



**MANUEL DES OMNIPRATICIENS
BROCHURE NO 1**

MISE À JOUR : 58

OCTOBRE 2006

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

Amendement n° 95 [sauf les articles 1 C), 3 B) c), 4 E), 5 B), C), D), 6, 8, 9, 16 D), 17, 19 B), C) D), E) pour son deuxième alinéa, et F)] et changements d'ordre administratif

Amendement n° 95

(En vigueur à la date de sa signature et prend effet le 1^{er} avril 2006 sauf mention contraire)

- Entente

- Paragraphe 15.01 :
 - le troisième alinéa est remplacé (*Prend effet le 1^{er} juin 2006*)
 - à la suite du troisième alinéa, un alinéa est ajouté (*Prend effet le 1^{er} juin 2006*)

Page : [12](#)

- Annexe II : (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)
 - l'article 1 est remplacé
 - l'article 4 est remplacé

Page : [27](#)

- Annexe IX :
 - les paragraphes 1.1 et 1.2 sont remplacés (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)
 - les paragraphes 3.3 à 3.6 sont remplacés (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)
 - l'article 4 est remplacé (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)
 - le paragraphe 5.1 est remplacé (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)

Pages : [62](#) et [64](#)

- Annexe XII :
 - paragraphe 1.2 : le tableau est remplacé (*Prend effet le 1^{er} janvier 2003*)

Page : [74](#)

Amendement n° 95 (suite)

- Entente (suite)

- Annexe XIV :
 - Section I, paragraphe 5.10 : (*Prend effet le 1^{er} juin 2006*)
 - le nombre 440 est remplacé par 880
 - un alinéa est ajouté
 - Section II :
 - le paragraphe 1.01 est remplacé (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)
 - l'article 4 est remplacé (*Prend effet le 1^{er} avril 2004*)

Pages : [84](#) et [85](#)

- Ententes particulières

- Grand-Nord, paragraphe 9.04 : le deuxième alinéa est remplacé
Page : [1-3](#)
- Services en anesthésie dans certains CHSGS :
 - le paragraphe 6.05 est remplacé
 - paragraphe 7.01 :
 - le premier alinéa est remplacé
 - un alinéa est ajouté à la fin du paragraphe**Pages :** [10-4](#) et [10-6](#)
- Centre de santé Chibougamau, paragraphe 6.03 : le deuxième alinéa est remplacé
Page : [23-2](#)
- Chef de département clinique de médecine générale (CHSGS) : le paragraphe 4.01 est remplacé
Page : [27-1](#)
- Malades admis en CHSGS :
 - paragraphe 4.02 : les deuxième et troisième alinéas sont remplacés
 - le paragraphe 4.03 est remplacé
 - les sous-paragraphes 4.06.01 et 4.06.02 sont remplacés**Pages :** [29-2](#) à 29-4
- Régie régionale SSS du Nunavik (17), du Conseil Cri SSS de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09):
 - les paragraphes 4.01 et 4.02 sont remplacés
 - paragraphe 9.01 : l'alinéa c) est ajouté à la suite de l'alinéa b) (*Prend effet le 1^{er} octobre 2006*)**Pages :** [32-1](#), [32-2](#) et [32-4](#)
- Groupe de médecine familiale (G.M.F.), Annexe V :
 - l'article I est remplacé
 - article III, paragraphe a) : le premier alinéa est remplacé
 - l'article VI est remplacé**Pages :** [A 33-14](#) à A 33-16

Amendement no 95 (suite)

- Ententes particulières (suite)

- Chef du service d'urgence (CHSGS) :
 - le paragraphe 4.01 est remplacé
Page : [36-2](#)
- Garde en disponibilité :
 - le paragraphe 3.01 est remplacé
 - sous-paragraphe 7.03.1 : le premier alinéa est remplacé (*Prend effet le 1^{er} juin 2006*)
 - sous-paragraphe 7.03.2 : le troisième alinéa est remplacé (*Prend effet le 1^{er} juin 2006*)
Pages : [38-2](#) et [38-8](#)
- Clinique-réseau :
 - le paragraphe 4.01 est remplacé
 - le paragraphe 6.02 est remplacé
Pages : [39-4](#) et [39-5](#)

Autres documents officiels

- Accords

- Prolongation de l'Accord 483
Page : [112](#)
- Ajout des Accords n^{os} 610, 611, 613, 617, 618, 619, 620, 622 et 624
Pages : [150](#) à 153

- Lettres d'entente

- Prolongation de la Lettre d'entente n^o 116
Page : [85](#)

Autres documents officiels (Suite)

- Ententes particulières

- Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : Annexe I
Page : [A 8-3](#)
- Services en anesthésie dans certains CHSGS : Annexe I
Page : [A 10-1](#)
- Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Annexe I
Page : [A 13-4](#)
- Unité de médecine familiale (UMF) : Annexe I
Pages : [A 18-1](#) à A 18-3
- Soins palliatifs / Établissement qui exploite un CHSGS ou maison privée liée par entente : Annexe I
Page : [A 20-2](#)
- Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS : Annexe I
Page : [A 22-5](#)
- Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés - Réseau intégré : Annexe 1
Pages : [A 25-1](#) à A 25-4
- Malades admis en CHSGS, Annexe 1 : Ajout d'un établissement et retrait de l'Hôpital Jean-Talon en date du 8 octobre 2006
Pages : [A 29-1](#) et [A 29-2](#)
- Groupe de médecine familiale (G.M.F.) : Annexe 1
Pages : [A 33-1](#), [A 33-3](#) à A 33-9
- Chef du service d'urgence (CHSGS) : Annexe II
Pages : [A 36-2](#) à A 36-5
- Garde en disponibilité : Annexe I, Annexe III et Annexe IV
Pages : [A 38-11](#), [A 38-14](#), [A 38-16](#), [A 38-33](#) à A 38-35, [A 38-38](#) et [A 38-42](#)

