

www.ramq.gouv.qc.ca

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

Téléphone
Québec 418 643-8210
Montréal 514 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur
Québec 418 646-9251
Montréal 514 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 28 septembre 2006

À l'intention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 95

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 95** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet à des dates différentes précisées dans le texte. La [Partie II](#) contient le texte officiel paraphé et la [Partie III](#), des annexes au texte paraphé.

Cet amendement abroge, au **31 décembre 2006**, l'Entente particulière (E.P.) sur la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables. Elle sera remplacée dès le 1^{er} janvier 2007 par une nouvelle E.P. relative aux services de médecine familiale de prise en charge et de suivi de la clientèle. Cette dernière touchera également la section VII sur les clientèles vulnérables de l'article V de l'E.P. GMF qui est remplacée à compter du 1^{er} janvier 2007. **Un communiqué suivra plus tard. Voir également la note 1 au début de la page suivante.**

De plus, l'Amendement n° 95 modifie les documents officiels suivants :

- L'Entente générale : paragraphes **15.01** et **30.05**;
- L'Annexe II : tarif de rémunération à **honoraires fixes**;
- L'Annexe V : tarif des actes médicaux;
- L'Annexe IX : conditions d'application des tarifs;
- L'Annexe XII : rémunération différente dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels;
- L'Annexe XII-A : rémunération différente dans les territoires non désignés;
- L'Annexe XIV : règles relatives au **tarif horaire** et dispositions tarifaires afférentes;
- L'Annexe XIX : programme de formation continue;
- Entente particulière (E.P.) relative aux unités de médecine familiale (**UMF**);
- E.P. relative à la prestation des services **en anesthésie**;
- E.P. relative au médecin **chef du département clinique de médecine générale** en CHSGS;
- E.P. médecin exerçant auprès **des malades admis** en certains CHSGS;
- E.P. relative aux groupes de médecine de famille (**GMF**);
- E.P. relative au médecin **chef du service d'urgence** d'un CHSGS;
- E.P. relative à la **garde en disponibilité**;
- E.P. relative au médecin exerçant dans une **clinique – réseau**;
- E.P. relative **au Grand-Nord**;
- E.P. **Centre de santé Chibougamau**;
- E.P. sur le **Nunavik** (17), la **Baie-James** (18) ou **Centre de santé de la Basse Côte-Nord** (09);

■ À NOTER

Nous portons à votre attention les cinq points suivants :

1. Clientèles vulnérables – Nouvelle catégorie de vulnérabilité

Dans son bulletin « Nouvelles de la FMOQ », du 12 septembre 2006, votre fédération vous informait, au point 3 de la page 2, de l'ajout d'une nouvelle catégorie de vulnérabilité, soit « Maladies inflammatoires chroniques... ». Contrairement à l'attente de la FMOQ et du Ministère, **la Régie ne pourra, à compter du 1^{er} octobre 2006, recevoir l'inscription de cette nouvelle clientèle vulnérable.**

Nous vous ferons connaître dès que possible, les nouvelles modalités d'inscription. Vous devez d'ici là, faire remplir et signer l'un des deux formulaires prescrits à l'entente, selon que votre patient est inscrit en GMF ou non et le conserver au dossier en vue de la transmission ultérieure de ces renseignements à la Régie.

Pour les nouvelles clientèles visées par la condition d'admissibilité « santé mentale », le code d'acte lors de la transmission à la Régie de l'identification du patient vulnérable demeurera le même (code d'acte **99500** pour la demande de paiement n° 1200 ou le code **01** pour les services en ligne). Vous pouvez donc transmettre ces identifications dès maintenant à la Régie, mais ne pourrez pas facturer les forfaits correspondants lors d'examen effectués d'ici le 31 décembre 2006.

2. Dispositions prenant effet le 1^{er} janvier 2007

Vous remarquerez dans le texte paraphé que plusieurs dispositions de l'Amendement n° 95 prennent effet le 1^{er} janvier 2007. Une liste regroupant les articles concernés est inscrite à la page 14/14 du présent communiqué.

Veuillez prendre note qu'un communiqué vous parviendra plus tard pour vous donner tous les renseignements pertinents sur ces dispositions.

3. Augmentations tarifaires pour la rémunération à l'acte

En ce qui a trait à toutes les augmentations tarifaires au 1^{er} avril 2006 des services médicaux, forfaits de garde etc., la Régie effectuera une révision massive qui couvrira la période du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2006. Elle est prévue pour le 31 mars 2007. Les résultats paraîtront sur vos états de compte réguliers et seront identifiés par un code de transaction (TRA 90).

4. Augmentations tarifaires pour les rémunérations à honoraires fixes et à tarif horaire

Les parties ont prévu dans les textes de l'Annexe II et de l'Annexe XIV, le versement d'un montant forfaitaire. La période couverte est celle du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2006. Le versement est prévu vers le 31 mars 2007 et fera l'objet d'un traitement distinct de vos états de compte réguliers.

5. Amendement n° 94 – Annexe XIV

Les paragraphes 5.02 et 5.03 de l'Annexe XIV ont été modifiés pour préciser que la garde sur place est comprise dans l'activité professionnelle du médecin à même ses 35 premières heures régulières ou de ses 45 premières heures régulières pour celui qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 (440 heures).

Contrairement à ce qui a été annoncé dans le communiqué 046 du 25 juillet 2006, il n'est pas nécessaire de faire une demande de révision pour les heures de garde sur place correspondant au code d'activité XXX071 ou XXX063 qui vous ont été rémunérées entre le 1^{er} juin 2003 et le 31 mai 2006, en colonne 2 ou en colonne 3. Une révision générale sera réalisée à compter du 1^{er} décembre 2006.

Le résultat paraîtra sur vos états de compte réguliers avec le code de transaction 22.

Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes durant cette période, les parties ont indiqué à la Régie qu'elles étudiaient la possibilité de verser un montant compensatoire aux médecins autorisés à bénéficier du paragraphe 15.01 et qui ne s'en sont pas prévalu.

■ FAITS SAILLANTS DE L'AMENDEMENT N° 95

1. Entente générale

Dépassement d'heures à tarif horaire pour le médecin à honoraires fixes

Prend effet le **1^{er} juin 2006**

Le maximum d'heures pour lesquelles le médecin à honoraires fixes peut être autorisé à une rémunération à tarif horaire passe de 440 heures à **880 heures par année**. Ceci s'applique à l'ensemble de ses activités incluant la garde sur place.

À noter : Si vous avez atteint le maximum de 440 heures et que nous avons déjà refusé le paiement d'honoraires excédant ce maximum, vous devrez demander une révision étant donné que le maximum est haussé à 880 heures.

De plus, si vous désirez modifier le mode de rémunération sous lequel vos heures de garde ont été rémunérées, du 1^{er} juin 2006 au 31 octobre 2006, veuillez produire une demande de révision pour annuler les heures de garde payées à honoraires fixes. Veuillez également joindre à cette demande la nouvelle facturation à tarif horaire pour ces mêmes heures de garde.

Par ailleurs, l'avis de service déjà transmis n'a pas à être modifié.

De plus, une disposition est ajoutée au paragraphe 15.01 de l'entente générale pour inclure la possibilité pour le comité paritaire, d'accorder un dépassement de ce nombre de 880 heures au médecin exerçant au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde ou dans d'autres cas exceptionnels (voir articles 1A et 1B) du texte paraphé, Partie II, page 1/17).

À noter : Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible de 880 heures.

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, voir le point 6 à la page 7/14.

Remboursement des frais de déplacement du médecin dépanneur :

À compter du **1^{er} avril 2006** le taux horaire pour le temps de déplacement est de **74,55 \$** (code d'acte **09992**) (voir article 7B) du texte paraphé, Partie II, page 9/17).

À noter : La Régie effectuera la révision des demandes de paiement ou de remboursement concernées.

2. Annexe II : Tarif de rémunération à honoraires fixes

Prend effet le **1^{er} avril 2004**

- Les échelles salariales couvrent la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2010;
- Augmentation annuelle de 2 % de l'échelle salariale à compter du **1^{er} avril 2006**;

- Versement à prévoir d'un montant forfaitaire couvrant la période du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2006; la date du versement est prévue vers le 31 mars 2007 (voir Partie II, page 2/17).

3. Annexe V : tarif des actes médicaux

A. PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Garde sur place à l'urgence (sous-paragr. 1.4, alinéa b))

Prend effet le 1^{er} avril 2006

Hausse du forfait compensatoire pour les fins de semaine et les jours fériés de 566,50 \$ à **628,00 \$** (code d'acte **19055** (un seul médecin autorisé) ou **19056** (plus d'un médecin autorisé)).

À noter : Dans votre brochure n° 1, E.P. Garde sur place – CHSGS, page 25-2, l'avis sous le sous-paragraphe 5.01 sera modifié pour inscrire également le tarif de **628,00 \$** aux codes d'acte **19065, 19066, 19067 et 19068**.

Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit (sous-paragr. 1.5, alinéa b))

Prend effet le 1^{er} avril 2006

Le tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à un patient (code d'acte **09099**) est augmenté :

- de 77,25 \$ à **78,80\$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **80,40 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **82,00 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **83,65 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

Rémunération majorée – Urgence d'un CH et CLSC du réseau de garde intégré (sous-paragr. 2.2.9B)

Prend effet le 1^{er} avril 2006

- ✓ La majoration applicable sur le tarif de base pour les services dispensés de 8 h à 24 h est haussée de 20 % à **27 %** (aucune modification n'ayant été apportée à la Lettre d'entente n° 77, cette majoration ne s'applique qu'à la rémunération à l'acte et non à la rémunération à tarif horaire);
- ✓ Le supplément accordé (code d'acte **09791**) pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception des jours fériés est augmenté :
 - de 80 \$ à **81,60 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **83,25 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **84,90 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **86,60 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

À noter : Ce changement de tarif du supplément codé **09791** s'applique par concordance aux lettres d'entente n° 77 et 110.

Thérapie de soutien à domicile (sous-paragr. 2.3.1)

Prend effet le 1^{er} avril 2006

L'honoraire de la thérapie de soutien à domicile (code d'acte **08900**) est haussé :

- de 32,30\$ à **34,15 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **34,85 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **35,55 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **36,25 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

Supplément d'honoraires pour l'utilisation du plateau de chirurgie (sous-paragr. 2.4.7.7)

Prend effet le 1^{er} octobre 2006

Le supplément d'honoraires prévu par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie est augmenté de la façon suivante:

- ✓ code d'acte **01098** pour un plateau principal : de 12 \$ à **20 \$**;
- ✓ code d'acte **01099** pour un plateau mineur : de 6 \$ à **10 \$**.

Supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis (sous-paragr.2.4.7.8)

Prend effet le 1^{er} avril 2006

Hausse du montant du supplément (code d'acte **00071**) de la façon suivante :

- de 5 \$ à **5,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **5,20 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **5,30 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **5,40 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

Ajout du sous-paragraphe 2.4.7.9 portant sur un supplément au tarif de l'examen octroyé dans le cadre d'un suivi de grossesse

(Prend effet le 1^{er} octobre 2006)

Ce supplément s'ajoutant au tarif de l'examen s'applique en cabinet privé au montant de **10 \$** (nouveau code d'acte **15144**).

À noter : *Le supplément est versé pour l'examen de suivi, mais non lors de l'examen de prise en charge de la grossesse (code d'acte 00059).*

Il s'applique également en CLSC ou en UMF au montant de **7 \$** (nouveau code **15145**) sous réserve toutefois que le médecin détienne et exerce des privilèges en obstétrique d'un CH et qu'il prévoit que l'accouchement sera effectué par lui-même ou par un médecin de son groupe. (Voir texte paraphé et avis en Partie II, page 3/17, sous-paragr. 2.4.7.9)

À noter : *Si vous rendez des services en CLSC – UMF et désirez vous prévaloir du supplément au tarif de l'examen dans le cadre d'un suivi de grossesse, vous devez transmettre à la Régie une lettre mentionnant que vous détenez et exercez des privilèges en obstétrique ainsi que le nom et le numéro du centre hospitalier concerné. En ces lieux, le supplément est également payable lors de la prise en charge de la grossesse.*

L'adresse à retenir est la suivante :

Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Forfaits de déplacement

Prend effet le 1^{er} avril 2006

Le forfait de déplacement pour l'examen d'une présumée victime d'assaut *sexuel* (sous-paragr.2.2.7A) et le forfait de déplacement dans le cadre d'un transfert ambulancier (sous-paragr.2.4.9.3) sont augmentés au 1^{er} avril 2006 de :

- 125\$ à **127,50 \$** pour les codes d'acte **19080 et 19047**;
- 175\$ à **178,50 \$** pour les codes d'acte **19081 et 19048**;
- 250\$ à **255 \$** pour les codes d'acte **19082 et 19049**.

(Voir les augmentations pour les années suivantes en Partie III, page 3/5.)

Il est à noter que le libellé des sous-paragraphes 2.2.7A et 2.4.9.3 est modifié en inscrivant à la fin de la phrase « par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement » (voir la page 3/17 du texte paraphé en Partie II, portant sur le Préambule général).

B. CONSULTATION ET EXAMEN

- Les tarifs d'environ 166 actes en établissement et au cabinet/domicile sont augmentés annuellement à compter du **1^{er} avril 2006** jusqu'au 1^{er} avril 2009 (voir pages 1, 2 et 3/5 de la Partie III du présent communiqué).
- À compter du **1^{er} octobre 2006**, le tarif de l'examen de prise en charge de grossesse (code d'acte **00059**) passe de 60,35\$ à **75 \$**.

(Voir le texte paraphé, Partie II page 4/17.)

C. ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

La valeur de l'unité augmente de la façon suivante :

- de 11,45 \$ à **11,70 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **11,90 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **12,15 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **12,40 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir le texte paraphé, Partie II page 4/17.)

À noter que lors d'une prochaine mise à jour de votre manuel de facturation, les exemples de rédaction de demandes de paiement seront modifiés pour tenir compte de la nouvelle valeur de l'unité. De plus, dans votre brochure n° 1, EP – Anesthésie (CHSGS), les montants d'honoraires dans les exemples sous les paragraphes 6.02 et 6.06 seront également modifiés lors de la prochaine mise à jour.

D. GYNÉCOLOGIE

À compter du **1^{er} octobre 2006**, il y a augmentation du tarif de certains actes en gynécologie (voir page 4/5 de la Partie III, profil des actes d'avortement, Annexe II).

E. OBSTÉTRIQUE

Prend effet le **1^{er} avril 2006**.

- Le forfait annuel payable trimestriellement pour la garde en disponibilité (code d'acte **09776**) est augmenté de la façon suivante :
 - de 4,254 \$ à **5 237\$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **5 342\$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **5 449\$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **5 558\$** à compter du 1^{er} avril 2009.

Les honoraires qui vous seront versés par trimestre sont donc modifiés en conséquence. L'avis sous le paragraphe 9 « Garde en disponibilité » sera modifié à la page Q-3 de votre manuel de facturation. Le libellé est inscrit en page 4/17 de la Partie II du texte paraphé.

- Les tarifs des accouchements sont augmentés (voir page 4/5 de la Partie III, Annexe III).

4. Annexe IX : conditions d'application des tarifs

- Le texte paraphé contient en Partie II, pages 4, 5, 6 et 7 et 8/17, les détails des changements apportés à l'annexe IX concernant la détermination de l'enveloppe budgétaire à compter du **1^{er} avril 2004** jusqu'au 31 mars 2010;
- À compter du **1^{er} décembre 2006**, les paragraphes **5.3** et **5.4** sont remplacés. Le paragraphe 5.3 porte sur les services non calculés dans le revenu brut trimestriel. Il y a plusieurs ajouts au niveau des services médicaux non soumis au plafonnement notamment :
 - toute la rémunération du médecin qui a inscrit au moins 200 patients vulnérables en date du 31 décembre de chaque année (alinéa 1);
À noter : L'information doit être transmise à la Régie avant le 31 décembre 2006.
 - la rémunération des services rendus à un patient vulnérable par son médecin de famille ainsi que les services rémunérés en vertu de l'E.P. sur les GMF que sont le forfait d'inscription (code d'acte **08875**), les activités de fonctionnement (code d'activité **072101**), la garde en disponibilité (code d'acte **19016**) de même que la rémunération du médecin responsable (code d'acte **19017**) (alinéa 2).
 - le supplément pour l'examen fait dans le cadre du suivi d'une grossesse (code d'acte **15144 ou 15145**) (alinéa 5).

(Voir le texte paraphé, Partie II, pages 6, 7 et 8/17.)

5. Annexe XII : rémunération différente dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels

- Mesures incitatives, paragraphe 1.2 : à compter du **1^{er} janvier 2003**, les taux de la prime d'éloignement ou d'isolement annuelle sont mis à jour. Le tableau de l'Annexe IV de la page 5/5 de la Partie III remplace donc le précédent tableau.
À noter : Les demandes de primes d'éloignement seront révisées automatiquement, vous n'avez pas à en faire la demande.

6. Annexe XIV : règles relatives au tarif horaire et dispositions tarifaires afférentes

- À compter du **1^{er} avril 2006**, le taux horaire est porté à **74,55 \$** (voir article 7B) du texte paraphé, Partie II, page 9/17);
- Versement à prévoir d'un montant forfaitaire couvrant la période du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2006; la date du versement est prévue autour du 31 mars 2007.
- À compter du **1^{er} juin 2006**, le dépassement d'heures autorisé passe de 440 heures à **880 heures par année**.
*À noter : Avant le 1^{er} novembre 2006, la Régie ne pourra traiter conformément aux dispositions de l'Annexe XIV, la garde sur place effectuée à même les 55 premières heures régulières du médecin qui se prévaut du paragraphe 5.10 (880 heures). La Régie effectuera la révision des heures de garde sur place (code d'activité **XXX071**) qui vous ont été rémunérées entre le 1^{er} juin 2006 et le 31 octobre 2006, en colonne 2 et colonne 3 s'il y a lieu. À compter du 1^{er} novembre 2006, la code d'activité **XXX071** doit être utilisé conformément au paragraphe 5.10.
Toutefois, pour les heures de garde sur place rémunérées sous le code **XXX063**, la Régie peut effectuer la révision au cours de l'automne 2007 une fois que l'exercice 2006-2007 sera terminé. Vous pouvez aussi faire une demande de révision à compter de novembre 2006.*

*Pour ce faire, la demande de révision doit préciser le NCE de chaque demande de paiement ainsi que la ou les date (s) de service à réviser sur chacune d'entre elles. Spécifier le nombre d'heures de garde sur place (code d'activité **XXX063**) à réviser si ce nombre est inférieur aux heures totales déjà rémunérées pour une date de service.*

Par ailleurs, l'avis de service déjà transmis n'a pas à être modifié.

- De plus, une disposition est ajoutée pour inclure la possibilité pour le comité paritaire, d'accorder une augmentation de ce dépassement d'heures au médecin exerçant au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde ou dans tout autre cas exceptionnel (voir article 7A) du texte paraphé, Partie II, page 9/17).

À noter : Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible de 880 heures.

7. E.P. relative au Grand-Nord et E.P. Centre de santé Chibougamau

Prend effet le **1^{er} avril 2006**

Le taux de base du per diem est augmenté :

- de 789 \$ à **805 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **821 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **837 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **854 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir articles **10** et **12** du texte paraphé, Partie II page 11/17.)

À noter : L'ajustement du per diem (du 1^{er} avril au 30 septembre 2006) fera l'objet d'un versement forfaitaire.

8. E.P. relative à la prestation des services en anesthésie

Prend effet le **1^{er} avril 2006**

- Le montant du per diem (régime **C**) est haussé à compter du 1^{er} avril 2006. Le paragraphe 6.05 est modifié en conséquence pour tenir compte des montants pour les années à venir. Le texte précise que pour une demi-journée d'activités, le médecin reçoit la moitié du per diem applicable pour une journée.

Le per diem augmente donc de la façon suivante :

- de 600 \$ à **612 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **624 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **636 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **649 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

À noter : L'ajustement du per diem (du 1^{er} avril au 30 septembre 2006) fera l'objet d'un versement forfaitaire.

- Forfait pour la garde en disponibilité (Régime B, code d'acte **09090** et régime C, code d'acte **19045**) : des modifications sont apportées au paragraphe 7.01 pour tenir compte de l'augmentation du forfait à compter du 1^{er} avril 2006 et pour les années à venir :
 - de 51,90\$ à **52,95 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **54,00 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **55,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **56,20 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir texte paraphé, Partie II page 11/17.)

9. E.P. relative au chef du département clinique de médecine générale en CHSGS

Prend effet le **1^{er} avril 2006**

Le forfait hebdomadaire (code d'acte **19064**) est augmenté :

- de 50 \$ à **51 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **52 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **53,05 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **54,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir texte paraphé, Partie II page 12/17.)

