



**MANUEL DES SPÉCIALISTES**

**BROCHURE N° 1**

**(n° 154)**

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

**Coordination**

Direction des services à la clientèle professionnelle

**Publication**

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN : 978-2-550-51211-0



**MANUEL DES SPÉCIALISTES  
BROCHURE N° 1**

**MISE À JOUR : 87**

**JANVIER 2013**

**Veillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures**

**SOMMAIRE**

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

**MODIFICATION 65, en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, et autres modifications administratives**

**MODIFICATION 65**

**ANNEXES 1 À 10**

- À l'*annexe 9*, modification du libellé de l'Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle et de son annexe ainsi qu'ajustement des primes témoin et de la contribution du médecin pour l'année 2013  
**Pages :** [16](#) à 19

**ANNEXE 11. A - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES**

- Abrogation de la *Lettre d'entente n° 188*  
**Page :** [A-161](#)

**MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF**

**INTRODUCTION**

- Modification du libellé de l'introduction  
**Page :** [1](#)

**ANNEXES 1 À 10**

- À l'*annexe 9*, modification du libellé de l'avis  
**Page :** [17](#)

## ANNEXE 11. A - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES

- À la *Lettre d'entente n° 102*, au tableau des codes d'acte et des tarifs, retrait de la spécialité *Chirurgie cardiovasculaire et thoracique* et des codes d'acte 09742 à 09745 ainsi qu'ajout de la spécialité *Cardiologie* et des codes d'acte 09746 à 09749.
- À la *Lettre d'entente n° 112*, au tableau des codes d'acte et des tarifs, ajout de spécialités et des codes d'acte 09704, 09721, 19006, 19013, 19028, 19032 et 19035.
- Aux lettres d'entente n<sup>os</sup> 122, 135 et 138, modification du libellé d'avis  
**Pages :** [A-63](#), [A-71](#), [A-75](#), [A-88](#) et [A-90](#)

## ANNEXES 12 À ...

- Aux annexes 15, 26 et 33, modification du libellé d'avis  
**Pages :** [12](#), [48](#) et [74](#)

**Remarque :** *Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes : n° 249 du 22 janvier 2013 et n° 272 du 25 février 2013.*

## LÉGENDE

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-51211-0

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

**Régie de  
l'assurance maladie**  
**Québec** 

## # INTRODUCTION

La Brochure n° 1 vise à renseigner les médecins spécialistes sur l'Accord-cadre conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ainsi que sur les annexes, protocoles d'accord, entente de principe et décrets.

À cet égard, elle contient, entre autres, la reproduction de textes officiels et des avis administratifs informant des modalités de facturation.

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

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

### **Site Internet de la Régie : Pour être mieux informés**

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

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

À sa demande, le médecin spécialiste pourra recevoir gratuitement une version papier des manuels et brochures nécessaires à sa pratique. Les mises à jour papier de ces publications lui seront par la suite transmises par la poste une fois l'an. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuels et formulaires* du Manuel des médecins spécialistes.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, veuillez consulter les coordonnées de la page suivante.

## COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

**Par le site Internet :**

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

**Par courrier électronique :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

**Par téléphone :**

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

**Par télécopieur :**

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

**Par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

<b>Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ</b>
--

**MAJ** = mise à jour

**XX** = numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier

**MMMM 20AA** = mois et année de la publication de la mise à jour, ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

**ZZ** = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- le **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un avis, nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);

- le **00** indique une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel;

- **tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la modification relative à l'Accord-cadre.

Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une modification, d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la modification a priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

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

**ARTICLE 5**

**RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE OU PROGRESSIVE**

**5.1** À l'égard du médecin spécialiste qui bénéficie de la majoration de rémunération différente, on ne compte pas dans les gains de pratique, la majoration de rémunération différente.

**5.2** Les gains de pratique du médecin spécialiste sujet à l'application des mesures de rémunération progressive sont normalisés. On calcule ces gains de pratique comme s'ils étaient payés suivant la tarification de base.

**JEAN ROCHON**

Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS** : *La partie 2 qui comprend les règles d'application, les plafonnements d'activités et les plafonnements de gains de pratique est publiée dans le Manuel des médecins spécialistes et dans le Manuel de services de laboratoire en établissement, sous l'onglet Règles d'application.*

**ANNEXE 9.****ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

**1.** La Régie rembourse au médecin spécialiste participant au régime, une quote-part de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle.

- + Pour le médecin qui souscrit son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), cette quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre la prime témoin et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe. La prime témoin s'entend du montant de la prime fixée pour la province de Québec par l'ACPM, pour un genre d'activité médicale, pour l'année 2013, et incluant la taxe de 9 % sur les assurances. Toutefois, le remboursement prévu à la présente annexe ne s'applique qu'à l'égard de la partie de l'année pour laquelle le médecin acquitte la prime fixée pour la province de Québec pour un genre d'activité médicale. La quote-part est alors déterminée en tenant compte de la prime ainsi acquittée et en ajustant au prorata la contribution du médecin et le critère de gains de pratique prévu à l'article 2.

Pour le médecin qui ne souscrit pas son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'ACPM, la quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre :

- le moindre de la prime d'assurance responsabilité professionnelle applicable pour une année, incluant la taxe de 9 % sur les assurances, et de la prime témoin; et
- le montant mentionné en annexe représentant la contribution du médecin.

- + **2.** Le remboursement de prime est accordé au médecin spécialiste qui, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012 a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.

- + Ce remboursement de prime est également accordé au médecin spécialiste qui, pendant l'année 2013, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.

De plus, lorsque le médecin n'exerce qu'une partie de l'année et n'acquitte ainsi, auprès de l'ACPM ou d'un assureur, qu'une partie de la prime d'assurance responsabilité professionnelle autrement applicable, la quote-part est déterminée en tenant compte de la prime acquittée pour cette partie de l'année et en ajustant au prorata le critère de gains de pratique de 52 704 \$ ainsi que la contribution du médecin mentionnée en annexe.

**3.** Un remboursement de prime est payé dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle.

- + Un remboursement de prime pour l'année 2012 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2013.

- + Un remboursement de prime pour l'année 2013 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2014.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

- + 4. La présente entente a effet du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013.
  - 5. Les montants payés par la Régie ne sont pas comptés dans le calcul des gains de pratique.
- + EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2012.