Modifications d'ordre administratif

- Mise à jour des index
- Ajout et/ou modification de certains AVIS

Introduction :

Page : [1](#)

Onglet « Entente » :

Pages : [101](#) à 105

Onglet « Lettres d'Entente » :

Pages : [49](#), [78](#), [120](#) et [170](#)

Onglet « Accords » :

Pages : [33](#), [121](#) et [141](#)

Onglet « Ententes particulières » :

Pages : [1-1](#), [A 8-1](#) à A 8-3, [A 13-6](#), [A 18-3](#), [24-2](#), [25-2](#), [25-3](#), [A 25-5](#), [29-5](#), [38-3](#), [A 38-31](#), [A 38-41](#) et [A 38-42](#)

Onglet « Protocoles d'Accord » :

Page : [2](#)

NOTE : Cette mise à jour comprend l'information publiée dans le communiqué suivant : 063 / 2006-09-28

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN-13 : 978-2-550-48079-2

ISBN-10 : 2-550-48079-1

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le but de cette publication est de fournir aux médecins omnipraticiens, les textes provenant de l'entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Cette publication est distribuée systématiquement à tous les détenteurs reconnus du «Manuel des médecins omnipraticiens». Lorsque le texte sera amendé ou modifié, chaque détenteur recevra les pages révisées lui permettant d'en assurer la mise à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages touchées. (Voir la signification de ces numéros de référence au verso de la présente page)

Cette publication étant un document publié à des fins administratives, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente. Les **AVIS** mentionnés dans ce texte, **sont d'ordre administratif et ne font pas partie de l'entente**. Il s'agit de renseignements ajoutés dans le but de faciliter la facturation.

La production de cette publication, transmise à titre de référence, a permis d'alléger les manuels de facturation existants qui continuent de contenir tous les renseignements administratifs nécessaires à votre facturation.

Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes, à vacation, au tarif horaire ou au per diem, d'autres instructions de facturation (incluant les codes de congé et les codes d'activités) sont présentées dans la **Brochure n° 2**.

La **liste des manuels** (incluant les brochures) **et des formulaires** requis pour la facturation est placée dans le manuel des médecins omnipraticiens à l'onglet « FORMULAIRES ».

Enfin, la Régie offre un service d'**information aux professionnels** où des préposés et des agents de liaison renseignent les médecins omnipraticiens sur les procédures administratives afférentes aux dispositions de leur entente.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la Régie vous recommande de consulter son site Internet, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN-13 : 978-2-550-48078-5
ISBN-10 : 2-550-48078-3

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique Internet :

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

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- à Québec : 418 528-7763

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

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

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Service de l'information aux professionnels

Case postale 500

Québec QC G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ
--

MAJ = Mise à jour

XX = Numéro séquentiel de la mise à jour Internet et / ou papier.

MMMM 20AA = Mois et année de la publication de la mise à jour.

Note : Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.

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

- 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);

- 00 est une modification effectuée en vertu d'une entente du Comité paritaire par le biais d'une lettre d'entente, d'un accord ou tout autre document officiel;

- Tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente générale.

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

Remarque : Pour références ultérieures, nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
INTRODUCTION.....	1
COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE.....	1
SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE.....	2
1. ENTENTE	
RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION.....	1
CHAPITRE I :	
DÉFINITIONS ET CLAUSES ORGANIQUES.....	2
1.00 DÉFINITIONS.....	2
2.00 RECONNAISSANCE.....	2
3.00 OBJETS.....	3
4.00 CHAMP D'APPLICATION.....	3
CHAPITRE II :	
SÉCURITÉ SYNDICALE.....	3
5.00 DROITS SYNDICAUX.....	3
6.00 RETENUE SYNDICALE.....	4
CHAPITRE III :	
OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL ET INSTITUTIONNEL	
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU INSTITUTIONNEL.....	4
7.00 OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL.....	4
8.00 OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE INSTITUTIONNEL.....	5
9.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU INSTITUTIONNEL.....	5
CHAPITRE IV :	
CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION EN ÉTABLISSEMENT.....	6
10.00 CONDITIONS DE NOMINATION ET DE RENOUVELLEMENT DE NOMINATION.....	6
10.00A NOMINATION SPÉCIFIQUE.....	8
11.00 DISPOSITIONS DÉROGATOIRES.....	9
12.00 CONDITIONS D'EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT.....	10
13.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES AU MODE DE RÉMUNÉRATION SELON LES HONORAIRES FIXES	10
14.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT.....	11
15.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA RÉMUNÉRATION.....	12
CHAPITRE V :	
MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION.....	14
16.00 MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME.....	14
17.00 MODES DE RÉMUNÉRATION.....	14
18.00 FACTURATION.....	15
19.00 PAIEMENT - REMBOURSEMENT.....	15
19.A.00 DEMANDE DE RÉVISION.....	16
20.00 AVANTAGES SOCIAUX.....	17
CHAPITRE VI :	
ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.....	17
21.00 ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.....	17