10. E.P. médecin exerçant auprès des malades admis en certains CHSGS

Prend effet le **1^{er} avril 2006**

- Régime A : le deuxième alinéa du paragraphe 4.02 est remplacé pour tenir compte de l'augmentation du forfait quotidien (code d'acte **09778**) et du pourcentage de la rémunération à compter du 1^{er} avril 2006 et pour les années à venir :
 - de 526,45 \$ à **545 \$** auquel s'ajoute **42,75 %** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **550 \$** auquel s'ajoute **44 %** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **555 \$** auquel s'ajoute **45,30 %** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **560 \$** auquel s'ajoute **46,60 %** à compter du 1^{er} avril 2009.

*À noter : L'augmentation du forfait de garde et du pourcentage des actes s'applique par concordance aux paragr. 2.01 et 3.01 de l'Annexe XVIII – Mécanisme de dépannage (codes d'acte **09777** et **19044**) et à l' Accord n° **518** (code d'acte **19044**) (voir page 14/14 du présent communiqué pour les changements importants à noter pour votre facturation).*

- Régime B : le troisième alinéa du paragraphe 4.02 est remplacé pour tenir compte de l'augmentation du forfait quotidien (code d'acte **19018**) et du pourcentage de la rémunération à compter du 1^{er} avril 2006 et pour les années à venir :
 - de 326,45 \$ à **343 \$** auquel s'ajoute **75,30 %** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **346 \$** auquel s'ajoute **76,10 %** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **349 \$** auquel s'ajoute **76,95 %** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **352 \$** auquel s'ajoute **77,80 %** à compter du 1^{er} avril 2009.

Ces changements à l'E.P. relative aux malades admis ont un impact sur le **demi-forfait** qui sera augmenté aussi annuellement. À compter du 1^{er} avril 2006 et jusqu'au 31 mars 2007, l'augmentation selon le régime A ou B est la suivante :

- de 263,25 \$ à **272,50 \$** pour le code d'acte **19007** (régime A);
- de 163,25 \$ à **171,50 \$** pour le code d'acte **19019** (régime B).

- Les paragraphes 4.03 et les sous-paragraphes 4.06.01 et 4.06.02 sont remplacés pour assurer la concordance avec les changements apportés précédemment au paragraphe 4.02.

(Voir texte paraphé et avis modifiés, Partie II, pages 12 et 13/17.)

11. E.P. sur le Nunavik (17), Baie-James (18), ou auprès du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)

- Per diem (code d'activité **074030**) : le paragraphe 4.01 est remplacé pour tenir compte de l'augmentation du per diem à **compter du 1^{er} avril 2006** et pour les années à venir :
 - de 1 000 \$ à **1 020 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **1 040 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **1 061 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **1 082 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

À noter : L'ajustement du per diem (du 1^{er} avril au 30 septembre 2006) fera l'objet d'un versement forfaitaire.

- Garde en disponibilité (code d'activité **074095**) : le paragraphe 4.02 est remplacé pour tenir compte de l'augmentation du forfait quotidien à **compter du 1^{er} avril 2006** :
 - de 100 \$ à **102 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **104,05 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **106,15 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **108,25 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

- Mesures de continuité : à compter du **1^{er} octobre 2006**, une nouvelle disposition s'applique par l'ajout d'un alinéa c) au paragraphe 9.01. Un médecin peut recevoir un troisième supplément de 60 \$ pour chacun des per diem excédant 180 et pour lequel il a reçu le second supplément prévu à l'alinéa b).

À noter : Nous vous rappelons que vous n'avez pas à facturer le supplément, car la Régie effectue les paiements deux fois par année en novembre et en mai.

(Voir texte paraphé, Partie II, page 14/17)

12. E.P. relative aux groupes de médecine de famille (GMF) - Annexe V

- À compter du **1^{er} avril 2006**, le forfait de prise en charge et de suivi (code d'acte **08875**) de même que le forfait pour suivi temporaire d'une patiente enceinte inscrite auprès d'un autre médecin de GMF (code d'acte **19074**) sont augmentés de :
 - 7 \$ à **7,15 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **7,30 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **7,45 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **7,60 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

- Garde en disponibilité (code d'acte **19016**) : l'article III est remplacé pour tenir compte de l'augmentation du forfait/quart de 8 heures à compter du **1^{er} avril 2006** :
 - de 51,90 \$ à **52,95 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **54 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **55,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **56,20 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

- Rémunération du médecin responsable (code d'acte **19017**) : l'article VI est remplacé pour tenir compte de l'augmentation du forfait hebdomadaire versé au médecin responsable à compter du **1^{er} avril 2006** et pour les années à venir :
 - de 300 \$ à **306 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **312 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **318 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **325 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir texte paraphé, Partie II, pages 14 et 15/17.)

13. E.P. relative au médecin chef du service d'urgence d'un CHSGS
Prend effet le **1^{er} avril 2006**.

Le forfait hebdomadaire (code d'acte **19040**) est augmenté :

- de 50 \$ à **51 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
- à **52 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
- à **53,05 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
- à **54,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir texte paraphé, Partie II page 15/17.)

14. E.P. relative à la garde en disponibilité

- Le forfait quotidien régulier est augmenté à compter du **1^{er} avril 2006** et pour les années à venir : (codes d'acte **19060, 09857, 19069, 19070, 19057, 19058, 09847 et 09705**)
 - de 51,90 \$ à **52,95 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **54 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **55,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **56,20 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

*À noter : Cette augmentation du forfait s'applique également par concordance à la lettre d'entente n° 157 (code d'acte **19043**).*

Ces changements à l'E.P. relative à la garde en disponibilité ont un impact sur le forfait réduit et le forfait majoré qui seront augmentés aussi annuellement. À compter du 1^{er} avril 2006 et jusqu'au 31 mars 2007, l'augmentation est la suivante :

- de 25,95 \$ à **26,48 \$** pour les codes d'acte **19061 et 09727** (forfait réduit);
- de 77,85\$ à **79,43 \$** pour les codes d'acte **19059 et 09856** (forfait majoré).

(Voir texte paraphé et avis modifié, Partie II, pages 15 et 16/17.)

- Garde régionale au bénéfice des victimes d'agression sexuelle (codes d'acte **19087** et **19088**) : à compter du **1^{er} juin 2006**, le forfait/quart de 8 heures est augmenté :
 - de 25,95 \$ à **26,48 \$** à compter du 1^{er} juin 2006;
 - à **27 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **27,55 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **28,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.
- Garde sous-régionale au bénéfice des victimes d'agression sexuelle (code d'acte **19089**) : à compter du **1^{er} juin 2006**, le forfait hebdomadaire est augmenté :
 - de 50 \$ à **51 \$** à compter du 1^{er} juin 2006;
 - à **52 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **53,05 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **54,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir texte paraphé, Partie II pages 16 et 17/17.)

15. E.P. relative au médecin exerçant dans une **clinique-réseau**

- Le forfait/quart de 4 heures (codes d'acte **19100** et **19101**) est augmenté à compter du **1^{er} avril 2006** :
 - de 80 \$ à **81,60 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **83,25 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **84,90 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **86,60 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.
- Activités médico-administratives : le forfait (code d'acte **19102**) est augmenté à compter du **1^{er} avril 2006** :
 - de 50 \$ à **51 \$** à compter du 1^{er} avril 2006;
 - à **52 \$** à compter du 1^{er} avril 2007;
 - à **53,05 \$** à compter du 1^{er} avril 2008;
 - à **54,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2009.

(Voir texte paraphé, Partie II, page 17/17.)

■ CHANGEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

1) **Tableau des modificateurs**

Manuel de facturation – rédaction de la demande de paiement – Tableau des modificateurs multiples, pages 32 à 34.

Des changements seront apportés à ce tableau lors d'une prochaine mise à jour. Les modifications consistent en la création d'un nouveau modificateur multiple (**372** résultant de la combinaison de **106-108-187**) et en des nouvelles constantes.

Le tableau suivant contient ces changements.

Lorsque les modificateurs s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
045 – 094 – 125	305	0.4703
045 – 094 – 125 – 179	902	0.4703
045 – 094 – 126	306	0.4703
045 – 094 – 126 - 179	903	0.4703
045 – 094 – 151	312	0.8283
045 – 094 – 151 – 179	904	0.8283
045 – 094 – 171	308	0.4703
045 – 094 – 171 – 179	905	0.4703
045 – 125	269	0.4703
045 – 125– 179	358	0.4703
045 – 126	273	0.4703
045 – 126 – 179	359	0.4703
045 – 151	295	0.8283
045 – 151 – 179	361	0.8283
045 – 171	216	0.4703
045 – 171 – 179	362	0.4703
050 – 106 – 108	307	0.2858
050 – 108	275	0.6350
050 – 125	266	0.2138
050 – 126	270	0.2138
050 – 151	292	0.3765
050 – 171	222	0.2138
061 – 094 – 108	313	1.2700
061 – 108	523	1.2700
093 – 125	267	0.4275
093 – 126	271	0.4275
093 – 151	293	0.7530
093 – 171	223	0.4275
094 – 096 – 108	309	0.6350
094 – 106 – 108	300	0.5715
094 – 108	274	1.2700
094 – 125	268	0.4275
094 – 126	272	0.4275
094 – 151	294	0.7530
094 – 171	215	0.4275
096 – 108	278	0.6350
106 – 108	237	0.5715
106 – 108 – 187	372	0.5715
108 – 126	554	0.5429
108 – 187	693	1.2700

2) **Modification au libellé du message explicatif 799**

799 Pour facturer ce code de forfait, vous devez être un médecin faisant partie du même GMF que le médecin de famille de la patiente inscrite sur la demande de paiement.

3) Modifications aux avis administratifs – Annexe XVIII et Accord n° 518

Important : Pour votre facturation, nous indiquons ici les changements à noter. Les autres renseignements contenus dans les avis administratifs demeurent inchangés.

