08180, 08247, 08280, 08281 et 08282 lorsque dispensés dans un des centres hospitaliers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHUM - Institut de cardiologie de Montréal - CUSM : Site Glen (adulte) Hôpital neurologique de Montréal - Hôpital général Juif - CHU de Québec : Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval Pavillon Saint-François d'Assise - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Hôpital Fleurimont
55	<p>Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans dans un des centres hospitaliers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHU Ste-Justine - CUSM – Site Glen (pédiatrique) - CHU de Québec – Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval - Hôpital Fleurimont
	<p>AVIS : <i>Pour la facturation des services de laboratoire (formulaire 1606), inscrire le modificateur 124 pour tout service rendu à un patient de moins de 16 ans, en semaine entre 7 h et 17 h, sauf un jour férié.</i></p>

Modalités particulières

Le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'annexe 25 de l'Accord-cadre est de 126 \$ en semaine et de 443 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : *Pour le supplément de garde en disponibilité, voir l'article 6.1 de l'annexe 38 et le tableau afférent pour connaître le code de facturation à utiliser et les instructions de facturation.*

RADIO-ONCOLOGIE

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

RHUMATOLOGIE

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

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

Modalités particulières

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

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

- Les heures d'activités médicales effectuées à la clinique externe ne peuvent être prises en considération aux fins du calcul d'un per diem ou d'un demi per diem. Le médecin ne peut donc réclamer le paiement d'un demi per diem ou d'un per diem au cours d'une période où il dispense des services médicaux à la clinique externe de l'établissement;
- Le médecin n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu au modèle de rémunération mixte pour les activités médicales accomplies à la clinique externe.

En lieu et place, le médecin reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes

4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre, incluant les honoraires de visites de contrôle.

2) Le médecin qui a réclamé le paiement d'honoraires à l'acte pour des services médicaux dispensés à la clinique externe de l'établissement, ne peut, au cours de la même journée, réclamer le paiement d'un per diem pour ses autres activités, et ce, même si le nombre d'heures d'activités payables en vertu du mode de rémunération mixte et accomplies à l'extérieur de la clinique externe auraient pu lui permettre de réclamer un tel per diem. Il ne peut alors réclamer qu'un demi per diem, le cas échéant.

3) Nonobstant ce qui précède et de façon exceptionnelle, le médecin peut continuer d'être rémunéré selon le mode de rémunération mixte lorsqu'il est appelé à voir à la clinique externe, dans un contexte ambulatoire, un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge, le cas échéant. Cette exception ne s'applique toutefois que pour le médecin qui, au cours d'une journée, du lundi au vendredi, est assigné de jour dans son établissement afin d'assurer une disponibilité de service en rhumatologie pour les patients hospitalisés et de l'urgence.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **En contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge.**

Toutefois, les modalités prévues au premier paragraphe ne s'appliquent pas aux rhumatologues exerçant exclusivement en rhumatologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine, au CUSM - site Glen ou au CHUQ. De plus, pour le médecin rhumatologue désigné par les parties négociantes et qui exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire, ces modalités ne s'appliquent également pas au cours d'une journée où il exerce en rhumatologie pédiatrique.

AVIS : *Pour le médecin rhumatologue désigné par les parties négociantes, utiliser l'élément de contexte*
Pratique en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée.

SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

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

Modalités particulières

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

- AVIS** : Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (3743). Utiliser un des codes d'activité suivants :
- 067XXX** (activité effectuée dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)
 - 079XXX** (activité effectuée pour l'Institut national de santé publique)
 - 066XXX** (autre activité)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La prestation de services médicaux, incluant :

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

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

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

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

- iii. La prestation d'avis médicaux auprès de :

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

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

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

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

ou :

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

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

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

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

066XXX (autre activité)

- 2.** Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné ainsi que de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 de l'annexe 38, on tient également compte des services médicaux suivants, lesquels peuvent être effectués en établissement ou au site d'une mission :

AVIS : Pour les services effectués à distance ou au site d'une mission, utiliser la facture de services médicaux.

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**;
- le lieu où le service est rendu (le code de localité, le code postal ou le numéro d'établissement).