**RÉJEAN HÉBERT, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** 1- *Le remboursement n'est effectué que sur présentation de preuves attestant que la prime ou partie de la prime à rembourser a été acquittée par le professionnel (ex. : l'accusé de réception de l'ACPM ou un reçu attestant le genre d'activité médicale visée par la prime et le montant acquitté).*

*Lorsqu'une partie de la prime a été acquittée par le professionnel, la Régie rembourse partiellement la quote-part.*

2- *Le médecin qui a autorisé l'ACPM à fournir par télécommunication à la Régie les renseignements concernant son assurance responsabilité professionnelle, n'a pas à remplir le formulaire, sauf pour sa première année d'adhésion à l'ACPM.*

- # 3- *Pour connaître les modalités pour demander un remboursement, voir les instructions de facturation du formulaire DEMANDE DE REMBOURSEMENT RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ (n° 2904) sous l'onglet Manuels et formulaires du Manuel des médecins spécialistes.*

**ANNEXE**  
**Assurance responsabilité professionnelle**

+	Genre d'activité	Prime témoin (incluant la taxe) 2013	Contribution du médecin 2013
	Biochimie médicale	863,28	300
	Génétique médicale	863,28	300
	Maladies infectieuses	863,28	300
	Médecine administrative – aucun travail clinique	863,28	300
	Médecine nucléaire	863,28	300
	Médecine physique et réadaptation / physiothérapie ou gériatrie ou soins palliatifs	863,28	300
	Microbiologie médicale	863,28	300
	Pathologie hématologique	863,28	300
	Pathologie - Neuropathologie	863,28	300
	Chirurgie - Assistance chirurgicale (aucune autre activité professionnelle)	863,28	300
	<b>Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé</b> soit par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine. Comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident. Ce code est aussi utilisé par les médecins diplômés à l'extérieur du Canada inscrits à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier. Ce code comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident, mais ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. <b>AUCUN TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING).</b>	1 386,48	440
	<b>Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé</b> soit par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine. Ce code comprendra l'admissibilité à une assistance de l'ACPM en cas de difficultés médico-légales découlant de la pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. <b>AVEC TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING).</b> Les résidents qui effectuent du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent détenir un permis d'exercice reconnu par l'organisme de réglementation (le Collège) dans la province ou le territoire où ils effectuent ce travail clinique additionnel. Les résidents qui limitent leurs activités cliniques uniquement au travail clinique additionnel (par ex., à la suppléance) pendant plus de deux semaines consécutives doivent choisir un code de travail associé à une pratique médicale.	1 386,48	440
	Allergie	1 386,48	440
	Oncologie médicale	1 386,48	440
	Endocrinologie	1 386,48	440
	Immunologie clinique	1 386,48	440
	Médecine communautaire (santé publique)	1 386,48	440
	Médecine familiale ou médecine générale	1 386,48	440
	Médecine du sport	1 386,48	440
	Médecine du travail	1 386,48	440
	Néphrologie	1 386,48	440
	Infertilité / pratique obstétricale excluant le travail et l'accouchement	1 386,48	440
	Psychiatrie et/ou traitement médical de la toxicomanie	1 386,48	440
	Oncologie - Radio-oncologie	1 386,48	440
	Soins intensifs / critiques	1 386,48	440
	Traitement de la douleur chronique – sans l'anesthésie générale ou rachidienne	1 386,48	440

+	Genre d'activité	Prime témoin (incluant la taxe) 2013	Contribution du médecin 2013
	Cardiologie	3 217,68	700
	Consultations chirurgicales / Pratique chirurgicale en cabinet	3 217,68	700
	Dermatologie	3 217,68	700
	Pneumologie	3 217,68	700
	Gastroentérologie	4 002,48	900
	Hématologie	4 002,48	900
	Médecine générale incluant la garde à la salle d'urgence	4 002,48	900
	Médecine interne et ses sur-spécialités non précisées ailleurs	4 002,48	900
	Pathologie - anatomo-pathologie	4 002,48	900
	Pathologie générale	4 002,48	900
	Radiologie diagnostique	4 002,48	900
	Rhumatologie	4 002,48	900
	Médecine générale incluant anesth., chir. & urgence (mais non l'obstétrique)	6 186,84	1 300
	Anesthésiologie	6 199,92	1 300
	Chirurgie gynécologique (excluant le travail et l'accouchement)	6 199,92	1 300
	Médecine d'urgence, urgentologie	6 199,92	1 300
	Médecine néonatale et périnatale	6 199,92	1 300
	Ophthalmologie	6 199,92	1 300
	Pédiatrie	6 199,92	1 300
	Urologie	6 199,92	1 300
	Chirurgie thoracique	6 945,48	1 500
	Chirurgie vasculaire	6 945,48	1 500
	Chirurgie cardiaque	6 945,48	1 500
	Neurologie	6 945,48	1 500
	Médecine générale incluant obs., anest., chir. & urgence	6 945,48	1 500
	Chirurgie pédiatrique	7 207,08	1 600
	Chirurgie cervico-faciale (oto-rhino-laryngologie)	7 207,08	1 600
	Chirurgie générale	16 088,40	3 000
	Chirurgie orthopédique	16 088,40	3 000
	Chirurgie plastique	17 069,40	3 100
	Chirurgie - Neurochirurgie	28 239,72	3 900
	Obstétrique (incluant ou excluant la gynécologie)	43 294,80	4 900

**ANNEXE 10.****ENTENTE AUXILIAIRE  
CONCERNANT L'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE EN PÉDIATRIE ET EN CARDIOLOGIE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****ARTICLE 1.***VISITES*

**1.1** En pédiatrie et en cardiologie, celui qui est assigné de garde aux urgences comme médecin de première ligne, est payé suivant la tarification des visites (voir la règle d'application n° 8).

**ARTICLE 2.***MAJORATION D'HONORAIRES*

**2.1** En cardiologie, s'ajoute aux honoraires de visite, le paiement d'une majoration du tiers du tarif pour l'horaire de soir, le week-end et les jours fériés.

L'horaire de soir s'entend de la période comprise entre **19 heures et minuit. (1\*)**

Pour le week-end et les jours fériés, la majoration s'applique entre **8 heures et minuit. (2\*)**

**2.2** En pédiatrie, s'ajoute aux honoraires de visite, le paiement d'une majoration de 50 % du tarif pour l'horaire de soir, le week-end et les jours fériés.