	<i>Page</i>
CHAPITRE VII : DIFFÉREND ET ARBITRAGE	18
22.00 DÉFINITION DU DIFFÉREND	18
23.00 PARTIES AU DIFFÉREND OU À L'ARBITRAGE	18
24.00 PROCÉDURE DE DIFFÉREND	18
25.00 REDRESSEMENT	19
26.00 ARBITRAGE	19
27.00 COMPÉTENCE DU CONSEIL D'ARBITRAGE	19
28.00 EFFETS DE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ARBITRAGE	20
CHAPITRE VIII : DISPOSITIONS RELATIVES AUX EFFECTIFS MÉDICAUX	20
29.00 COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION	20
30.00 MÉCANISME DE DÉPANNAGE	21
31.00 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE	23
CHAPITRE IX : COMITÉS	23
32.00 COMITÉ PARITAIRE	23
32.00A COMITÉ SPÉCIAL	24
CHAPITRE X : MODIFICATIONS DE L'ENTENTE	24
33.00 MODIFICATIONS DE L'ENTENTE	24
CHAPITRE XI : CONSULTATIONS	24
34.00 CONSULTATIONS	24
CHAPITRE XII : DISPOSITIONS TRANSITOIRES	25
35.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES	25
CHAPITRE XIII : RENOUVELLEMENT	25
36.00 RENOUVELLEMENT	25
CHAPITRE XIV : ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE	25
37.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE	25
ANNEXE I : LISTE DES ARTICLES ET PARAGRAPHERS QUI LIENT TOUT ÉTABLISSEMENT	26
ANNEXE II : TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES	27
ANNEXE III : FORMULE DE DÉSENGAGEMENT, NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT	28
ANNEXE IV : DISPOSITIONS RELATIVES À LA PARTICIPATION AU RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION (Abrogée par l'Amendement n° 17, 1983)	28

	Page
ANNEXE V :	
TARIF DES ACTES MÉDICAUX (<i>Voir manuel des médecins omnipraticiens</i>)	28
ANNEXE VI :	
AVANTAGES SOCIAUX	29
1.00 CONGÉ DE MATERNITÉ	29
2.00 VACANCES	38
3.00 CONGÉS FÉRIÉS	41
4.00 CONGÉS SPÉCIAUX ET CONGÉS SANS RÉMUNÉRATION	43
5.00 PERFECTIONNEMENT	45
6.00 DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE	46
7.00 DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SUR LA VIE	49
8.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ	51
9.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME DE RETRAITE	55
10.00 RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ	55
ANNEXE VII :	
LISTE DES ARTICLES ET PARAGRAPHES DE L'ENTENTE DÉTERMINANT LA PARTIE CONTRE LAQUELLE LE DIFFÉREND DOIT ÊTRE SOULEVÉ (<i>Abrogée par l'Amendement n° 17, 1983</i>)	60
ANNEXE VIII :	
FORMULE DE DIFFÉREND (<i>Amendement n° 17, 1983</i>)	61
ANNEXE IX :	
CONDITIONS D'APPLICATION DES TARIFS	62
ARTICLE 1 ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE	62
ARTICLE 2 MONITORING	63
ARTICLE 3 VÉRIFICATION FINALE	64
# ARTICLE 4 NON-ATTEINTE 2004-2005 ET 2005-2006	64
ARTICLE 5 PLAFOND TRIMESTRIEL	64
ARTICLE 6 FINANCEMENT ADDITIONNEL	67
ARTICLE 7 MONTANT FORFAITAIRE (<i>Abrogée par l'Amendement n° 67, 1999</i>)	67
ARTICLE 8 NON-ATTEINTE	67
ANNEXE X :	
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OU PARTIE D'ÉTABLISSEMENTS OÙ LES MÉDECINS À TEMPS PLEIN OU À DEMI-TEMPS SONT OBLIGATOIREMENT RÉMUNÉRÉS À HONORAIRES FIXES <i>Remplacée par l'Annexe I de l'Accord n° 1 (Voir sous l'onglet Accords page 1)</i>	68
ANNEXE XI :	
LISTE DES FORMULAIRES VISÉS À L'ARTICLE 1.1.4 DU « PRÉAMBULE GÉNÉRAL » DE L'ANNEXE V	68
ANNEXE XII :	
RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	69
SECTION I - RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DÉSI- GNÉS PAR ARRÊTÉ DE MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5 ^e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI	69
Article 1 - Conditions d'application des majorations	71
Article 2 - Majorations de rétention	72
Article 3 - Pratique principale	72
Article 4 - Pratique principale continue	73
Article 5 - Dépannage	73