2.1 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population, par quart d'heure complété

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

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

19650 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population, par quart d'heure complété 56,70 \$

2.2 Promotion et prévention de la santé de la population, par quart d'heure complété

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

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

19651 Promotion et prévention de la santé de la population, par quart d'heure complété 56,70 \$

2.3 Protection de la santé de la population, par quart d'heure complété

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

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

19652 Protection de la santé de la population, par quart d'heure complété 56,70 \$

2.4 Évaluation des interventions, programmes et services de santé, par quart d'heure complété

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

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

19653 Évaluation des interventions, programmes et services de santé, par quart d'heure complété 56,70 \$

2.5 Avis médical et expertise, par quart d'heure complété

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

19654	Avis médical et expertise, par quart d'heure complété	56,70 \$
--------------	---	----------

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire :

- le code de facturation approprié (**19650, 19651, 19652, 19653 ou 19654**);

- la durée de l'intervention pour les codes de facturation **19650, 19651, 19652 et 19654**;

- la durée de l'évaluation pour le code de facturation **19653**.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Le médecin visé à l'article 1.1 qui assume la garde en disponibilité est payé suivant un tarif horaire particulier lors d'une intervention urgente pour un établissement ou un site de mission, le samedi, le dimanche ou un jour férié, ou entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

19787	Première demi-heure	184 \$
--------------	---------------------	--------

19788	Par quart d'heure additionnel	98 \$
--------------	-------------------------------	-------

Le médecin visé à l'article 1.1 qui est convoqué par un organisme reconnu afin de dispenser des services pendant cette même période est aussi payé suivant un tarif horaire particulier.

19735	Première demi-heure	184 \$
--------------	---------------------	--------

19736	Par quart d'heure additionnel	98 \$
--------------	-------------------------------	-------

AVIS : *Le rôle 1 est obligatoire avec les codes de facturation **19735, 19736, 19787 et 19788**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Voir l'article 15.3 de l'Annexe 38 pour connaître les jours considérés comme fériés.

De plus, les calendriers des jours fériés sont disponibles sous l'onglet Facturation sur le site de la RAMQ.

AVIS : *Pour les services effectués à distance ou au site d'une mission, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;

*- la précision du lieu **Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

*- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**;*

- le lieu où le service est rendu (le code de localité, le code postal ou le numéro d'établissement).

4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Un tel supplément est également payable au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail désigné par les parties négociantes et qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale ou en maladies infectieuses.

Le supplément de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse est de 126 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 254 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable par jour, par direction régionale de santé publique. Également, un seul supplément est payable par jour pour la garde provinciale en santé environnementale en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique des médecins omnipraticiens.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable par jour, par direction régionale de santé publique. Également, un seul supplément est payable par jour pour la garde provinciale en maladies infectieuses en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique des médecins omnipraticiens.

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

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, voir l'article 6.1 de l'annexe 38.

TABLEAU DES CODES DE FACTURATION ET DES TARIFS

<i>Spécialités</i>	<i>Garde Week-end et jour férié</i>		<i>Garde les autres jours</i>	
	Codes	Tarif (\$)	Codes	Tarif (\$)
Garde régionale en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail				
- Santé environnementale	19039	254 \$	19038	126 \$
- Maladie infectieuse	19051	254 \$	19050	126 \$
Garde provinciale en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail (Lettre d'entente 210)				
- Santé environnementale	19962	254 \$	19961	126 \$
- Maladie infectieuse	19964	254 \$	19963	126 \$

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS : Pour les services effectués à distance - Garde régionale (19038, 19039, 19050 et 19051).

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel;**
- le numéro d'établissement, le code de localité ou le code postal du lieu où le service est rendu.

AVIS : *Pour les services effectués à distance - Garde provinciale (19961, 19962, 19963 et 19964).
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement où le médecin est désigné pour la
garde provinciale.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- *le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**;*
- *le numéro d'établissement, le code de localité ou le code postal du lieu où le service est rendu.*

5. Aux fins de l'application des articles 1 à 3, le site d'une mission désigne l'endroit où le médecin se rend pour exécuter ses activités, l'endroit à partir duquel il les exécute à distance ou tout autre endroit désigné par les parties négociantes. Lorsqu'il exécute ses activités à distance, la rémunération à laquelle il a droit est toutefois celle applicable à l'endroit où le médecin est situé.

AVIS : *Veillez compléter une Demande de paiement - Rémunération mixte (3743). Pour les activités exercées au site d'une mission autre que l'établissement où vous détenez un contrat, inscrire :*

- *la lettre « A » dans la case C.S.;*
- *le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *utiliser le formulaire Document complémentaire - Considération spéciale (1944) si nécessaire;*
- *le numéro de l'établissement auprès duquel vous détenez une nomination dans la section ÉTABLISSEMENT.*

UROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Les services médicaux codés 00496, 00499, 01000 à 07999, 09500 à 09598, 18012 à 18999, 20080 et 20175, à l'exception du service médical codé 06232. Les services médicaux codés 00319, 00320 et 00372, lorsque effectués sous anesthésie régionale ou générale.
70	Les services médicaux codés 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09176, 09296, 15598, 16109, 16110 et 15760.
100	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09598, 15597 et 18012 à 18999, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans.
	Les services médicaux codés 06087 et 06094.