L'horaire de soir s'entend de la période comprise entre **19 heures et minuit. (1\*)**

Pour le week-end et les jours fériés, la majoration s'applique entre **8 heures et minuit. (2\*)**

**AVIS: Spécialité****Période**

	<b><i>Tous les jours 19 h à minuit (1*)</i></b>	<b><i>Week-end et jours fériés 8 h à minuit (2*)</i></b>
<i>Cardiologie</i>	MOD=138 (+ 1/3)	MOD=139 (+ 1/3)
<i>Pédiatrie</i>	MOD=136 (+ 50 %)	MOD=137 (+ 50 %)

*Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD et tenir compte de la majoration dans le calcul des honoraires.*

**AVIS :** (1\*) Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre **21 h et minuit** (ref. : article 15.2 i) - annexe 38 - Brochure n° 5).

(2\*) Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre **7 h et minuit** (ref. : article 15.2 i) - annexe 38 - Brochure n° 5).

7. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente et comprenant notamment les établissements, disciplines et médecins visés, le type de montant forfaitaire applicable, le nombre maximum de montants forfaitaires mentionnés à l'alinéa 3 pouvant être versés par discipline au cours d'une journée ainsi que les dates d'application. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte, entre autres, des effectifs disponibles dans les disciplines visées.

8. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_ 2008.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la Lettre d'entente n° 102 est disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.

**TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS**

Spécialités	Week-end et jours fériés		Autres jours	
	Art. 3	Art. 2	Art. 3	Art. 2
	Codes d'acte 180 \$	Codes d'acte 180 \$	Codes d'acte 420 \$	Codes d'acte 180 \$
Anatomo-pathologie	19113	19115	19114	19116
Anesthésiologie	09832	09834	09833	09835
# Cardiologie	09746	09748	09747	09749
Chirurgie générale	09700	09701	09702	09703
Chirurgie orthopédique	19093	19094	19095	19096
Hématologie/Oncologie médicale	19023	19024	19025	19026
Médecine/Garde multidisciplinaire	19009	19010	19011	19012
Médecine interne	09714	09716	09715	09717
Obstétrique-gynécologie	09762	09764	09763	09765
Pédiatrie	09738	09740	09739	09741
Psychiatrie (adulte)	19691	19692	19693	19694
Psychiatrie (pédopsychiatrie)	09758	09760	09759	09761
Radiologie diagnostique	09710	09712	09711	09713
Radiologie diagnostique (échographie PQDCS)	19770	19771	19772	19773

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

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.  
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

ANNEXE 11 A. - LE - N° 107

**LETTRE D'ENTENTE N° 107****CONCERNANT LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN**

**CONSIDÉRANT** la mise en place par le Ministre d'un programme spécifique de santé publique visant l'implantation d'un programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** les objectifs et paramètres du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** le processus de désignation des centres de dépistage et des centres de référence pour investigation;

**CONSIDÉRANT** les normes et exigences portant sur la participation au programme de dépistage, sur le suivi de la qualité des examens de mammographie, sur les services de dépistage et les références pour investigation et sur la qualité du système d'information;

**CONSIDÉRANT** l'importance de la participation des cabinets privés de radiologie aux fins de l'application du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** qu'actuellement des mammographies sont effectuées aux fins de dépistage;

**CONSIDÉRANT** que le nombre de mammographies supplémentaires imputables à l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein est estimé à 80 000 par année, selon une répartition de 50 000 en cabinets privés et de 30 000 en établissements;

**CONSIDÉRANT** les frais techniques reliés aux mammographies de dépistage effectuées en cabinets privés;

**CONSIDÉRANT** les frais particuliers découlant des normes et exigences spécifiques du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** les incertitudes dans l'évaluation du nombre réel de mammographies supplémentaires qui seront effectuées dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein.

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. Services médicaux**

**1.1** Les mammographies de dépistage effectuées par les médecins spécialistes en radiologie sont rémunérées conformément aux dispositions de l'Accord-cadre.

**2. Supplément**

**2.1** Un supplément de 7,50 \$ est versé au médecin radiologiste pour chaque mammographie de dépistage effectuée en cabinet privé dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein, au titre des frais qu'il doit encourir en raison de certaines normes et exigences spécifiques de ce programme.

**AVIS :** Voir le code d'acte **08081** sous le titre *Mammographie de l'onglet V - Radiologie diagnostique du Manuel des médecins spécialistes.*

**3. Évaluation et financement**

**3.1** À compter de l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein, le ou vers le 1<sup>er</sup> novembre 1997, les parties négociantes conviennent d'évaluer le nombre de mammographies supplémentaires effectuées par les médecins spécialistes en radiologie au cours de chaque semestre.

Cette évaluation est effectuée en utilisant la période de référence du 1<sup>er</sup> juillet 1996 au 30 juin 1997 et en comparant les données observées au cours de chaque semestre d'une année civile avec celles observées au cours du même semestre de la période de référence.

**3.2** Nonobstant toutes dispositions au contraire prévues à l'Accord-cadre, le paiement des montants suivants est, jusqu'à concurrence d'un montant total de 2,4 millions \$ par année, exclu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée allouée aux médecins spécialistes :

**3.2.1** Les suppléments versés aux médecins spécialistes en vertu de l'article 2.1; et

**3.2.2** Les honoraires de laboratoire versés aux médecins spécialistes en vertu de l'article 1.1 pour les mammographies supplémentaires déterminées à l'article 3.1.

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

<i>Spécialités</i>	<i>Montant forfaitaire quotidien en semaine, le week-end et les jours fériés</i>
	<i>Codes d'acte 204 \$</i>
# Anatomopathologie	19028
Anesthésiologie	09843
# Cardiologie	19032
Chirurgie générale	09844
Chirurgie orthopédique	09775
Chirurgie thoracique	19774
Dermatologie	19104
Endocrinologie pédiatrique	19689
Génétique médicale	19775
# Hématologie/Oncologie médicale	19035
# Médecine/Garde multidisciplinaire	09704
Médecine interne	19031
Néphrologie	19776
Neurochirurgie	19690
Neurologie	19027
Obstétrique-gynécologie	09771
# Ophtalmologie	19013
Oto-rhino-laryngologie	19795
Pédiatrie	09699
Pédopsychiatrie	19077
# Pneumologie	09721
Psychiatrie	09846
Radiologie diagnostique	09845
# Radio-oncologie	19006
Rhumatologie	19796

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

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.**

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 113

**LETTRE D'ENTENTE N° 113****CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Des modalités particulières d'application des plafonnements d'activités, des plafonnements de gains de pratique et des règles d'application sont retenues afin de favoriser l'accessibilité aux soins dans les établissements faisant l'objet d'une pénurie importante d'effectifs médicaux et désignés par les parties négociantes :

- i) Pour le médecin qui exerce dans un établissement désigné par les parties négociantes, les honoraires qu'il tire de la prestation de services médicaux dans cet établissement ne sont pas sujets au plafonnement visé, une fois le maximum atteint.
- ii) Toutefois, pour le médecin qui se rend exercer dans un établissement désigné par les parties négociantes dans un contexte de support ou de remplacement, les honoraires qu'il tire de la prestation de services médicaux dans cet établissement ne sont pas considérés aux fins de l'application d'un plafonnement visé.