Code d'acte **09777** – Modificateur **125** et ses multiples pour la facturation des services rendus à **42,75 %**

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 – 125	MOD = 266	0.2138
093 – 125	MOD = 267	0.4275
094 – 125	MOD = 268	0.4275
045 – 125	MOD = 269	0.4703
045 - 094 – 125	MOD = 305	0.4703
045 - 125 – 179	MOD = 358	0.4703
045 - 094 – 125 - 179	MOD = 902	0.4703

Code d'acte **19044** – Modificateur **171** et ses multiples pour la facturation des services rendus à **42,75 %**

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 – 171	MOD = 222	0.2138
093 – 171	MOD = 223	0.4275
094 – 171	MOD = 215	0.4275
045 – 171	MOD = 216	0.4703
045 - 094 – 171	MOD = 308	0.4703
045 - 171 – 179	MOD = 362	0.4703
045 - 094 – 171 - 179	MOD = 905	0.4703

■ LISTE DES MESURES PRENANT EFFET LE 1^{ER} JANVIER 2007 – Communiqué à venir

- Hausse du taux du kilométrage;
- Nouvelles dispositions de l'Annexe XII ayant trait aux mesures incitatives;
- Nouvelles mesures concernant l'Annexe XII-A rémunération différente dans les territoires non désignés;
- Nouvelles mesures concernant l'annexe XIX – formation continue;
- Nouvelles dispositions concernant l'**E.P.** relative aux unités de médecine familiale (**UMF**);
- Nouvelle **E.P.** relative aux services de médecine familiale de prise en charge et de suivi de la clientèle;
- Nouvelles mesures relatives à l'**E.P.** relative à la garde en disponibilité.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 95](#)
[Partie III – Annexes au texte paraphé : nouveaux tarifs de certains actes et de la prime d'éloignement de l'Annexe XII](#)

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et
Agences commerciales de traitement des données - Médecine

Texte paraphé de l'Amendement n° 95 à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le troisième alinéa de son paragraphe 15.01 par le suivant :

« Lorsque la réquisition de services médicaux curatifs ou préventifs entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière, le chef de département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable de l'établissement peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser au bénéfice d'un médecin rémunéré à honoraires fixes sur une base de 35 heures par semaine d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire et cela, malgré le caractère exclusif du mode de rémunération pour l'ensemble de ses activités y compris la garde sur place, pour un maximum de 880 heures par année. Cette disposition s'applique également au médecin qui détient la qualité de demi-temps dans deux établissements. »

B) En ajoutant à ce paragraphe 15.01 de l'entente générale, à la suite du troisième alinéa, l'alinéa suivant :

« Malgré les dispositions du précédent alinéa, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut, dans le cas du médecin qui exerce au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde, ou dans tout autre cas jugé exceptionnel, sur recommandation du chef de département, accorder un dépassement de ce nombre de 880 heures par année. »

AVIS: Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible de 880 heures.

C) En remplaçant au paragraphe 30.05 le taux de 0,72 \$ par celui de 0,82 \$.

2. L'annexe II de l'Entente, intitulée « **Tarif de rémunération à honoraires fixes** » est modifiée de la façon suivante :

A) Remplacer l'article 1 par le suivant :

« Taux annuels de rémunération »

	1^{er} avril 2004 au 31 mars 2006	1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007	1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008	1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009	1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010
Moins d'un an	77 595 \$	79 147 \$	80 730 \$	82 345 \$	83 992 \$
1 an mais moins de 2 ans	79 818 \$	81 414 \$	83 042 \$	84 703 \$	86 397 \$
2 ans mais moins de 3 ans	84 263 \$	85 948 \$	87 667 \$	89 420 \$	91 208 \$
3 ans mais moins de 4 ans	87 157 \$	88 900 \$	90 678 \$	92 492 \$	94 342 \$

	1 ^{er} avril 2004 au 31 mars 2006	1 ^{er} avril 2006 au 31 mars 2007	1 ^{er} avril 2007 au 31 mars 2008	1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2009	1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2010
4 ans mais moins de 5 ans	90 089 \$	91 891 \$	93 729 \$	95 604 \$	97 516 \$
5 ans mais moins de 6 ans	93 158 \$	95 021 \$	96 921 \$	98 859 \$	100 836 \$
6 ans et plus	96 328 \$	98 255 \$	100 220 \$	102 224 \$	104 268 \$

B) Remplacer l'article 4 par le suivant :

« 4. Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2006 est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes. Ce montant est versé le ou vers le 31 mars 2007 selon des modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le _____.

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

3. L'annexe V de l'Entente intitulée « Tarif des actes médicaux » est modifiée de la façon suivante :

A) En modifiant le Préambule général de la façon suivante :

a) Remplacer à l'alinéa b) du sous-paragraphe 1.4 le montant de 566,50 \$ par celui de 628,00 \$.

b) Remplacer le sous-paragraphe 2.2.9 B par le suivant :

« 2.2.9 B Service d'urgence d'un centre hospitalier et CLSC du réseau de garde intégré

Une majoration de 27,00 % applicable sur le tarif de base est accordée pour les services dispensés de 8h00 à 24h00 le samedi, le dimanche ou une journée fériée.

L'AVIS sera modifié pour mettre à jour la majoration qui est de 27 %.

Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20h00 à 24h00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Le montant de ce supplément est de 81,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 83,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 84,90 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 86,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. Ce supplément est divisible en heures. »

c) Remplacer aux deux premiers alinéas du sous-paragraphe 2.4.7.7 les taux de 12 \$ et de 6 \$ par les taux de 20 \$ et de 10 \$.

d) Remplacer le sixième alinéa du sous-paragraphe 2.3.1 **Thérapie de soutien à domicile** par le suivant :

« L'honoraire s'ajoute à l'honoraire de la visite à domicile. Il est de 34,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 34,85 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 35,55 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 36,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

- e) Remplacer au sous-paragraphe 2.4.7.8 le tarif du supplément de responsabilité de 5 \$ par celui de 5,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 5,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 5,30 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 5,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2009.

- f) Ajouter le sous-paragraphe suivant :

« **2.4.7.9** Un supplément au tarif de l'examen est accordé dans le cadre d'un suivi de grossesse assuré par le médecin dans un cabinet privé et, sous réserve de l'alinéa suivant, en CLSC ou en UMF. Le montant de ce supplément est de 10,00 \$ en cabinet et de 7,00 \$ en CLSC et en UMF.

En CLSC ou en UMF, ce supplément n'est payable que si le médecin détient et exerce des privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier et que s'il prévoit que l'accouchement de la femme dont il assure le suivi de grossesse sera effectué par lui-même ou par un des médecins du groupe avec lequel il partage cette responsabilité. Dans le cas où le médecin exerce selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, il ne facture pas l'examen. Le médecin doit transmettre les informations requises à la Régie. »

AVIS: *Si vous rendez des services en CLSC – UMF et désirez vous prévaloir du supplément au tarif de l'examen dans le cadre d'un suivi de grossesse, vous devez transmettre à la RAMQ une lettre mentionnant que vous détenez et exercez des privilèges en obstétrique ainsi que le nom et le numéro du centre hospitalier concerné. L'adresse à retenir est la suivante :*

*Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

Veillez utiliser la demande de paiement no 1200 et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;*
- Inscrire le code de forfait **15144** pour le supplément en cabinet et **15145** pour le supplément en CLSC et en UMF;*
- Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3** ou s'il s'agit d'un CLSC, indiquer **9XXX2** ou **8XXX5** dans la case établissement*
- Si vous êtes rémunéré selon le mode de l'acte, le forfait doit être facturé le jour même de l'examen effectué et sur la même demande de paiement.*

- g) Remplacer l'alinéa b) du sous-paragraphe 1.5 le texte par le suivant :

« soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 78,80 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 80,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 82,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 83,65 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

- h) Remplacer le sous-paragraphe 2.2.7A par le suivant :

« **2.2.7A Forfait de déplacement (assaut sexuel)**

Le médecin qui se déplace pour effectuer l'examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel et, s'il y a lieu compléter le constat médico-légal ou rédiger le formulaire, est compensé pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement. »

- i) Remplacer le sous-paragraphe 2.4.9.3 par le suivant :

« **2.4.9.3 Forfait de déplacement**

Le médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé à se déplacer pour se rendre à l'établissement afin d'effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert est compensé, pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement. »

- B)** En modifiant la section « **Consultation et examen** » de la façon suivante :
- En remplaçant les tarifs par ceux apparaissant en annexe I du présent amendement, excluant les codes numérotés de 15052 à 15071 inclusivement s'appliquant dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde désigné, les codes 0013, 0014, 0016, 0018 et 0059 et les « Frais de kilométrage ».
 - En portant le tarif du code 0059 à 75 \$.
 - À la rubrique « **Frais de kilométrage** » en portant le tarif de huit (8) à quarante (40) kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre à 0,82 \$.
- C)** En modifiant à la section « **Anesthésie-réanimation** » les tarifs suivants : VALEUR DE L'UNITÉ : 11,70 \$ au 1^{er} avril 2006, 11,90 \$ au 1^{er} avril 2007, 12,15 \$ au 1^{er} avril 2008 et 12,40 \$ au 1^{er} avril 2009.
- D)** En remplaçant les tarifs à la section « **Gynécologie** » par ceux apparaissant en annexe II du présent amendement.
- E)** En modifiant la section « **Obstétrique** » de la façon suivante :
- En remplaçant au paragraphe 9 « **Garde en disponibilité** » du préambule particulier le forfait de 4 254 \$ par celui de 5 237 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 5 342 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 5 449 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 5 558 \$ à compter du 1^{er} avril 2009.

L'avis sous le paragraphe 9, page Q-3 de votre manuel de facturation se lira comme suit :

AVIS: *Inscrire sur la demande de paiement n° 1200 les renseignements suivants :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09776** dans la case ACTES;
- le code d'établissement (0XXX3) où vous détenez ce privilège en obstétrique;
- les honoraires **par trimestre** sont de 1309,25 \$ du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, de 1335,50 \$ du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008, de 1362,25 \$ du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009, de 1389,50 \$ à partir du 1^{er} avril 2009; reporter ce montant dans la case TOTAL;
- la date de l'acte doit correspondre au dernier jour du trimestre.
- Inscrire la date du début et de la fin du trimestre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Les trimestres sont répartis comme suit :
 - 1^{er} juillet au 30 septembre,
 - 1^{er} octobre au 31 décembre,
 - 1^{er} janvier au 31 mars et
 - 1^{er} avril au 30 juin.

Seul le rôle 1 peut être facturé avec ce code d'acte.

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

- En remplaçant les tarifs de cette section par ceux apparaissant en annexe III du présent amendement.