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Patient sous les soins d'un médecin anesthésiologiste**.

AVIS : Voir l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

ANNEXE 40 – RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE

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

1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

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

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

AVIS : *Les activités réalisées selon l'annexe 40 doivent être facturées sur la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).*

Inscrire « TH » dans la case MODE DE RÉMUNÉRATION.

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

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

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

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

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

Les activités médico-administratives désignent :

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

ANNEXE 40 – RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

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

2. RÉMUNÉRATION

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

Ce montant forfaitaire est de 424 \$. Il est versé pour une période d'activité de quatre (4) heures.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

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

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

De 12 h à 19 h, la plage horaire = P. M.

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

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

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

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

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

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

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

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

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

Nombre de montants forfaitaires autorisé pour certaines activités

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

Le nombre de montants forfaitaires autorisé sur une base annuelle est de 13 000. Celui-ci est déterminé en fonction du nombre de médecins spécialistes exerçant en médecine d'urgence au moment de l'introduction du mode de rémunération mixte et est réévalué de façon périodique par les parties négociantes afin de tenir compte de divers facteurs, dont l'évolution du nombre de médecins spécialistes exerçant en médecine d'urgence.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

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

AVIS : *Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste en médecine d'urgence, durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit indiquer l'heure de début du service. Pour ce faire, il doit utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, **et ce, peu importe le lieu de dispensation** (établissement, cabinet, domicile, etc.).*

Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte uniquement à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire l'heure de début du service est limitée aux journées où il se rend dans cet établissement.

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

- Constat de décès à distance (code 15264);
- Rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3) (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (codes 09071 et 09073);
- Formulaire - Certificat du médecin qualifié dans le cadre des prélèvements découlant des exigences du Code criminel (code 09820);
- Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public (codes 09825 et 09826);
- Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (codes 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09922, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09970, 09971, 15795, 15796 et 15797);
- Formulaire - Programme de dépistage du cancer du sein (code 09817);
- Le supplément payable lorsque la communication avec le patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète (code 15761).

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

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

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

3.4 Nonobstant toutes dispositions au contraire dans le modèle de rémunération mixte produit en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur les honoraires payables en vertu des règles 36 à 40 ainsi que sur le supplément payable en vertu de la règle 28 du préambule général de l'annexe 4.

AVIS : Voir les codes de facturation **17000, 17001, 17002, 17003, 17004, 17005 et 17006**.

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **00746, 00777, 01011, 01015, 01215, 01216, 05144, 06062 et 07068**, utiliser le code **70006 ou 70016**. Pour les autres codes concernés, utiliser le code de facturation **70000 ou 70010**.

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

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

AVIS : *Pour que les services rendus auprès d'un patient admis soient rémunérés à 100%, utiliser l'élément de contexte **Aucun montant forfaitaire en rémunération mixte n'a été réclamé au cours de la journée.***

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

AVIS : *Indiquer l'heure de début du service.*

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

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

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

5. RÈGLE D'APPLICATION

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

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

6. RESSOURCEMENT

Abrogé.

7. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

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

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un montant forfaitaire est demandé, inscrire l'heure de début du service ou de la plage horaire pour chaque service rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation.*

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

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

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

(Annexe 24 de l'Accord-cadre)

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

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

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un montant forfaitaire est demandé, inscrire l'heure de début du service ou de la plage horaire pour chaque service rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation.*

9. PROTOCOLE D'ACCORD

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées aux différents protocoles d'accord prévoyant une rémunération au tarif horaire.

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

10. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

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

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

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un montant forfaitaire est demandé, inscrire l'heure de début du service ou de la plage horaire pour chaque service rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation.*

11. DIVERS

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

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

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

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par le directeur des services professionnels et hospitaliers **avant le 30 avril** de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates déterminées par la Régie qui est retenu.*

Voir la section [Calendriers des jours fériés](#) de la rubrique Calendriers sous l'onglet Facturation.

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

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

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

AVIS : Utiliser un des codes d'activité suivants :

Pour les services rendus en santé communautaire :

080030 (Services cliniques)

080032 (Rencontres multidisciplinaires)

080037 (Planification - programmation - évaluation)

080038 (Coordination)

080047 (Exécution)

080091 (Avis médicaux)

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

081030 (Services cliniques)

081032 (Rencontres multidisciplinaires)

081037 (Planification - programmation - évaluation)

081038 (Coordination)

081047 (Exécution)

081091 (Avis médicaux)

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

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

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

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

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

12. LIMITATION

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

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

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

13. PROCÉDURE D'AUTORISATION

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

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

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

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

ANNEXE (de l'Annexe 40)

MÉDECINE D'URGENCE

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