	<i>Page</i>
SECTION II - AUTRES MESURES INCITATIVES	74
Article 1 - Primes d'éloignement ou d'isolement	74
Article 2 - Frais de sortie	75
Article 3 - Frais de déménagement	76
Article 4 - Assurance responsabilité professionnelle	77
Article 5 - Frais de ressourcement	77
SECTION III - AUTRES DISPOSITIONS	79
Article 1 - Comité paritaire	79
ANNEXE XII-A : RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES NON DÉSIGNÉS PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5 ^e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI ..	80
ANNEXE XIII : RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL . . .	82
ANNEXE XIV : RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE ET DISPOSITIONS TARIFAIRES AFFÉRENTES	82
I. RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE	82
II. DISPOSITIONS TARIFAIRES	85
ANNEXE XV : PROGRAMMES D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE ET DE DÉPART ASSISTÉ.	86
CHAPITRE I : PROGRAMME D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE	86
CHAPITRE II : PROGRAMME DE DÉPART ASSISTÉ	90
CHAPITRE III : L'ADMINISTRATION DES PROGRAMMES	94
CHAPITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES	95
ANNEXE XVI : PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION AU BÉNÉFICIAIRE DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE, À TARIF HORAIRE OU À LA VACATION	96
1. Conditions d'admissibilité	96
2. Détermination de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption et de la période couverte	96
3. Comité paritaire	97
4. Autres dispositions	97
5. Mise en vigueur	97
ANNEXE XVII : PROGRAMME RELATIF À LA RÉORGANISATION VOLONTAIRE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN PORTANT SUR DES ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES AUTREMENT QU'À HONORAIRES FIXES ..	98
1. Conditions d'admissibilité	98
2. Engagement et bénéficiaires	98
3. Plafond semestriel individualisé	99
4. Rajustement	99
5. Résiliation et pénalité	99
6. Comité paritaire	100
7. Terminaison	100
8. Reconnaissance	100
9. Accord	100

	<i>Page</i>
ANNEXE XVIII :	
MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE PRÉVU À L'ARTICLE 30.00 DE L'ENTENTE GÉNÉRALE.	101
1.00 Dépannage dans un service d'urgence	101
2.00 Dépannage dans une unité de soins de courte durée	101
3.00 Dépannage en obstétrique et en anesthésie.	103
4.00 Dispositions générales.	105
5.00 Comité paritaire	105
6.00 Équipe intra-régionale (<i>Abrogé par l'Amendement n° 85</i>)	
7.00 Mise en vigueur	106
ANNEXE XIX :	
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE (<i>Amendement n° 72 remplacé par Amendement n° 85</i>).	107
2. LETTRES D'ENTENTE (<i>Voir l'index au début de cette section</i>)	1
3. ACCORDS	1
4. ENTENTES PARTICULIÈRES (<i>Voir l'index au début de cette section</i>)	1
5. DÉCRETS ET RÈGLEMENTS.	1
6. PROTOCOLES D'ACCORD (<i>Voir l'index au début de cette section</i>)	1

- e) le médecin est détenteur d'une nomination lui permettant d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire pour une période inférieure à dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine, dans le cadre d'un programme établi par le Ministre, après consultation auprès de la Fédération.

AVIS : La liste des programmes établis par le Ministre est la suivante :

*Programme de maintien à domicile
Services de psycho-gériatrie
Programme de santé mentale, y compris centre de crise
Services en toxicomanie
Services en centre de détention
Services d'interruption volontaire de grossesse
Programme de dépistage anonyme du SIDA
Santé et sécurité au travail
Services de santé aux autochtones
Services aux itinérants*

10.08A En centre hospitalier, l'octroi d'une nomination spécifique comporte, pour le médecin, l'obligation de fournir, sur base hebdomadaire, les prestations professionnelles suivantes :

- a) dans un service d'urgence de première ligne, douze (12) heures de garde sur place par semaine;
- b) dans ou auprès d'un département, d'un service ou d'une unité de gériatrie, de psychiatrie, d'obstétrique, de même qu'en ce qui concerne la dispensation de services médicaux au patient admis, fournir les prestations d'activité professionnelle ou de garde qui sont déterminées par le chef du département, de service ou d'unité, en conformité avec les règlements édictés par l'établissement qui exploite le centre.

10.09A Lorsque le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique en centre hospitalier est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire dans le centre local de services communautaires ou le centre d'hébergement et de soins de longue durée où il exerce déjà sa profession, ce médecin peut, sauf dans les cas prévus par les parties, en ce qui concerne le mode de rémunération qui lui est applicable dans ce centre hospitalier, soit opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, soit opter pour un autre mode de rémunération qui est disponible dans le centre hospitalier visé, selon l'endroit où il exerce sa profession. Lorsque le médecin opte pour le maintien de son mode de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, l'attestation de ses heures d'activités professionnelles dans le centre hospitalier relève du chef de département de médecine générale.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le médecin ne peut bénéficier du maintien de son mode de rémunération lorsqu'il exerce dans un service d'urgence de première ligne où il doit partager la garde qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré selon le mode de l'acte.

AVIS : Le médecin qui maintient le mode des honoraires fixes pour sa nomination spécifique doit utiliser, pour la facturation de ces honoraires, le numéro d'établissement d'où il détient sa nomination spécifique.

10.10A En centre local de services communautaires, l'octroi d'une nomination spécifique ne comporte pas, sous réserve des dispositions du paragraphe 10.11A ci-après, l'obligation conventionnelle de déterminer, pour le médecin, une période minimale d'activités professionnelles.

10.11A L'octroi, dans ou auprès d'un centre local de services communautaires, d'une nomination spécifique à un médecin, rémunéré à l'acte, assujéti à l'application des articles 360 à 366 de la Loi et ne comportant pas la détermination d'une période d'activités professionnelles couvrant, sur base hebdomadaire, douze (12) heures, comporte toutefois, pour le médecin visé, l'obligation de respecter l'ensemble des exigences découlant de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières.