4. L'annexe IX de l'entente générale intitulée « **Conditions d'application des tarifs** » est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant ses paragraphes 1.1 et 1.2 par les suivants :

« **1.1** Une enveloppe budgétaire globale est, en tenant compte des dispositions du paragraphe suivant, déterminée, sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

- 1 262,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005;
- 1 275,5 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006;
- 1 328,2 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007;
- 1 381,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008;
- 1 437,3 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009;
- 1 494,4 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010. »

1.2 L'enveloppe budgétaire globale telle qu'apparaissant au paragraphe 1.1 pour chacune des années de l'entente inclut les augmentations suivantes :

- a) l'application des paramètres monétaires suivants :
 - 2 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007;
 - 2 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2008;
 - 2 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009;
 - 2 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010.
- b) un pourcentage de rajustement de 1 % appliqué, au 1^{er} avril de chaque année couverte par la présente entente, afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, notamment les effets de la croissance de la population et de son vieillissement et de l'ajout net des effectifs médicaux.
- c) l'ajout d'une enveloppe spécifique dédiée à la réforme des services de première ligne d'un montant ne dépassant pas 54,5 M\$ au 31 mars 2010 et accordée selon l'étalement suivant :
 - 14,0 M\$ au 1^{er} avril 2006;
 - 13,5 M\$ au 1^{er} avril 2007;
 - 13,5 M\$ au 1^{er} avril 2008;
 - 13,5 M\$ au 1^{er} avril 2009. »

B) En remplaçant les paragraphes 3.3 à 3.6 par les suivants :

« **3.3** Pour les données inscrites au FERAT, celles-ci sont ajustées selon la moyenne des pourcentages d'honoraires du FERAT payés au cours des deux périodes annuelles précédant la période concernée ou selon toute autre modalité convenue par les parties.

3.4 En ce qui a trait au calcul du coût relatif aux remboursements aux personnes assurées pour lesquelles aucune imputation n'a été effectuée par la Régie, les parties fixent la part du résiduel imputable à une enveloppe budgétaire visée aux présentes à un montant équivalent à 25 % du coût de ces services médicaux tel qu'établi par la Régie.

3.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à cette annexe, les parties introduisent les mesures correctives appropriées afin d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3.6 S'il y a, pendant une période annuelle d'application donnée, une non atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période, les mesures suivantes s'appliquent :

- a) Pour les années 2004-2005 et 2005-2006, les montants ainsi rendus disponibles sont affectés aux priorités retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent;
- b) Pour l'année 2006-2007, les parties conviennent de la réaffecter selon les priorités retenues par les parties ou, si les parties en conviennent, de la mettre en réserve pour une affectation future selon les priorités retenues par les parties;
- c) Pour les années 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010, cette non atteinte ne pourra être réaffectée que s'il y a eu entente entre les parties concernant la méthode de détermination de la diminution moyenne de la prestation de services sur la base du nombre de jours de facturation.

S'il y a eu entente, les parties analysent les facteurs explicatifs de cette non atteinte et conviennent, pour la partie de cette non atteinte non attribuable à une diminution moyenne de la prestation des services, de la réaffecter selon les priorités retenues par les parties ou, si les parties en conviennent, de la mettre en réserve pour une affectation future selon les priorités retenues par les parties. »

C) En remplaçant l'article 4 par le suivant :

« **ARTICLE 4 NON-ATTEINTES 2004-2005 ET 2005-2006**

4.01 Pour l'année d'entente 2004-2005, sur la base des données sur la dépense réelle établie à 1239,4 M\$, les parties constatent une non atteinte de 21,5 M\$ sur une base non récurrente et de 12,5 M\$ sur une base récurrente.

4.02 Pour l'année d'entente 2005-2006, sur la base des données sur la dépense réelle pour les neuf (9) premiers mois de l'année et d'estimations pour les trois (3) autres mois, les parties conviennent d'une non atteinte récurrente de 8,0 M\$. »

D) En remplaçant le paragraphe 5.1 par le suivant :

« **5.1** Un médecin est rémunéré, selon les tarifs applicables, en autant que son revenu fait en provenance du régime soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable à un trimestre donné.

Pour la durée de l'entente, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de :

- Du 1^{er} mars 2004 au 28 février 2005 : 54 800 \$
- Du 1^{er} mars 2005 au 28 février 2006 : 54 800 \$
- Du 1^{er} mars 2006 au 28 février 2007 : 55 805 \$
- Du 1^{er} mars 2007 au 29 février 2008 : 56 920 \$
- Du 1^{er} mars 2008 au 28 février 2009 : 58 060 \$
- Du 1^{er} mars 2009 au 28 février 2010 : 59 220 \$
- Au 1^{er} mars 2010 : 59 315 \$

E) En remplaçant, à compter du 1^{er} décembre 2006, ses paragraphes 5.3 et 5.4 par les paragraphes suivants :

« **5.3** Ne sont pas comptés dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin :

- 1) Pour les quatre (4) trimestres commençant le 1^{er} mars de chaque année, toute la rémunération du médecin qui a inscrit, au 31 décembre précédant ce 1^{er} mars, au moins deux cents (200) patients vulnérables;
- 2) La rémunération versée en vertu de l'entente particulière relative à la prise en charge et suivi de la clientèle, la rémunération de tous les services dispensés à un patient inscrit par le médecin auprès duquel il est inscrit dans le cadre de la même entente ainsi que la rémunération versée en vertu de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF);
- 3) La rémunération versée pour les services rendus dans le cadre d'une clinique-réseau. Seuls sont visés par la présente disposition les services décrits aux alinéas e) et f) du paragraphe 3.01 et à l'article 6.00 de l'entente particulière relative aux cliniques-réseau;
- 4) La rémunération versée pour le dépistage et traitement des infections transmises sexuellement ou par le sang ainsi que le counselling anti-tabac;
- 5) Les honoraires versés à titre de supplément pour l'examen périodique du patient âgé de moins de cinq (5) ans, l'examen de prise en charge de grossesse ainsi que les honoraires versés à titre de supplément pour l'examen fait dans le cadre du suivi d'une grossesse effectué en cabinet, en CLSC ou en UMF;
- 6) La rémunération versée pour les services dispensés dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés à l'exception de ceux dispensés dans le cadre d'une clinique externe sous réserve de l'alinéa 9) ci-dessous;

AVIS: Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire: Utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- CH (service d'urgence) :
 - Samedi, dimanche et jour férié = 12 ou 17;
 - En semaine, de 20 h à 8 h = 12;
 - En semaine, de 8 h à 20 h = 07.
 - CH (courte durée) :
 - Examens durant la tournée quotidienne ou lors d'une urgence :
 - Samedi, dimanche et jour férié = 15;
 - En semaine = 03.
 - Examens en dehors de la tournée quotidienne ou d'une urgence :
 - Samedi, dimanche et jour férié = 21;
 - En semaine = 03.
- Rémunération mixte: Utiliser les secteurs de dispensation suivants :
- CH (service d'urgence) : en semaine = 07;
 - CH (courte durée) : en semaine = 03.

- 7) La rémunération versée pour les services dispensés dans un centre hospitalier de soins psychiatriques;

AVIS: Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire: Utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- CH (service d'urgence) :
 - Samedi, dimanche et jour férié = 12 ou 17;
 - En semaine, de 20 h à 8 h = 12;
 - En semaine, de 8 h à 20 h = 07.
- CH (courte durée) :
 - Examens durant la tournée quotidienne ou lors d'une urgence :
 - Samedi, dimanche et jour férié = 15;
 - En semaine = 03.
 - Examens en dehors de la tournée quotidienne ou d'une urgence :
 - Samedi, dimanche et jour férié = 21;
 - En semaine = 03.

- 8) La rémunération versée pour les services dispensés dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré;

AVIS: Pour la rémunération à l'acte, utiliser le modificateur 061, sauf si le modificateur 096, 097, 105, 106, ou 107 s'applique selon l'entente. Par contre, si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106, ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur 062 sauf si le modificateur multiple 210, 213, 214, 221, 234, 235, 236, 237, 278, 300, 307, 309, 313, 314, 316, 318, 523, 545, 546, 547, 548, 549, 551, 556, 557, 690, 691, 692, 697 ou 698 peut être utilisé. (Voir 4.2.6.4, onglet « rédaction de la demande de paiement »).

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire: Utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- Samedi, dimanche et jour férié = 12;
- En semaine, de 20 h à 8 h = 12;
- En semaine, de 8 h à 20 h = 07.

- 9) Lorsque dispensés en établissement, la rémunération versée pour les services anesthésiques et obstétricaux visés à l'annexe V de l'Entente, pour l'échographie pelvienne ou obstétricale, ou payés en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération de prestations de services professionnels en anesthésie, ou versés en vertu des dispositions de la Lettre d'entente n° 57;

- 10) La rémunération versée pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en centre de réadaptation et en centre-jeunesse;

AVIS: Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire: En tout temps, utiliser le secteur de dispensation = 04.

- 11) La rémunération versée au médecin en vertu de l'entente particulière prévoyant, en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, la rémunération du chef de département clinique de médecine générale;
- 12) La rémunération versée dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale;
- 13) Les honoraires versés pour les services de garde en disponibilité rémunérés dans le cadre de l'entente générale ou d'une entente particulière ainsi que les services dispensés lors d'un déplacement effectué pendant une telle garde en disponibilité;
- 14) La rémunération versée dans le cadre d'un service pré-hospitalier d'urgence;

AVIS: *Veillez vous référer aux instructions prévues à l'E.P. concernant le système pré-hospitalier d'urgence de la région Montréal-Centre et de Laval (Urgence-Santé).*
- 15) Les montants versés pour les services dispensés dans les établissements de détention;
- 16) La rémunération des services médico-administratifs dispensés par le médecin et redus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu (1988, c. 51), ou pour le compte de la Commission de la santé et de la sécurité du travail en vertu de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- 17) la rémunération versée au médecin pour l'activité professionnelle effectuée, en vertu du protocole d'accord, au bénéfice d'une agence en vertu des paragraphes 4.02 ou 4.03 et 4.04 du protocole d'accord applicable ainsi que celle effectuée au bénéfice d'un CSSS en vertu de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle;
- 18) Les montants d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté versés au médecin qui a été autorisé à reprendre une pratique médicale;
- 19) Les montants versés au médecin dans le cadre de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle;
- 20) Les montants versés au médecin à titre de bourses d'étude ou de recherche, de même que les bourses de formation spécialisée et les primes d'installation versées notamment en vertu du décret 691-90 du 16 mai 1990;
- 21) Le supplément versé, à titre de frais compensatoires, prévu au sous-paragraphes 2.4.7.7 du préambule général de l'annexe V pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie en cabinet;
- 22) En regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé, 3,50 % de la rémunération relative aux examens et thérapies faits en cabinet et à domicile;
- 23) 75 % des sommes versées à titre d'honoraires de laboratoire de radiologie sous la section « radiologie diagnostique » (R=7) dans les laboratoires désignés par les parties;
- 24) Les jours de congé de maladie résiduels, prévus au paragraphe 8.01 de l'annexe VI, lorsque le médecin laisse le mode des honoraires fixes;
- 25) La rémunération versée au médecin en vertu d'une mesure de ressourcement ou de formation médicale continue;
- 26) Les honoraires pour les services médicaux dispensés en établissement dans les territoires déterminés par arrêté du ministre, conformément au troisième (3e) alinéa de l'article 19 de la Loi;
- 27) Tout autre montant versé au médecin qui, en vertu de l'Entente, est expressément exempté de la réduction prévue au présent paragraphe.