2. De plus, les parties négociantes peuvent, dans les cas qu'elles déterminent et lorsque les circonstances le justifient, convenir de ce qui suit :

- i) Octroyer au médecin visé à l'alinéa 1 i) qui exerce à titre de médecin établi, les bénéfices prévus à l'alinéa 1 ii);
- ii) Limiter l'application des bénéfices prévus à cette lettre d'entente strictement aux médecins exerçant dans un contexte de remplacement ou de support;
- iii) Modifier, à l'égard d'un médecin ou d'un groupe de médecins visés, le montant ou les modalités d'application d'un plafonnement d'activités, d'un plafonnement de gains de pratique ou d'une règle d'application.

3. L'avis de désignation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont la discipline, l'établissement et le plafonnement visés ainsi que la période d'application.

4. La Régie donne effet aux avis de désignation transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 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 11 A. - LE - N° 122

## LETTRE D'ENTENTE N° 122

**CONCERNANT LE SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAYABLE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ET DISCIPLINES EN PÉNURIE D'EFFECTIFS**

**CONSIDÉRANT** les dispositions de l'Annexe 25 concernant le paiement de suppléments de garde en disponibilité;

**CONSIDÉRANT** que l'Annexe 25 prévoit le paiement d'un supplément de garde en disponibilité plus élevé dans certaines disciplines et établissements des régions éloignées;

**CONSIDÉRANT** les pénuries d'effectifs médicaux qui sévissent dans certaines disciplines et établissements;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de favoriser, notamment par le biais de la garde en disponibilité, la continuité des services médicaux dans ces disciplines et établissements;

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

1. Afin de favoriser la continuité des soins dans certaines disciplines et établissements en pénurie d'effectifs, le supplément de garde en disponibilité applicable en vertu de l'Annexe 25 est payable au médecin qui est assigné de garde locale, selon la tarification prévue à l'article 5.2 a) de l'Annexe 25 pour les disciplines qui y sont visées. Pour les autres disciplines, le montant payable est de 180 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 540 \$, par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

# **AVIS :** *Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés, l'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.*

2. Les disciplines et établissements visés sont désignés par les parties négociantes.

3. Les parties négociantes déterminent si le supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente s'applique du lundi au vendredi, ou le samedi, le dimanche et un jour férié, ou à tous les jours.

4. Les parties négociantes déterminent également si le supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente s'applique à tous les médecins qui sont assignés de garde dans une discipline et un établissement désignés ou uniquement aux médecins remplaçants ou en support.

Un médecin remplaçant ou en support est celui qui, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de service), accepte de se rendre dans un établissement visé afin de participer à la prestation des soins dans sa discipline et à assumer la garde en disponibilité.

5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** *L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la Lettre d'entente n° 122 est disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.*

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Discipline	Week end et jours fériés				Autres jours			
	Lorsque tous les médecins assignés de garde dans l'établissement sont autorisés		Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés dans l'établissement		Lorsque tous les médecins assignés de garde dans l'établissement sont autorisés		Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés dans l'établissement	
	540 \$	660 \$	540 \$	660 \$	180 \$	240 \$	180 \$	240 \$
Anesthésiologie		19377		19378		19379		19380
Angioradiologie	19633		19634		19635		19636	
Chirurgie générale		19381		19382		19383		19384
Chirurgie orthopédique	19393		19394		19395		19396	
Chirurgie vasculaire		19401		19402		19403		19404
Hématologie-oncologie	19373		19374		19375		19376	
Médecine interne		19397		19398		19399		19400
Neurologie	19641		19642		19643		19644	
Obstétrique-gynécologie		19389		19390		19391		19392
Pédiatrie		19385		19386		19387		19388
Psychiatrie		19620		19621		19622		19623
Radiologie	19369		19370		19371		19372	

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

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.  
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

**AVIS :** Dans les établissements où le paiement du supplément est limité aux médecins remplaçants ou en support **seulement**, veuillez utiliser les codes d'acte désignés à cette fin; dans toute autre situation, utiliser les codes d'acte des colonnes « tous les médecins ».

**AVIS :** Pour savoir si l'établissement où le paiement du supplément de garde est réclamé est limité aux médecins remplaçants ou en support, veuillez vous référer à l'annexe de la lettre d'entente. Celle-ci est également disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 135

**LETTRÉ D'ENTENTE N° 135****CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements et disciplines qu'elles désignent.

2. Les parties négociantes désignent les disciplines et établissements visés à la présente lettre d'entente en tenant compte des critères suivants :

- Seules les disciplines de base nécessitant une permanence sont considérées;
- L'établissement doit être situé dans un secteur géographiquement isolé qui rend difficile le recrutement dans la discipline visée;
- Aucun médecin n'exerce de façon principale dans l'établissement et la discipline désignés.

3. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux dans une discipline et un établissement désignés par les parties négociantes.

4. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilitent ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Les parties négociantes favorisent l'acquisition par le médecin de la formation supplémentaire nécessaire à la prestation de l'ensemble des soins requis, eu égard à la mission de l'établissement.

5. Le montant forfaitaire est de 600 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin se rend dans l'établissement désigné afin d'assurer la prestation continue des services médicaux dans sa discipline.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement désigné.

6. Afin d'être admissible au paiement de ce montant forfaitaire, le médecin doit être reconnu par les parties négociantes à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale d'un (1) an.

**AVIS :** *La liste des médecins participants au groupe concerné doit être soumise aux parties négociantes avec la demande d'adhésion de l'établissement à la lettre d'entente.*

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète pour la période minimale d'une année prévue au paragraphe précédent.