10.12A Lorsque le médecin visé au paragraphe 10.09A opte pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes, la nomination spécifique qui l'autorise à ce faire ne comporte, dans le centre hospitalier visé, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles. Toutefois, lorsque le médecin en cause exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne du centre hospitalier lui ayant décerné sa nomination spécifique, la garde sur place ainsi effectuée est, selon les modalités qu'édicte l'annexe VI de l'Entente, prise en compte aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire de ce médecin. La présente disposition n'a pas pour effet d'augmenter le nombre d'heures de garde sur place dont le médecin peut se prévaloir à des fins de détermination de son traitement hebdomadaire.

11.00 DISPOSITIONS DÉROGATOIRES

11.01 Les dispositions des paragraphes 10.04 à 10.11 inclusivement ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

1. la nomination, ou son renouvellement, par un établissement autre qu'un centre hospitalier, d'un médecin surnuméraire pour compléter les effectifs médicaux déterminés par l'établissement en vertu du paragraphe 10.09, au cas de l'absence temporaire d'un médecin de l'établissement ou de vacance. Cette nomination ne peut avoir une durée excédant six (6) mois consécutifs;

2. la nomination d'un médecin, ou son renouvellement quand il s'agit d'un médecin qui accepte d'oeuvrer dans un établissement selon les codes d'acte relatifs aux vacances. Cette nomination ne peut avoir une durée excédant douze (12) mois consécutifs.

11.02 L'autorisation conférée à un médecin par un établissement d'y oeuvrer, en cas d'urgence, à titre exceptionnel et temporaire, est valable pour le terme y spécifié et supplée de plein droit à une nomination par l'établissement.

12.00 CONDITIONS D'EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT (1)

12.01 À l'occasion de la nomination d'un médecin par un établissement ou de son renouvellement, le conseil d'administration d'un établissement, après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou, à défaut, des médecins de l'établissement, détermine, selon les dispositions du paragraphe 17.01 de l'Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps d'un médecin qu'il accepte de rémunérer selon les honoraires fixes ou le nombre d'heures autorisées s'il s'agit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

AVIS : *La Régie fournit les formulaires « AVIS DE SERVICE » Rémunération à honoraires fixes (n° 1897) et Rémunération au tarif horaire, au per diem, à la vacation et à l'acte (n° 3547) prévus à cet effet.*

12.02 L'établissement fait parvenir au médecin, dans les trente (30) jours qui suivent sa nomination ou son renouvellement de nomination, une confirmation écrite de sa décision en conformité avec le présent article.

12.03 La disponibilité du médecin auprès d'un établissement s'établit selon les règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les règles de pratique en vigueur dans le département clinique et ses fonctions médico-administratives et hospitalières, s'il y a lieu.

12.04 Activités médico-administratives et hospitalières

La détermination de toute période d'activités professionnelles consacrée par un médecin à des fonctions médico-administratives et hospitalières relève du chef de département de médecine générale ou du médecin qui le remplace.

13.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES AU MODE DE RÉMUNÉRATION SELON LES HONORAIRES FIXES

13.01 Période régulière d'activités professionnelles

AVIS : *Pour services rendus en établissement, veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- 002030 : Services cliniques
- 002032 : Rencontres multidisciplinaires
- 002037 : Planification - programmation - évaluation
- 002055 : Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002079 : Services anesthésiques et obstétricaux exempts du plafond trimestriel
- 002098 : Services de santé durant le délai de carence

La période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire d'un médecin rémunéré à honoraires fixes est déterminée en fonction de sa qualité de plein temps ou de demi-temps, tel que prévu ci-après.

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ayant qualité de plein temps est de trente-cinq (35) heures par semaine.

Cependant, possède également la qualité de plein temps, le médecin dont la période régulière d'activités professionnelles est supérieure à dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine et inférieure à trente-cinq (35) heures par semaine.

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ayant qualité de demi-temps est de dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine.

La qualité de demi-temps déterminée à l'occasion de la nomination d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ne peut avoir pour objet la détermination d'une période régulière d'activités professionnelles dont la durée est inférieure à dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine.

Dans tous les cas, l'établissement avise par écrit la Régie de la qualité que détient le médecin. L'établissement informe également la Régie du nombre d'heures que comporte la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire de ce médecin. L'établissement remet au médecin visé copie de cet avis.

AVIS : *Voir formulaire « AVIS DE SERVICE - RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES » (no 1897).*

13.02 Période supplémentaire d'activités professionnelles

La période supplémentaire d'activités professionnelles s'entend des heures qu'un médecin rémunéré à des honoraires fixes, en sus de sa période régulière d'activités professionnelles, consacre à l'exécution des tâches qui lui ont été réparties selon les modalités prévues à l'Entente. Sauf circonstances exceptionnelles et temporaires, une période supplémentaire d'activités professionnelles n'est effectuée par le médecin que sur base volontaire.

La détermination de toute période supplémentaire d'activités professionnelles pour un médecin, l'horaire y afférent, ainsi que la détermination du caractère exceptionnel et temporaire des circonstances visées à l'alinéa précédent relèvent du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions.

13.03 Un médecin ne peut détenir la qualité de plein temps que dans un seul établissement.

La qualité de plein temps n'est pas cumulable avec la qualité de demi-temps.

Un médecin ne peut cumuler la qualité de demi-temps dans plus de deux (2) établissements.

Lorsque le médecin rémunéré à honoraires fixes bénéficie dans un établissement d'un congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à l'annexe VI, la qualité qu'il détient dans cet établissement ne peut être invoquée, pendant la durée de ce congé, aux fins de l'application des dispositions du présent paragraphe.