5.4 Dès que le revenu brut d'un médecin pour les services médicaux fournis dans un trimestre donné atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services médicaux fournis jusqu'à la fin de ce trimestre sont réduits automatiquement de 75 % . »

5. L'annexe XII de l'Entente « **Concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé** » est modifiée de la façon suivante :

- A) En remplaçant le tableau au paragraphe 1.2 par celui apparaissant en annexe IV du présent amendement.
- B) En remplaçant au paragraphe 2.4 de la section II le taux de 0,72 \$ par celui de 0,82 \$.
- C) En remplaçant l'alinéa a) du paragraphe 5.3 de la section II par le suivant :
 - « a) un montant de quatre cent deux (402 \$). Le médecin rémunéré à honoraires fixes reçoit son traitement; »
- D) En remplaçant l'alinéa c) du paragraphe 5.3 de la section II par le suivant :
 - « c) une allocation forfaitaire de deux cent quatre (204 \$) par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas, et autres frais); »

6. L'annexe XII-A de l'Entente est modifiée en ajoutant l'article suivant :

« 5. Sous réserve de l'article 2 ci-dessus, le médecin reçoit 105 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés en cabinet ou dans un CLSC de la région du Saguenay-Lac-St-Jean pour la partie de son territoire non désigné. »

7. L'annexe XIV de l'Entente intitulée « **Règles générales relatives au mode du tarif horaire et dispositions tarifaires afférentes** » est modifiée de la façon suivante :

A) Le paragraphe 5.10 de la section I « **Règles générales relatives au mode du tarif horaire** » est modifié de la façon suivante :

- a) En remplaçant le nombre de 440 par celui de 880;
- b) En ajoutant à ce paragraphe l'alinéa suivant :

« Malgré les dispositions du précédent alinéa, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut, dans le cas du médecin qui exerce au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde, ou dans tout autre cas jugé exceptionnel, sur recommandation du chef de département, accorder une augmentation de ce dépassement pour une année donnée. »

AVIS: Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible de 880 heures.

B) En remplaçant le paragraphe 1.01 de la section II « **Dispositions tarifaires** » par le suivant :

« 1.01 À compter du 1 ^{er} avril 2004 jusqu'au 31 mars 2006 :	73,10 \$
À compter du 1 ^{er} avril 2006 jusqu'au 31 mars 2007 :	74,55 \$
À compter du 1 ^{er} avril 2007 jusqu'au 31 mars 2008 :	76,05 \$
À compter du 1 ^{er} avril 2008 jusqu'au 31 mars 2009 :	77,55 \$
À compter du 1 ^{er} avril 2009 jusqu'au 31 mars 2010 :	79,10 \$

C) En remplaçant son article 4.00 « **MONTANT FORFAITAIRE** » par le suivant :

« Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1^{er} avril 2006 au 30 septembre 2006 est versé au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire. Ce montant est versé le ou vers le 31 mars 2007 selon des modalités à convenir par les parties. »

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le _____.

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

8. L'annexe XIX de l'Entente intitulée « **Programme de formation continue** » est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant son paragraphe 3.02 par le suivant :

« **3.02** Le médecin a droit à sept (7) journées de formation par période de douze (12) mois de pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec dans l'année précédant le 1^{er} janvier de chaque année. Malgré ce qui précède, le médecin peut, au cours de l'année où il débute sa pratique au sein du régime d'assurance maladie et au cours de l'année civile qui suit, se prévaloir des journées de formation prévues à la présente annexe. Le nombre de ces journées est déterminé selon le prorata des mois de pratique du médecin durant l'année civile en cause.

Les journées de formation non utilisées au cours de l'année civile pour laquelle elles sont attribuées ne peuvent être utilisées au cours de l'année ou des années subséquentes. »

B) Remplacer le paragraphe 4.01 par le suivant :

« **4.01** Le médecin qui bénéficie des journées de formation continue conformément à la présente annexe reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 336 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$. »

9. L'entente particulière relative aux unités de médecine familiale est modifiée de la façon suivante

A) Le paragraphe 1.02 est remplacé par le suivant :

« **1.02** L'annexe I ci-jointe contient la liste des établissements qui exploitent un centre ayant une unité de médecine familiale et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour chaque établissement, le nombre d'heures alloué pour les services de supervision, le nombre d'heures alloué pour les activités académiques ainsi que le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la présente entente. »

B) L'article 7.00 suivant est ajouté :

« **7.00 Formation continue**

7.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions du présent article tout médecin qui détient une nomination de l'établissement responsable de l'unité de médecine familiale adhérente à la présente entente.

7.02 Les cours de formation admissibles aux présentes dispositions doivent répondre aux conditions apparaissant à l'article 2.00 de l'annexe XIX de l'Entente relative au Programme de formation continue et être approuvés par le chef de l'unité de médecine familiale. Certaines activités de formation pertinentes ne répondant pas aux conditions de l'article 2 de l'annexe XIX pourront être également admissibles avec l'approbation du chef de l'UMF.

7.03 Une banque de journées de formation, sur la base de cinq (5) journées de formation continue par médecin en équivalent temps complet, est allouée à chaque UMF par période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente détermine le nombre alloué à chaque UMF.

7.04 Le chef de l'unité de médecine familiale est responsable de la répartition entre les médecins des journées de formation allouées à l'unité de médecine familiale.

7.05 La journée de formation visée par les présentes dispositions comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

7.06 Quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui bénéficie de journées de formation continue selon les présentes dispositions reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 336 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$. Le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente pour sa pratique dans l'UMF a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

- a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum une (1) fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, sous réserve des dispositions des paragraphes 5.2 et 5.3 de la section II de l'annexe XII, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

- b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3, alinéa c), de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

7.07 Le médecin qui bénéficie des journées de formation prévues par les présentes dispositions doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée au paragraphe précédent, fournir à la Régie les pièces justificatives au plus tard trois (3) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation. Les pièces justificatives sont :

- a) l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu du paragraphe 7.02 ci-dessus. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés;
- b) l'approbation du chef de l'unité de médecine familiale relativement au cours de formation en cause. »

C) Son article 7.00 devient l'article 8.00.

- 10. L'entente particulière relative aux médecins qui exercent dans le Grand-Nord** est modifiée en remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 9.04 par le suivant :

« Le taux de base du per diem est de 805 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 821 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 837 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 854 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

- 11. L'entente relative à la prestation de services professionnels en anesthésie** est modifiée de la façon suivante :

A) Le paragraphe **6.05** est remplacé par le suivant :

« **6.05** Un médecin reçoit un per diem pour l'ensemble des services médicaux qu'il dispense sur place au cours d'une journée d'activités. Pour une demi-journée d'activités, il reçoit la moitié du per diem applicable pour une journée. Le montant du per diem est de 612 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 624 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 636 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 649 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

B) Le premier alinéa du paragraphe **7.01** est remplacé par le suivant :

« **7.01** La garde en disponibilité est rémunérée à raison d'un forfait pour les quarts de garde suivants : »

C) Le texte suivant devient le dernier alinéa du paragraphe 7.01 :

« Le montant du forfait est de 52,95 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 54,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 55,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 56,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

- 12. L'entente particulière relative au médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé de Chibougamau** est modifiée en remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 6.03 par le suivant :

« Le taux de base du per diem est de 805 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 821 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 837 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 854 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

13. **L'entente particulière relative à la rémunération du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés** est modifiée en remplaçant le paragraphe 4.01 par le suivant :

« **4.01** Sous réserve du paragraphe 4.02 de la présente entente, les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 51,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 52,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 53,05 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 54,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

14. **L'entente particulière relative au médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés** est modifiée de la façon suivante :

A) Les deuxième et troisième alinéas du paragraphe 4.02 sont remplacés par les suivants :

« **Régime A :**

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 545,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 550,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 555,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 560,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 42,75 % à compter du 1^{er} avril 2006, de 44,00 % à compter du 1^{er} avril 2007, de 45,30 % à compter du 1^{er} avril 2008 et de 46,60 % à compter du 1^{er} avril 2009;

Régime B

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 343,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 346,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 349,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 352,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 75,30 % à compter du 1^{er} avril 2006, de 76,10 % à compter du 1^{er} avril 2007, de 76,95 % à compter du 1^{er} avril 2008 et de 77,80 % à compter du 1^{er} avril 2009;

AVIS : Pour la facturation du forfait (**Régime A** ou **Régime B**) utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 en y inscrivant ces données dans les cases appropriées :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09778** (forfait régulier- Régime A), ou **19018** (forfait régulier - Régime B) dans la case CODE de la section « Actes »;
- le code d'établissement à l'exception des unités exclues (0XXX1, 0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX7, 0XXX8 et celles mentionnées à l'avis d'adhésion);
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

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

Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section « Actes » de la « Demande de paiement » n° 1200, en y inscrivant :

- le modificateur **126** (Régime A) ou **151** (Régime B) ou un de leurs multiples pour chaque service rendu;

- les honoraires demandés en les calculant à **42.75 % (Régime A)** ou à **75.30 % (Régime B)** du tarif de base du service rendu ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu. Les multiples des modificateurs 126 et 151 sont les suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 – 126	MOD = 270	0.2138
093 – 126	MOD = 271	0.4275
094 – 126	MOD = 272	0.4275
050 – 151	MOD = 292	0.3765
093 – 151	MOD = 293	0.7530
094 – 151	MOD = 294	0.7530
108 – 126	MOD = 554	0.5429

B) Le paragraphe 4.03 est remplacé par le suivant :

« **4.03** Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 de la présente entente, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait équivalent à la moitié du forfait s'appliquant au régime A ou au régime B tel qu'apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus. »

C) Les sous-paragraphes 4.06.01 et 4.06.02 sont remplacés par les suivants :

« **4.06.01** il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont soumises à l'application du pourcentage apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi;

4.06.02 il est rémunéré pour les actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente au pourcentage du tarif apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi; »

À noter que l'avis sous le sous-paragraphe **4.09.01** est remplacé par le suivant :

AVIS: Pour la majoration de 10 % du forfait 09778, 19007, 19018 ou 19019, veuillez utiliser le modificateur **045**.