7. Afin d'être reconnu au sein d'un groupe, le médecin doit exercer de façon principale dans un établissement autre qu'un établissement désigné et sa participation au groupe concerté ne doit pas affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal. Le médecin qui exerce de façon principale dans une discipline et un établissement visés par les lettres d'entente n° 102 ou n° 112 ne peut être reconnu au sein d'un groupe.

Un médecin ne peut être membre de plus d'un (1) groupe à la fois, à moins d'autorisation contraire des parties négociantes.

De plus, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'établissement désigné.

8. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale de quatorze (14) jours au cours de l'année.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour la période minimale d'un (1) an prévue à l'article 6.

9. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 600 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.

10. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services médicaux au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services médicaux au cours de cette journée dans la discipline et l'établissement désignés.

Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 5 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 9 ne s'applique pas.

# **AVIS** : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés et la période visée en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Inscrire « Lettre d'entente n° 135 » dans la case AUTRES.*

11. Parmi les médecins du groupe, un coordonnateur est désigné afin d'assurer l'organisation de la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés.

# **AVIS** : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 135.*

La rémunération du médecin coordonnateur est assurée par le biais du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence.

**AVIS** : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).*

Le médecin coordonnateur doit aviser les parties négociantes et l'établissement désigné au moins soixante (60) jours avant la fin de la période visée à l'engagement de l'ensemble des médecins du groupe, si le groupe entend renouveler pour une autre année son engagement d'assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline visée.

12. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le lieu d'exercice principal d'un médecin est celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique.

13. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente dans une discipline ou un établissement désignés ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.

14. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente comprenant la désignation de la discipline et de l'établissement visés ainsi que la période d'application.

15. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

16. Le montant forfaitaire prévu à l'article 5 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22<sup>e</sup> jour de janvier 2002.

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

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

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

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09708** (forfait en semaine, week-ends et jours fériés), dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

## ANNEXE 11 A. - LE - N° 138

## LETTRE D'ENTENTE N° 138

**CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CENTRE DE SANTÉ SAINTE-FAMILLE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

2. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de praticien hospitalier. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Les parties négociantes favorisent l'acquisition par le médecin de la formation supplémentaire nécessaire à la prestation de l'ensemble des soins requis, eu égard à la mission du Centre de santé Sainte-Famille.

4. Le montant forfaitaire est de 600 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin assure la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour.

5. Afin d'être admissible au paiement de ce montant forfaitaire, le médecin doit être reconnu par les parties négociantes à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer, pour une période minimale d'un (1) an, la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

**AVIS :** *La liste des médecins participants au groupe concerté doit être soumise aux parties négociantes.*

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète pour la période minimale d'une année prévue au paragraphe précédent.

6. Dans la reconnaissance d'un groupe concerté, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'établissement désigné.

De plus, ne peut être reconnu au sein d'un groupe, le médecin qui exerce de façon principale dans une discipline et un établissement visés par les lettres d'entente n° 102 ou n° 112 ou dont la participation au groupe concerté risque d'affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal.

7. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour une période minimale de vingt et un (21) jours au cours de l'année.

Toutefois, le médecin du groupe qui exerce de façon principale au Centre de santé Sainte-Famille doit quant à lui s'engager à assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour une période minimale de vingt-six (26) semaines au cours de l'année, incluant la garde.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour la période minimale d'un (1) an prévue à l'article 5.

8. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 600 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.

9. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services au cours de cette journée.

Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 8 ne s'applique pas.

# **AVIS** : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés et la période visée en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Inscire « Lettre d'entente n° 138 » dans la case AUTRES.*

10. Parmi les médecins du groupe, un coordonnateur est désigné afin d'assurer l'organisation de la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

# **AVIS** : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 138.*

La rémunération du médecin coordonnateur est assurée par le biais du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence.

**AVIS** : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (n° 1215) et inscrire le code d'activité **049038** (Coordonnateur).*

Le médecin coordonnateur doit aviser les parties négociantes et le Centre de santé Sainte-Famille au moins soixante (60) jours avant la fin de la période visée à l'engagement de l'ensemble des médecins du groupe, si le groupe entend renouveler pour une autre année son engagement.

11. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.

La présente lettre d'entente cesse notamment de s'appliquer à compter du moment où plus d'un médecin exerce de façon principale en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

12. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

13. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

14. Le montant forfaitaire prévu à l'article 4 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22<sup>e</sup> jour de janvier 2002.

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

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

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

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09028** (forfait en semaine, week-ends et jours fériés), dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 188

**LETTRE D'ENTENTE N° 188****CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins spécialistes au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT que les cotisations payables à l'ACPM pour l'assurance responsabilité professionnelle ont diminué de façon importante pour l'année 2012;

CONSIDÉRANT l'entente intervenue entre la FMSQ et le MSSS concernant le renouvellement de l'Annexe 9 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées à l'Annexe 9 entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2012.

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

1. Les parties négociantes évaluent à un montant de 925 000 \$ la diminution des coûts attribuables à l'assurance responsabilité professionnelle payable en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2012.

2. Une réserve de 925 000 \$ est ainsi constituée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins spécialistes à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2013 ou pour toute année subséquente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2011.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 189

**LETTRE D'ENTENTE N° 189****CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES SERVICES EN ANATOMO-PATHOLOGIE DANS UN ÉTABLISSEMENT EN PÉNURIE SÉVÈRE D'EFFECTIFS**

CONSIDÉRANT le nouveau mode de rémunération s'appliquant aux médecins anatomo-pathologistes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012;

CONSIDÉRANT que ce nouveau mode de rémunération doit permettre le recrutement de plusieurs nouveaux médecins anatomo-pathologistes afin d'exercer au sein des établissements;

CONSIDÉRANT les délais nécessaires afin de compléter ce recrutement et la nécessité, dans l'intervalle, d'assurer le maintien des services dans l'ensemble des établissements;

CONSIDÉRANT les modalités du nouveau mode de rémunération, lesquelles favorisent le maintien des services dans l'ensemble des établissements en permettant aux médecins d'accomplir une charge supérieure à 1 équivalent temps complet, et ce, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 de l'Addendum 2. ANATOMO-PATHOLOGIE;

CONSIDÉRANT néanmoins la pénurie sévère d'effectifs vécue au sein de certains établissements, lesquels ont recours depuis plusieurs années au support offert par d'autres établissements;

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser de façon exceptionnelle le maintien de certaines offres de services.