13.04 Un médecin rémunéré à honoraires fixes ne peut être contraint d'accepter un horaire hebdomadaire qui répartit sa période régulière d'activités professionnelles sur plus de cinq (5) jours consécutifs. Il ne peut, même en cas de circonstances exceptionnelles et temporaires, être contraint d'effectuer une période supplémentaire d'activités professionnelles de plus de dix (10) heures par semaine s'il a qualité de plein temps et, s'il a qualité de demi-temps, de plus de dix (10) heures par deux (2) semaines.

13.05 Un médecin rémunéré à honoraires fixes doit consacrer à l'établissement où il exerce selon ce mode de rémunération sa principale activité professionnelle.

À cette fin, il ne peut exercer à l'extérieur de cet établissement qu'en dehors de la période de temps pour laquelle il y est rémunéré à honoraires fixes et après avoir rempli ses obligations envers l'établissement quant à la garde et quant à ses périodes régulière et supplémentaire d'activités professionnelles.

L'alinéa précédent ne s'applique pas lorsque le médecin doit interrompre une période d'activités professionnelles pour pourvoir, dans un autre établissement, à la dispensation de soins immédiatement requis par l'état d'un patient dont il a la charge.

13.06 Un médecin rémunéré à honoraires fixes ne peut être contraint d'accepter, pendant la durée de cette entente, un autre mode de rémunération.

13.07 Un établissement ne peut contraindre directement ou indirectement un médecin rémunéré à honoraires fixes à modifier, pendant la durée de cette Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps déterminée avant la signature de l'Entente ou pendant la durée de celle-ci.

De la même façon, un établissement ne peut contraindre un médecin ayant la qualité de plein temps à modifier, pendant la durée de l'Entente, le nombre d'heures que comporte, sur base hebdomadaire, sa période régulière d'activités professionnelles tel que déterminé avant la signature de l'Entente ou pendant la durée de celle-ci.

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes exerçant dans un établissement ou partie d'établissement énuméré à l'annexe I de l'Accord n° 3 de l'Entente ou à l'« entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques », est répartie entre 8.00 et 18.00 heures du lundi au vendredi inclusivement.

14.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

14.01 Les modes de garde sont la garde sur place, c'est-à-dire dans l'établissement, et la garde en disponibilité.

14.02 Les modalités de la garde comprennent, outre le mode de garde, le nombre et la répartition des tours de garde, les horaires et les critères de garde en fonction du volume, de l'importance, du délai de dispensation et de la qualité des soins.

14.03 L'affectation d'un médecin à une garde doit être justifiée par la nécessité d'assurer, durant cette garde, la dispensation de soins immédiatement requis étant précisé que les activités professionnelles du médecin ne sont pas de ce fait limitées à la dispensation de tels soins durant cette période.

14.04 Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, la période de garde se situe en dehors des périodes régulières ou supplémentaires d'activités professionnelles prévues à l'article 13.00.

14.05 Un médecin rémunéré à honoraires fixes à plein temps ne peut être contraint d'effectuer, par semaine, plus que le nombre d'heures régulières mentionnées à l'avis prévu au dernier alinéa du paragraphe 13.01 auquel s'ajoute, s'il y a lieu, un maximum de douze (12) heures de garde. À ce total, s'ajoute également un maximum de dix (10) heures par semaine que le médecin peut être tenu d'effectuer lors de circonstances exceptionnelles et temporaires, étant précisé que ce médecin ne peut, en aucun cas, être contraint d'effectuer, sur place, par semaine, un nombre d'heures d'activités professionnelles supérieur à celui que représente le nombre d'heures que comporte sa période régulière d'activités professionnelles, additionnées d'un maximum de douze (12) heures. Un médecin rémunéré à honoraires fixes à demi-temps ne peut être contraint d'effectuer, par période de deux (2) semaines, plus que le double du nombre d'heures régulières mentionnées à l'avis prévu au dernier alinéa du paragraphe 13.01 auquel s'ajoute, s'il y a lieu, un maximum de douze (12) heures de garde. À ce total, s'ajoute également un maximum de dix (10) heures par deux (2) semaines que le médecin peut être tenu d'effectuer lors de circonstances exceptionnelles et temporaires, étant précisé que ce médecin ne peut, en aucun cas, être contraint d'effectuer, sur place, par période de deux (2) semaines, un nombre d'heures d'activités professionnelles supérieur à celui que représente le double du nombre d'heures que comporte sa période régulière d'activités professionnelles, auquel s'ajoute un maximum de douze (12) heures.

14.06 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui exerce sa profession dans un centre local de services communautaires désigné par le Ministre après consultation de la Fédération ou dans un centre hospitalier, peut cependant être contraint d'effectuer, sur place, ses heures de garde.

AVIS : *Indiquer sur le formulaire AVIS DE SERVICE - RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES (n° 1897), si le médecin est tenu d'effectuer la garde sur place. Les codes d'activités relatifs à la garde sont intégrés aux AVIS appropriés.*

15.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA RÉMUNÉRATION

15.01 Période supplémentaire d'activités professionnelles

Les heures que consacre un médecin rémunéré à honoraires fixes à une période supplémentaire d'activités professionnelles sont, au choix du médecin, rémunérées au taux horaire normal ou remises en temps. Le médecin prévient la Régie de son choix en l'indiquant sur le relevé d'honoraires qui couvre la période au cours de laquelle ces activités professionnelles supplémentaires ont été effectuées. Les heures supplémentaires d'activités professionnelles que le médecin choisit de reprendre en temps doivent être prises dans les vingt (20) semaines qui suivent la terminaison de la période supplémentaire d'activités professionnelles visée. À défaut, ces heures lui sont payées au taux horaire normal au terme du délai susmentionné.