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

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
045 – 126	273	0,4703
045 – 151	295	0,8283
045 – 094 – 126	306	0,4703
045 – 094 – 151	312	0,8283
045 – 094 – 126 - 179	903	0,4703
045 – 094 – 151 - 179	904	0,8283
045 – 126 – 179	359	0,4703
045 – 151 – 179	361	0,8283

15. **L'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires du Nunavik (17), de la Baie-James (18) ou auprès du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09) est modifiée de la façon suivante :**

A) En remplaçant les paragraphes 4.01 et 4.02 par les suivants :

« **4.01** Sous réserve du paragraphe 4.02 ci-dessous, le médecin régi par la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, selon le per diem spécifié à l'alinéa suivant, pour la prise en charge de l'ensemble des services cliniques pendant une période de vingt-quatre (24) heures (journée de calendrier). Les services rémunérés en vertu du présent paragraphe doivent comprendre au moins neuf (9) heures de services sur place et ils incluent les services cliniques dispensés pendant une période de garde.

Si ces services couvrent une période de douze (12) heures de services cliniques ou de moins de neuf (9) heures de services sur place, le médecin est alors rémunéré au pro rata du per diem en fonction des heures faites sur place relativement à l'exigence de base de neuf (9) heures de services sur place;

Le per diem est de 1020,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 1040,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 1061,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 1082,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2009.

4.02 La garde, sur place ou en disponibilité, effectuée par un médecin régi par la présente entente, est rémunérée selon une formule prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits quotidiens. Le montant de ce forfait quotidien est de 102,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 104,05 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 106,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 108,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

B) En ajoutant au paragraphe 9.01, à la suite des alinéas a) et b), l'alinéa c) suivant :

« c) le médecin qui reçoit plus de 180 per diem pour ses activités professionnelles reçoit un troisième supplément pour chacun des per diem excédant 180 et pour lequel il a reçu le second supplément prévu à l'alinéa b) ci-dessus. Le montant de ce supplément est de 60,00 \$ par per diem excédentaire. »

16. **L'entente relative au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille est modifiée de la façon suivante :**

A) L'article I de l'annexe V est remplacé par le suivant :

« **I. Bonification de la rémunération**

Au bénéfice du médecin du patient inscrit, un forfait de prise en charge et de suivi est ajouté à la rémunération de base applicable au médecin en vertu de l'Entente. Ce forfait est le même que le médecin exerce en cabinet, en CLSC ou en UMF (CH). Le montant du forfait est de 7,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 7,30 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 7,45 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 7,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. L'année d'application est l'année civile. Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois par GMF et par patient, lors de la première visite du patient accompagnant ou suivant son inscription et, par la suite, lors de la première visite de l'année civile suivante. Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit à nouveau auprès d'un autre médecin du GMF, le forfait lié à cette autre inscription n'est payable que lors d'une visite faite durant l'année civile suivant la rémunération du forfait antérieurement versé.

Au bénéfice du médecin membre du GMF qui, dans le cadre de sa pratique en obstétrique, assume temporairement le suivi d'une cliente inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF, un forfait est ajouté pour le transfert temporaire de responsabilité de la prise en charge et le suivi de cette cliente. Le montant de ce forfait est de 7,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 7,30 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 7,45 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 7,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. Ce forfait n'est payable qu'une seule fois par grossesse de la cliente et facturé lors de l'examen de prise en charge de grossesse lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte ou lors du premier examen de prise en charge effective de la grossesse lorsque le médecin est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le formulaire d'inscription ne doit pas être complété. »

- B)** L'article III de l'annexe V est modifié en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe a) par le suivant :

« La garde en disponibilité est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait par quart de huit (8) heures de garde, additionné à la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés pendant cette période. Le montant de ce forfait est de 52,95 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 54,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 55,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 56,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

- C)** L'article VI de son annexe V est remplacé par le suivant :

« Les fonctions du médecin responsable d'un GMF sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule prévoyant, sur base hebdomadaire, le versement d'un montant forfaitaire. Ce montant forfaitaire est de 306 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 312 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 318 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 325 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. Le multiple applicable est de cinquante-deux (52) semaines/année. »

- D)** L'article VII de son annexe V est remplacé par le suivant :

« VII. Clientèles vulnérables

Le processus d'inscription des patients vulnérables visés par les dispositions de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle est soumis aux modalités d'inscription prévues à la présente entente. »

- 17.** L'entente particulière provisoire relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables et l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables sont abrogées.

- 18.** L'entente particulière relative à la rémunération du médecin chef du service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est modifiée en remplaçant le paragraphe 4.01 par le suivant :

« **4.01** Les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Le montant du forfait hebdomadaire est de 51,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 52,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 53,05 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 54,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2009; »

- 19.** L'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité est modifiée de la façon suivante :

- A)** En remplaçant le paragraphe 3.01 par le suivant :

« **3.01** La garde en disponibilité effectuée par un médecin se prévalant de la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits quotidiens réguliers additionné de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait quotidien régulier est de 52,95 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 54,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 55,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 56,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

AVIS :

CSSS, CHSLD, CR (Annexe I)				CLSC du Réseau de garde intégré (Annexe II)				CHSGS et CHSP (Annexe III)			
<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>		<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>		<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>	
Code	Forfait	Code	Forfait	Code	Forfait	Code	Forfait	Code	Forfait	Code	Forfait
19059	79,43 \$	09856	79,43 \$	19069	52,95 \$	19070	52,95 \$	19057	52,95 \$	09847	52,95 \$
19060	52,95 \$	09857	52,95 \$					19058 (o)	52,95 \$	09705 (o)	52,95 \$
19061	26,48 \$	09727	26,48 \$								
Divisible sur base horaire				Divisible sur base horaire				Non divisible			

(o) : obstétrique

Centres désignés au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle (Annexe IV)					
Garde régionale				Garde sous-régionale	
<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>		<i>Toute la semaine, du lundi 8h00 au lundi suivant 8h00</i>	
Code	Forfait	Code	Forfait	Code	Forfait
19088	26,48 \$	19087	26,48 \$	19089	51,00 \$
Non divisible				Non divisible	

B) En remplaçant le paragraphe 3.02 par le suivant :

« **3.02 La garde en disponibilité doit être assurée durant toute la semaine, mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :**

- qu'à compter du samedi à 0 h 00 au dimanche suivant à 24 h 00 et les jours fériés de 0 h 00 à 24 h 00;
- qu'à compter de 20 h 00 à 24 h 00 et de 0 h 00 à 8 h 00 sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement. »

C) En remplaçant son paragraphe 6.06 par le suivant :

« **6.06** En vertu du présent article de la présente entente, un médecin peut se voir allouer quotidiennement au plus six (6) forfaits de garde en disponibilité par jour de fin de semaine ou par journée fériée et au plus trois (3) forfaits les jours de semaine, soit du lundi au vendredi comprenant, le cas échéant, ceux alloués spécifiquement pour l'obstétrique en vertu du paragraphe 6.07. »

D) En remplaçant le premier alinéa du sous-paragraphe 7.03.1 par le suivant :

« Dans le cas où l'agence opte pour la mise en place sur son territoire d'une garde régionale assurée à partir d'un seul et unique centre désigné, le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits par quart de garde de huit (8) heures, additionné de la rémunération à l'acte prévue à l'entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période, sous réserve de l'alinéa suivant. Le montant du forfait est de 26,48 \$ * à compter du 1^{er} juin 2006, de 27,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 27,55 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 28,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

E) En remplaçant le dernier alinéa de son sous-paragraphe 7.03.01 par le suivant :

« La garde régionale doit être assurée durant toute la semaine, mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0h00 au dimanche suivant à 24h00 et les jours fériés de 0h00 à 24h00.
- qu'à compter de 20h00 à 24h00 et de 0h00 à 8h00 sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement. »

F) En remplaçant le troisième alinéa du sous-paragraphe 7.03.2 par le suivant :

« Le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison de deux (2) forfaits hebdomadaires additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait hebdomadaire est de 51,00 \$ à compter du 1^{er} juin 2006, de 52,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 53,05 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 54,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

20. L'entente particulière relative au médecin qui exerce dans une clinique-réseau est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 4.01 par le suivant :

« **4.01** Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin qui est affecté au service du sans rendez-vous d'une clinique-réseau, du lundi au vendredi, de 18h00 à 22h00 ou, les samedi, dimanche et journée fériée, de 8h00 à 16h00 ou, dans ce dernier cas, à toute autre période de remplacement, continue et équivalente, déterminée par la clinique-réseau avec l'approbation du CSSS. Le montant du forfait est de 81,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 83,25 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 84,90 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 86,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

B) En remplaçant son paragraphe 6.02 par le suivant :

« **6.02** Sous réserve du paragraphe 6.04 ci-dessous, les activités professionnelles décrites ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six (6) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 51,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2006, de 52,00 \$ à compter du 1^{er} avril 2007, de 53,05 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 54,10 \$ à compter du 1^{er} avril 2009. »

21. Le présent amendement entre en vigueur à la date de sa signature et prend effet le 1^{er} avril 2006 sauf pour les articles suivants qui prennent effet aux dates suivantes :

Article 5 A)	1 ^{er} janvier 2003
Articles 2, 4 A), B), C) et D), 7 B) et C)	1 ^{er} avril 2004
Articles 1 A) et B), 7 A), 19 D) et F)	1 ^{er} juin 2006
Article 3 A) c) et f), B) b) et D), 15 B)	1 ^{er} octobre 2006
Article 4 E)	1 ^{er} décembre 2006
Article 17	31 décembre 2006
Article 1 C), 3 B) c), 5 B), C), D), 6, 8, 9, 16 D), 19 B), C) et E)	1 ^{er} janvier 2007

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, m.d.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Actes en établissement et au cabinet / domicile