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

1. Afin de favoriser le maintien des services en anatomo-pathologie dans un établissement en pénurie sévère d'effectifs, les parties conviennent de certaines modalités de rémunération visant à favoriser la prise en charge des services dans un tel établissement.

2. Afin de bénéficier des avantages prévus à la présente lettre d'entente, les conditions suivantes s'appliquent :

- a) L'établissement en pénurie sévère d'effectifs doit être désigné à ce titre par les parties négociantes afin d'être reconnu (ci-après un « établissement désigné »).
- b) Un établissement à proximité doit être identifié afin d'offrir des services de support à un établissement désigné et être ainsi reconnu par les parties (ci-après un « établissement en support »).
- c) La charge professionnelle de médecin anatomo-pathologiste exerçant au sein de l'établissement en support est supérieure à la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 de l'Addendum 2 en anatomo-pathologie.
- d) Une entente doit être conclue entre l'établissement désigné et l'établissement en support, en vertu duquel ce dernier s'engage, pour une période d'un an, à assumer la prise en charge continue des activités en anatomo-pathologie au sein d'un établissement désigné, et ce, en plus d'assumer l'ensemble des activités en anatomo-pathologie au sein de son propre établissement.
- e) L'entente entre les deux établissements ne doit également pas empêcher, le cas échéant, le recrutement d'effectifs en anatomo-pathologie dans l'établissement désigné.

3. En plus de la rémunération à laquelle ils ont droit en vertu des dispositions de l'entente, les médecins anatomo-pathologistes d'un établissement en support reconnu qui assument la prise en charge continue des activités en anatomo-pathologie au sein d'un établissement désigné ont droit, en sus de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12, à une rémunération additionnelle équivalente à 50 % de la charge professionnelle réalisée dans l'établissement désigné.

4. La Régie donne suite aux avis émis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2011.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

## ANNEXE 15.

### ENTENTE AUXILIAIRE RELATIVE AUX HONORAIRES FORFAITAIRES

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les honoraires forfaitaires sont le *per diem* et le tarif horaire.

#### PARTIE 1.

##### LA TARIFICATION AU PER DIEM

Le tarif du *per diem* est établi pour la pratique de la médecine dans un département clinique d'un établissement hospitalier désigné par la ministre.

Seul peut se prévaloir de ce tarif, celui qui y est autorisé au préalable par les parties négociantes.

**AVIS :** 1- Pour les médecins psychiatres et en santé communautaire rémunérés au per diem : utiliser le code d'activité **022XXX**.

2- Pour les autres médecins rémunérés au per diem : utiliser les codes d'activité **002XXX**.

#### 1. L'honoraire

**1.1** Le tarif du *per diem* est de 689 \$.

Il est accordé pour une journée de clinique et une disponibilité de jour, en semaine, sauf les jours considérés comme fériés selon la clause 14.5 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie.

**AVIS :** Voir l'avis sous l'article 14.5 du préambule général dans le Manuel des médecins spécialistes.

**1.2** Dans les disciplines de l'anesthésiologie, de la chirurgie générale et de la médecine interne, le médecin qui a droit au tarif du *per diem*, malgré la limitation de l'article 7.1, a également droit à vingt pour cent (20 %) des honoraires à l'acte pour les services médicaux et les services médico-administratifs visés à l'Annexe 24, dispensés entre 7 heures et 19 heures, dans un centre hospitalier d'une région désignée. (\*)

**1.3** Les médecins spécialistes oeuvrant au Centre hospitalier de l'Archipel (Cap-aux-Meules, Îles-de-la-Madeleine) et qui ont droit au tarif du *per diem* ont, malgré la limitation de l'article 7.1, également droit à vingt pour cent (20 %) des honoraires à l'acte pour les services médicaux et les services médico-administratifs visés à l'Annexe 24, dispensés entre 7 heures et 19 heures. (\*)

#### 2. La journée de clinique

**2.1** La journée de clinique est d'une durée minimale de 7 heures réparties en 2 demi-journées de service continu.

Seul est compté le temps de présence sur les étages, aux unités de soins et aux cliniques.

**AVIS :** Utiliser les codes d'activité **002030** ou **022030** (Services cliniques).

**2.2** À l'occasion d'une journée de clinique plus courte que la durée prescrite, on accorde 83 \$ par heure de service continu.

#### 3. La disponibilité de jour

**3.1** Le département doit assurer une disponibilité de jour en semaine, entre 7 et 19 heures.

Chacun des médecins spécialistes est tenu d'y participer.

Celui qui est de service, est sur appel.

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

- Inscrire le code d'acte dans la case ACTES;
- Inscrire le modificateur **042** dans la case MOD;
- Inscrire dans la case HONORAIRES, le montant équivalant à 20 % des honoraires de l'acte facturé;
- Inscrire le code d'établissement.

Les services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur une demande de paiement distincte.

Le médecin spécialiste en médecine interne ou celui oeuvrant au Centre hospitalier de l'Archipel qui facture des services de laboratoire (SLE), doit remplir le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (n° 1606), en utilisant le modificateur **042**.

#### 4. L'horaire des assignations

4.1 L'horaire des assignations pour la journée de clinique et la disponibilité de jour est fixé par le médecin-chef du département.

#### 5. Gamme des soins

5.1 À l'occasion d'une assignation, le médecin spécialiste donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers.

#### 6. La garde

6.1 À l'occasion d'une garde, le médecin spécialiste touche pour les urgences auxquelles il répond, les honoraires majorés prévus au Tarif de la médecine et de la chirurgie.

Il a, en outre, droit au supplément de garde en disponibilité établi pour sa région ou son établissement.

**AVIS :** - Utiliser le formulaire Demande de paiement (n° 1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S. De plus, ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur une demande de paiement distincte;  
- Voir la règle 14 du préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie;  
- Référer à l'annexe 25 pour la facturation du supplément de garde en disponibilité.

#### 7. Limitation

7.1 Celui qui est payé au *per diem* ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie, sauf ceux prévus pour la garde.

Toutefois, le week-end et les jours fériés, il peut toucher les honoraires de visite pour la tournée des malades.