La remise de temps s'effectue à l'intérieur de la période régulière d'activités professionnelles du médecin. Elle est sujette à l'approbation du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions. Lorsque le médecin utilise son droit de remise en temps pour compenser une partie ou la totalité de sa période régulière d'activités professionnelles, il indique le nombre d'heures supplémentaires d'activités professionnelles qu'il entend utiliser à cette fin sur le relevé d'honoraires qui couvre la période au cours de laquelle s'opère cette compensation.

- + 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.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service - Rémunération à honoraires fixes no 1897 identifiant le médecin et la période concernée. Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) en inscrivant les lettres TH dans la case MODE DE RÉMUNÉRATION et le code d'activité régulier dans la case CODE D'ACTIVITÉS. Voir (Brochure n° 2) l'onglet « Rédaction de la demande de paiement - Vacation - Tarif horaire ».*

- + 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 du 880 heures.*

15.02 Garde dans l'établissement

La garde sur place est rémunérée au taux horaire normal pour le médecin qui y est rémunéré à honoraires fixes et à l'acte pour tout autre médecin.

Lorsque l'Entente y pourvoit, le médecin peut être rémunéré à tarif horaire selon les modalités prévues qu'édicte l'annexe XIV, ou autrement.

15.03 Garde en disponibilité

La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte.

15.04 Calcul du taux horaire normal

Le taux horaire normal d'un médecin rémunéré à des honoraires fixes s'établit en divisant le taux annuel de rémunération apparaissant à l'annexe II par 1820 heures.

15.05 Horaires défavorables

- a) Une majoration du taux horaire normal du médecin rémunéré à honoraires fixes peut être accordée pour le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement. Si une date ne correspond pas à celles énumérées au paragraphe 3.01 de l'annexe VI de l'Entente, le médecin en avise la Régie.

AVIS : *Dans un établissement, si les congés fériés sont différents de ceux du tableau sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (1.4), de la Brochure no 2, la liste des congés fériés et la date chômée doivent être transmises à la Régie par les autorités de l'établissement et ce, avant le 1er mai de chaque année pour la période de référence du 1er mai au 30 avril de l'année suivante. L'information doit être adressée à :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

Le taux de majoration est de 12,8 % lorsque le médecin dispense les activités visées par cette majoration, pendant sa période régulière d'activités professionnelles telle que définie au paragraphe 13.01 de l'Entente. Pour fins d'application du présent alinéa, toute période supplémentaire est présumée être une période régulière d'activités.

Le taux de majoration est de 12 % lorsque la période concernée est une période de garde telle que définie au paragraphe 14.05 de l'Entente.

Les heures rémunérées à un taux majorant le taux horaire normal sont toujours payées lors de leur facturation, et ne peuvent faire l'objet d'une remise de temps au sens du sous-paragraphe 15.01 ci-dessus. Elles sont toutefois comptabilisées dans le total des heures faites dans la semaine et le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la remise de temps pour les heures autres que celles majorées en vertu du présent sous-paragraphe.

- b) Cette majoration est accordée pour les examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec ou sans déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de courte durée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques ou dans tout centre désigné par les parties.

AVIS : *- Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci.*

- Pour se prévaloir de ces avantages, le médecin doit facturer selon les instructions de facturation suivantes : Utiliser le secteur de dispensation 15 et les codes d'activité suivants :

- XXX016 (Examen et consultation d'urgence, sans déplacement)*
- XXX017 (Examen et consultation d'urgence, avec déplacement)*
- XXX030 (Services cliniques)*
- XXX063 (Garde sur place)*

- Le médecin en CLSC qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services en CHSGS, doit se conformer à ces instructions en précisant l'établissement et les activités visées.

Le médecin en CLSC, rémunéré à honoraires fixes, qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services dans un CHSGS visé par l'entente particulière « Malades admis - CHSGS », doit se conformer aux instructions énoncées à cette entente particulière.

CHAPITRE V MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION

16.00 MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME

16.01 Régime d'assurance maladie

Tout médecin est réputé participant au régime d'assurance maladie. Toutefois, l'entrée en vigueur de cette entente n'a pas pour effet de changer l'option déjà faite par un médecin dans le cadre de l'article 26 de la Loi.

Un médecin peut opter pour le désengagement ou la non-participation. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, de la formule prévue à l'annexe III et prend effet le trentième (30e) jour qui suit la date de la mise en poste.

Un médecin désengagé ou non-participant peut devenir un médecin soumis à l'application de l'entente. Cette option prend effet le huitième (8e) jour qui suit la date de la mise à la poste sous pli recommandé de la formule prévue à l'annexe III et opère ipso facto la réintégration du médecin au régime.

La Régie fait parvenir sans délai à la Fédération une copie de toute formule visée au présent paragraphe.