Acte	1 ^{er} avril 06	1 ^{er} avril 07	1 ^{er} avril 08	1 ^{er} avril 09	Acte	1 ^{er} avril 06	1 ^{er} avril 07	1 ^{er} avril 08	1 ^{er} avril 09
00002	38,20	38,95	39,75	40,55	00096	58,00	59,15	60,35	61,55
00003	15,75	16,05	16,35	16,70	00097	40,00	40,80	41,60	42,45
00005	10,50	10,70	10,90	11,15	00098	40,00	40,80	41,60	42,45
00006	40,00	40,80	41,60	42,45	08800	45,20	46,10	47,00	47,95
00007	71,05	72,45	73,90	75,40	08801	62,65	63,90	65,20	66,50
00008	109,30	111,50	113,75	116,00	08802	62,65	63,90	65,20	66,50
00009	17,55	17,90	18,25	18,65	08803	62,65	63,90	65,20	66,50
00011	35,05	35,75	36,45	37,15	08804	62,65	63,90	65,20	66,50
00012	43,45	44,35	45,20	46,10	08805	62,65	63,90	65,20	66,50
00017	61,85	63,10	64,35	65,65	08806	40,75	41,55	42,40	43,25
00019	66,35	67,70	69,05	70,45	08807	25,80	26,30	26,85	27,40
00020	10,85	11,05	11,25	11,50	08808	46,75	47,70	48,65	49,60
00021	64,80	66,15	67,45	68,80	08809	46,75	47,70	48,65	49,60
00022	17,55	17,90	18,25	18,60	08810	46,75	47,70	48,65	49,60
00023	21,70	22,15	22,60	23,05	08811	27,55	28,10	28,65	29,20
00026	40,00	40,80	41,60	42,45	08812	48,80	49,80	50,80	51,80
00055	31,40	32,05	32,70	33,35	08813	48,60	49,55	50,55	51,55
00056	22,10	22,55	23,00	23,45	08814	67,20	68,55	69,90	71,30
00057	40,00	40,80	41,60	42,45	08815	67,20	68,55	69,90	71,30
00058	43,35	44,20	45,10	46,00	08870	16,60	16,90	17,25	17,60
00060	45,20	46,10	47,00	47,95	08871	33,25	33,90	34,60	35,30
00061	31,30	31,95	32,60	33,25	08872	61,55	62,80	64,05	65,35
00062	62,65	63,90	65,20	66,50	08873	16,60	16,90	17,25	17,60
00068	13,20	13,45	13,70	14,00	08874	33,25	33,90	34,60	35,30
00069	26,45	27,00	27,55	28,10	08878	20,15	20,55	20,95	21,40
00070	48,80	49,80	50,80	51,80	08879	40,50	41,30	42,10	42,90
00074	35,05	35,75	36,45	37,15	08880	21,05	21,45	21,90	22,35
00075	54,65	55,80	56,90	58,05	08881	42,30	43,20	44,05	44,90
00080	17,15	17,50	17,85	18,20	08882	12,75	13,00	13,25	13,50
00081	46,85	47,80	48,75	49,75	08883	13,35	13,60	13,85	14,15

Acte	1 ^{er} avril 06	1 ^{er} avril 07	1 ^{er} avril 08	1 ^{er} avril 09	Acte	1 ^{er} avril 06	1 ^{er} avril 07	1 ^{er} avril 08	1 ^{er} avril 09
08884	46,45	47,40	48,35	49,30	08997	48,05	49,00	50,00	51,00
08885	48,55	49,50	50,50	51,50	08998	27,55	28,10	28,65	29,20
08900	34,15	34,85	35,55	36,25	08999	50,40	51,40	52,45	53,50
08901	39,25	40,05	40,85	41,65	09034	20,15	20,55	20,95	21,40
08902	61,70	62,95	64,20	65,50	09035	40,50	41,30	42,15	43,00
08903	31,40	32,05	32,70	33,35	09036	74,10	75,60	77,10	78,65
08904	58,00	59,15	60,35	61,55	09038	21,05	21,50	21,90	22,35
08906	30,60	31,20	31,80	32,45	09039	42,30	43,20	44,05	44,90
08907	58,00	59,15	60,35	61,55	09040	77,50	79,10	80,65	82,25
08909	30,60	31,20	31,80	32,45	09054	33,25	33,90	34,60	35,30
08910	34,15	34,85	35,55	36,25	09055	42,80	43,65	44,50	45,40
08911	34,15	34,85	35,55	36,25	09056	40,65	41,45	42,30	43,15
08912	11,05	11,30	11,50	11,75	09057	40,65	41,45	42,30	43,15
08916	25,60	26,10	26,60	27,15	09058	40,65	41,45	42,30	43,15
08926	67,20	68,55	69,90	71,30	09059	40,65	41,45	42,30	43,15
08927	67,20	68,55	69,90	71,30	09063	22,40	22,85	23,30	23,75
08928	67,20	68,55	69,90	71,30	09067	230,60	235,20	239,90	244,70
08929	34,15	34,85	35,55	36,25	09069	36,75	37,50	38,25	39,00
08930	44,85	45,75	46,65	47,55	09070	86,55	88,30	90,05	91,85
08931	67,35	68,70	70,05	71,45	09073	36,75	37,50	38,25	39,00
08934	34,15	34,85	35,55	36,25	09077	105,05	107,15	109,30	111,50
08938	30,00	30,60	31,20	31,80	09082	16,90	17,25	17,60	17,95
08939	30,00	30,60	31,20	31,80	09083	15,75	16,05	16,35	16,70
08949	30,00	30,60	31,20	31,80	09087	37,30	38,05	38,80	39,55
08950	30,00	30,60	31,20	31,80	09092	16,10	16,40	16,75	17,10
08951	30,00	30,60	31,20	31,80	09093	17,30	17,65	18,00	18,35
08952	10,40	10,60	10,80	11,00	09100	95,05	96,95	98,90	100,90
08969	33,90	34,60	35,30	36,00	09101	27,25	27,80	28,35	28,90
08979	43,65	44,50	45,40	46,30	09102	62,65	63,90	65,20	66,50
08992	27,35	27,90	28,45	29,00	09103	62,65	63,90	65,20	66,50
08993	48,05	49,00	50,00	51,00	09104	62,65	63,90	65,20	66,50
08994	62,10	63,35	64,60	65,90	09110	47,80	48,75	49,70	50,70
08995	62,10	63,35	64,60	65,90	09112	16,90	17,25	17,60	17,95
08996	48,05	49,00	50,00	51,00	09115	33,90	34,60	35,30	36,00

Acte	1 ^{er} avril 06	1 ^{er} avril 07	1 ^{er} avril 08	1 ^{er} avril 09	Acte	1 ^{er} avril 06	1 ^{er} avril 07	1 ^{er} avril 08	1 ^{er} avril 09
09116	23,35	23,80	24,30	24,80	19048	178,50	182,05	185,70	189,40
09117	46,45	47,40	48,35	49,30	19049	255,00	260,10	265,30	270,60
09118	62,10	63,35	64,60	65,90	19080	127,50	130,05	132,65	135,30
09119	42,80	43,65	44,50	45,40	19081	178,50	182,05	185,70	189,40
09120	46,45	47,40	48,35	49,30	19082	255,00	260,10	265,30	270,60
09121	13,80	14,10	14,40	14,70					
09122	27,55	28,10	28,65	29,20					
09126	50,40	51,40	52,45	53,50					
09225	62,65	63,90	65,20	66,50					
09226	62,65	63,90	65,20	66,50					
09227	62,65	63,90	65,20	66,50					
09228	40,75	41,55	42,40	43,25					
09229	40,75	41,55	42,40	43,25					
09230	58,00	59,15	60,35	61,55					
09231	33,55	34,20	34,90	35,60					
09232	67,20	68,55	69,90	71,30					
09233	67,20	68,55	69,90	71,30					
09234	48,60	49,55	50,55	51,55					
09235	67,20	68,55	69,90	71,30					
09236	67,20	68,55	69,90	71,30					
09237	67,20	68,55	69,90	71,30					
09238	67,20	68,55	69,90	71,30					
09239	67,20	68,55	69,90	71,30					
09240	46,45	47,40	48,35	49,30					
09242	43,65	44,50	45,40	46,30					
09243	43,65	44,50	45,40	46,30					
09244	62,10	63,35	64,60	65,90					
09245	48,95	49,95	50,95	51,95					
09246	18,65	19,00	19,40	19,80					
09247	42,30	43,20	44,05	44,90					
09248	44,50	45,40	46,30	47,25					
15160	76,50	78,05	79,60	81,20					
19047	127,50	130,05	132,65	135,30					

Profil des actes d'avortement FMOQ

Code acte	Tarif au 1 ^{er} octobre 2006
06451	176,00 \$
06900	26,40 \$
06906	99,00 \$
06908	26,40 \$
06909	93,50 \$
06939	30,80 \$
06941	220,00 \$
06947	30,80 \$
06948	132,00 \$
06949	99,00 \$
06952	99,00 \$
06953	30,80 \$

FMOQ – Nouveaux tarifs des accouchements

Acte	Tarif au 1 ^{er} avril 2006	Tarif au 1 ^{er} avril 2007	Tarif au 1 ^{er} avril 2008	Tarif au 1 ^{er} avril 2009
06901	49,25 \$	50,25 \$	51,25 \$	52,30 \$
06903	337,55 \$	344,30 \$	351,20 \$	358,20 \$
06912	286,95 \$	292,70 \$	298,55 \$	304,50 \$
06913	459,15 \$	468,35 \$	477,70 \$	487,25 \$
06919	144,70 \$	147,60 \$	150,55 \$	153,55 \$
06933	321,50 \$	327,95 \$	334,50 \$	341,20 \$
06943	450,10 \$	459,10 \$	468,30 \$	477,65 \$
06946	104,05 \$	106,15 \$	108,25 \$	110,40 \$

Article 1.2 de l'Annexe XII

Avec dépendants

	Actuelle	1 ^{er} janvier 2003	1 ^{er} avril 2006	1 ^{er} avril 2007	1 ^{er} avril 2008	1 ^{er} avril 2009
V	16 295 \$	16 621 \$	16 953 \$	17 292 \$	17 638 \$	17 991 \$
IV	13 813 \$	14 089 \$	14 371 \$	14 658 \$	14 951 \$	15 250 \$
III	10 622 \$	10 834 \$	11 051 \$	11 272 \$	11 497 \$	11 727 \$
II	8 441 \$	8 610 \$	8 782 \$	8 958 \$	9 137 \$	9 320 \$
I	6 825 \$	6 962 \$	7 101 \$	7 243 \$	7 388 \$	7 536 \$

Sans dépendants

	Actuelle	1 ^{er} janvier 2003	1 ^{er} avril 2006	1 ^{er} avril 2007	1 ^{er} avril 2008	1 ^{er} avril 2009
V	9 243 \$	9 428 \$	9 617 \$	9 809 \$	10 005 \$	10 205 \$
IV	7 836 \$	7 993 \$	8 153 \$	8 316 \$	8 482 \$	8 652 \$
III	6 740 \$	6 773 \$	6 908 \$	7 046 \$	7 187 \$	7 331 \$
II	5 626 \$	5 739 \$	5 854 \$	5 971 \$	6 090 \$	6 212 \$
I	4 774 \$	4 869 \$	4 966 \$	5 065 \$	5 166 \$	5 269 \$