Il peut également toucher les honoraires prévus pour les services médico-administratifs visés à l'Annexe 24 lorsque dispensés en semaine, en dehors de la période de 7 heures à 19 heures, ainsi que le week-end et les jours fériés.

**AVIS :** Inscrire l'heure de la dispensation des services médico-administratifs visés à l'annexe 24 effectués en semaine en dehors de la période de 7 heures à 19 heures dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

#### 8. Rapport d'activités

8.1 L'établissement présente aux parties négociantes, un rapport trimestriel indiquant les prestations de soins fournies par le département.

Ce rapport est préparé suivant les modalités établies par les parties négociantes.

#### 9. Autorisation

9.1 Une autorisation de paiement suivant le mode du *per diem* est donnée pour un an ou une période plus courte.

Sont visés par une autorisation, les médecins spécialistes qui y sont nommés et ceux qui les remplacent, lors d'un congé.

Pour être nommé, il faut assurer une permanence dans la discipline, soit comme plein temps hospitalier, soit comme membre d'un pool de service plein temps.

# **AVIS :** L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Préciser l'identité des médecins concernés et la période visée. Cocher la situation d'entente « Annexe 15 ».

**7.3** Un supplément de garde locale ne peut être réclamé, au cours d'une journée, pour une discipline et un établissement donnés, lorsqu'un supplément de garde multi-établissements est réclamé pour cette discipline et cet établissement au cours de cette journée.

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

- le code **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement qui « prend en charge » la garde;
- le(s) code(s) d'(des)établissement(s) et le(s) nom(s) du (des) établissement(s) « pris en charge » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**7.4** Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde en disponibilité par jour.

**7.5** Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de la présente Annexe ne peut être réclamé pour une discipline, un secteur d'activité et un établissement donnés lorsqu'un supplément de garde en disponibilité est déjà payable pour cette discipline, secteur d'activité et établissement en vertu de toute autre disposition de l'Accord-cadre.

## **8. AVIS**

**8.1** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente Annexe.

## **9. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS ET DE GAINS DE PRATIQUE**

**9.1** Les suppléments de garde en disponibilité payables en vertu de la présente annexe ou de toutes autres dispositions de l'Accord-cadre ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.

## **10. DISPOSITION TRANSITOIRE**

**10.1** Aux fins de l'application de l'article 5.5 et compte tenu de la date d'entrée en vigueur de la présente Annexe, le supplément prévu pour la récurrence de la garde s'applique, pour l'année civile 2007, à compter du moment où le médecin a déjà assumé 137 jours de garde.

## **11. ENTRÉE EN VIGUEUR**

**11.1** La présente Annexe entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

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

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS** : L'information relative aux listes pour la garde locale, la garde en support et la garde en multi-établissements ainsi qu'aux disciplines visées par l'annexe 25 est disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.

**ANNEXE 26.****ENTENTE AUXILIAIRE  
CONCERNANT LE REMPLACEMENT POUR CONGÉ D'UN MÉDECIN SEUL DE SA DISCIPLINE  
OEUVRANT DANS UN CENTRE HOSPITALIER DÉSIGNÉ PAR LE MINISTRE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

La présente entente auxiliaire prévoit des avantages pour faciliter le remplacement en cas de congé, décès ou départ définitif d'un médecin seul de sa discipline qui exerce dans un centre hospitalier désigné par le ministre.

**1. Application**

**1.1** La présente annexe s'applique lorsque le médecin seul de sa discipline qui exerce dans un centre hospitalier est rémunéré à l'acte.

**1.2** Le terme congé s'entend de toute absence du médecin, notamment en raison d'invalidité, maternité, vacances ou ressourcement.

Le décès ou départ définitif d'un médecin donne également ouverture aux avantages de la présente Annexe afin de faciliter le remplacement du médecin dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin.

**2. Rémunération**

**2.1** À l'occasion d'un congé, d'un départ définitif ou d'un décès, le médecin remplaçant peut, plutôt que d'être rémunéré selon la tarification à l'acte, se prévaloir, du lundi au vendredi (à l'exclusion d'un jour férié), de la rémunération au *per diem* prévue à l'Annexe 15, selon les conditions prévues aux articles 1 à 8 de cette Annexe. Toutefois, s'il exerce dans une spécialité visée par l'Annexe 38, il peut plutôt se prévaloir, pour ses activités médicales, du mode de rémunération mixte prévu à l'Annexe 38 pour sa spécialité, selon les conditions qui y sont énoncées.

# **AVIS :** - *Per diem* - Utiliser le code d'activité **025030** (Services cliniques), **025032** (Rencontres multidisciplinaires), **025053** (Services de laboratoire) ou **025055** (Communications).  
Pour la rémunération mixte, voir la Brochure n° 5.

- L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.

**2.2** Le médecin remplaçant a droit au supplément de garde prévus à l'Annexe 25 selon les conditions qui y sont énoncées.

**AVIS :** Veuillez vous référer à l'annexe 25 et à la Lettre d'entente n° 122 pour la facturation du supplément de garde en disponibilité.

**2.3** Le mode de rémunération dont se prévaut le médecin remplaçant en vertu de l'article 2.1 s'applique durant toute la période de remplacement.

**2.4** Celui qui est en congé ne peut toucher d'honoraires de la Régie pendant la période de remplacement, sous réserve du droit pour ce médecin de recevoir des frais de ressourcement selon les conditions prévues à l'Entente. Cette règle ne s'applique pas dans le cas d'un départ définitif du centre hospitalier.

**3. Conditions**

Les avantages prévus par la présente annexe sont sujets aux conditions suivantes :

**3.1** Quant au médecin remplacé :

**3.1.1** ce médecin détient des privilèges de pratique dans l'une des disciplines suivantes : l'anesthésiologie, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'obstétrique-gynécologie, la médecine interne, la cardiologie, la psychiatrie ou la pédiatrie et

**3.1.2** ce médecin pratique plein temps dans le centre hospitalier désigné et il y est le seul médecin de sa discipline;

**3.2** Quant au médecin remplaçant :

**3.2.1** ce médecin ne pratique pas dans un centre hospitalier auquel s'applique la présente entente auxiliaire (sauf si en raison du nombre de médecins de sa discipline, il ne peut bénéficier de l'avantage de remplacement prévu par la présente annexe lorsqu'il prend congé);

## 2. PRIME DE REMPLACEMENT

**2.1** Les anesthésiologistes et les chirurgiens généraux qui, dans un contexte de remplacement, ou comme membre d'un pool de service plein temps, desservent les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, reçoivent une prime de cinquante dollars (50 \$) par jour si les honoraires reçus dans la journée sont d'au moins trois cent cinquante dollars (350 \$).

**2.2** Pour avoir droit à la prime de remplacement, l'anesthésiologiste ou le chirurgien général doit faire partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la FMSQ et en suivre les règles.

**AVIS :** *Le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de la rémunération mixte (annexe 38) demande la prime de remplacement en remplissant le formulaire Demande de paiement - Médecin (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :*

- le code **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **09213** dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09213.**

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

**Le médecin rémunéré selon un des modes d'honoraires forfaitaires (per diem, tarif horaire), demande la prime de remplacement en utilisant le formulaire Demande de paiement - vacation et honoraires forfaitaires (n° 1215) de la façon suivante, inscrire :**

- le code d'activité **009096**;
- 01.00 à la case HEURES TRAVAILLÉES.

## 3. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

**3.1** Dans les régions désignées, s'ajoute à la prime de revalorisation de la rémunération de base et à la prime de remplacement, la majoration de rémunération différente.

**ANNEXE 33.****ENTENTE AUXILIAIRE  
CONCERNANT LE REMPLACEMENT DE CERTAINS MÉDECINS EXERÇANT DANS UN CENTRE  
HOSPITALIER SITUÉ DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS  
DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

La présente entente auxiliaire prévoit des avantages pour faciliter le remplacement en cas de congé, décès ou départ définitif d'un médecin au sein d'un groupe de médecins exerçant dans un centre hospitalier situé dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

**1. Application**

**1.1** La présente annexe s'applique lorsque le remplacement s'effectue à l'intérieur d'un groupe de deux (2) ou trois (3) médecins de la même discipline qui exercent dans un même centre hospitalier et sont rémunérés à l'acte.

**1.2** Le terme congé s'entend de toute absence du médecin, notamment en raison d'invalidité, maternité, vacances ou ressourcement.

Le décès ou départ définitif d'un médecin donne également ouverture aux avantages de la présente annexe afin de faciliter le remplacement du médecin dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin.

**1.3** Le remplacement effectué au sein d'un groupe de deux (2) médecins se fait sans limite de durée mais est toutefois sujet à une réévaluation annuelle par le Comité conjoint prévu à l'Annexe 15, lequel transmet ses recommandations aux parties négociantes quant au maintien du remplacement. En ce qui a trait à un congé de vacances ou de ressourcement, le remplacement ne doit cependant pas excéder quatre (4) mois par année pour le groupe.

**1.4** Dans le cas d'un remplacement effectué au sein d'un groupe de trois (3) médecins, le remplacement ne peut se faire que dans l'éventualité du décès ou du départ définitif d'un médecin du groupe. Un tel remplacement ne doit pas excéder quatre (4) mois par année pour chaque décès ou départ définitif.

**2. Rémunération**

**2.1** À l'occasion d'un congé, d'un départ définitif ou d'un décès, le médecin remplaçant peut, plutôt que d'être rémunéré selon la tarification à l'acte, se prévaloir, du lundi au vendredi (à l'exclusion d'un jour férié), de la rémunération au *per diem* prévue à l'Annexe 15, selon les conditions prévues aux articles 1 à 8 de cette annexe. Toutefois, s'il exerce dans une spécialité visée par l'Annexe 38, il peut plutôt se prévaloir, pour ses activités médicales, du mode de rémunération mixte prévu à l'Annexe 38 pour sa spécialité, selon les conditions qui y sont énoncées.

# **AVIS** : - Per diem - Utiliser le code d'activité **055030** (Services cliniques), **055032** (Rencontres multidisciplinaires), **055053** (Services de laboratoire) ou **055055** (Communications).

Pour la rémunération mixte, voir la Brochure n° 5.

- L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.

**2.2** Au surplus, le médecin remplaçant a droit aux suppléments de garde prévus à l'Annexe 25 selon les conditions qui y sont énoncées.

**AVIS** : Veuillez vous référer à l'annexe 25 et à la Lettre d'entente n° 122 pour la facturation du supplément de garde en disponibilité.

**2.3** Le mode de rémunération dont se prévaut le médecin remplaçant en vertu de l'article 2.1 s'applique durant toute la période de remplacement.

**2.4** Celui qui est en congé ne peut toucher d'honoraires de la Régie pendant la période de remplacement, sous réserve du droit pour ce médecin de recevoir des frais de ressourcement selon les conditions prévues à l'Entente. Cette règle ne s'applique pas dans le cas d'un départ définitif de l'établissement hospitalier.

## **ANNEXE 40**

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

Voir la Brochure n° 5 du Manuel des médecins spécialistes.

**ANNEXE 41****ENTENTE AUXILIAIRE****CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ANESTHÉSIOLOGIE DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

Cette entente établit la tarification pour les soins dispensés par un médecin spécialiste en anesthésiologie dans un centre de traitement de la douleur chronique d'un centre hospitalier.

On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles.

**1. TARIFICATION FORFAITAIRE**

**1.1** Tout médecin spécialiste en anesthésiologie qui dispense des services médicaux dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu selon les dispositions de la présente annexe est payé suivant une tarification forfaitaire comprenant :

- Le forfait quotidien de douleur chronique;
- Le forfait de prise en charge de patient.

Ce médecin doit toutefois être désigné par les parties négociantes.

Cette tarification forfaitaire exclut tout autre mode de rémunération sauf si autrement prévu à la présente annexe.

**Forfait quotidien de douleur chronique**

**1.2** Ce forfait constitue une rémunération de base pour le médecin anesthésiologiste qui assure une disponibilité de service sur place auprès des patients d'un centre de douleur chronique, et ce, pendant une période de huit (8) heures au cours de la période de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Le forfait quotidien de douleur chronique est de seize (16) unités pour la période de 7 h à 17 h.

<b><u>AVIS :</u></b>	<i>Veuillez utiliser le code d'acte suivant :</i>	<b>VALEUR</b>
<b>19342</b>	<i>Forfait quotidien de douleur chronique .....</i>	<b>800,00</b>

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

- *Inscrire **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *Le code **19342** dans la case ACTES;*
- *Le numéro d'établissement correspondant au centre de douleur chronique reconnu par les parties négociantes (4XXX1);*
- *Les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.*

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

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code de forfait.**