Un médecin non-participant qui a fourni un service assuré selon la Loi dans un cas d'urgence, peut facturer à la Régie le montant de ses honoraires. Dans un cas, la Régie paie au médecin le montant des honoraires payables en vertu de l'entente à un médecin soumis à son application. Si le médecin non-participant décide de facturer au patient le montant de ses honoraires, il ne peut réclamer un montant plus élevé que les honoraires payables en vertu de l'entente. Un cas d'urgence comprend toute condition pathologique qui, selon le médecin, requiert dans l'immédiat la dispensation de services assurés.

Un médecin rémunéré à des honoraires fixes est réputé soumis à l'application de l'entente et il ne peut se prévaloir des dispositions du présent paragraphe relatives au désengagement et à la non-participation.

17.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

17.01 Le paiement à l'acte constitue le mode de rémunération en cabinet privé. Ce mode s'applique également en établissement sauf dans les cas suivants :

- Lorsqu'un autre mode de rémunération est prévu dans le cadre d'une entente particulière, d'une lettre d'entente, d'un protocole d'accord ou d'un accord, ou permis, en centre hospitalier, en vertu d'une nomination spécifique octroyée au médecin, conformément à l'article 10.00A de l'Entente.
- Lorsqu'il s'agit d'activités faites en santé et sécurité au travail placées sous la responsabilité des directeurs régionaux de la santé publique. Ces activités peuvent être exercées dans ou auprès d'un centre local de services communautaires ou dans un centre hospitalier à qui le service ou l'équipe de santé publique est rattaché selon les dispositions de l'entente particulière relative à la santé publique.

Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, le médecin ne peut modifier cette option pour l'un ou l'autre de ces modes qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession auprès du centre.

Lorsque l'option du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire a pour objet une forme additionnelle de rémunération prévue par entente particulière, cette option ne peut être exercée par le médecin qu'à l'occasion de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci.

17.02 Le médecin rémunéré à l'acte l'est selon une échelle tarifaire qui tient exclusivement compte de la valeur relative des actes médicaux et chirurgicaux.

17.03 Seul le médecin pour lequel un nombre de vacations a été autorisé peut se prévaloir de ces codes d'acte.

La vacation consiste en une période de trois (3) heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles. La vacation peut être effectuée et rémunérée en périodes de service distinctes d'au moins une (1) heure chacune.

17.04 Le tarif des actes médicaux apparaissant à l'annexe V fait partie intégrante de l'entente; le tarif des actes médicaux comprend un préambule général, des préambules particuliers, une nomenclature des actes médicaux et les échelles tarifaires y afférentes.

ANNEXE II TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

1. Les échelles de rémunération suivantes s'appliquent au médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à plein temps pour une période régulière d'activités professionnelles de trente-cinq (35) heures par semaine, au cours des périodes ci-après indiquées :

Taux annuels de rémunération

+ <i>Expérience</i> *	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
+ 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

* *Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.*

2. Le taux annuel de rémunération est réduit de 50 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à demi-temps, pour une période régulière d'activités professionnelles de dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine.
3. Le taux annuel de rémunération du médecin rémunéré à honoraires fixes, avec qualité de plein temps, pour une période régulière d'activités professionnelles qui, sur base hebdomadaire, est supérieure à dix-sept heures et demie (17 1/2), mais inférieure à trente-cinq (35) heures, correspond à la fraction que représente le nombre d'heures apparaissant à la période régulière d'activités professionnelles de ce médecin, divisé par trente-cinq (35).
- + 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.

**ANNEXE III
FORMULE DE DÉSENGAGEMENT, NON-PARTICIPATION
ET RÉENGAGEMENT**

..... 19.....

Le Directeur général de la
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Monsieur,

Je, soussigné

(nom et prénom en lettres moulées)

médecin exerçant ma profession à

(lettres moulées)

à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente (.....)
- médecin désengagé (.....)
- médecin non-participant (.....)
pointez (X) la mention utile)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente (.....)
- médecin désengagé (.....)
- médecin non-participant (.....)
pointez (X) la mention utile)

le tout suivant la Loi de l'assurance maladie.

.....

(signature)

**ANNEXE IV
DISPOSITIONS RELATIVES À LA PARTICIPATION AU
RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION.**

Abrogée par l'Amendement n° 17 (1983).

**ANNEXE V
TARIF DES ACTES MÉDICAUX**

Voir « Dispositions tarifaires » dans le manuel des médecins omnipraticiens sous l'onglet A « Préambule général ».

**ANNEXE VIII
FORMULE DE DIFFÉREND**

..... 19.....

A :
 partie en cause
 Nom du médecin :
 Adresse du médecin :
 Numéro de téléphone :
 Nom de la Fédération :
 Si le différend a pour objet un relevé :
 Date :
 Numéro de code :
 Numéro du relevé :
 Date du dernier état de compte
 sur lequel apparaît le relevé objet du différend :
 Numéro d'assurance maladie du bénéficiaire :

a) PREMIÈRE ÉTAPE :
 Nature du différend et exposé sommaire des faits :
 Redressement réclamé :
 Date :

Le médecin ou la Fédération

Copie : le Ministre
 la Fédération

b) Réponse à la première étape :

 Date :
 Par :
 Représentant :

c) DEUXIÈME ÉTAPE :
 A :
 partie en cause
 Compte tenu de la décision rendue, je demande que le présent différend procède à l'arbitrage.

 Date :

Le médecin ou la Fédération

Copie : le Ministre
 la Fédération

Amendement n° 17 (1983)

ANNEXE IX CONDITIONS D'APPLICATION DES TARIFS

ARTICLE 1 ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

Détermination de l'enveloppe budgétaire

- + **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 :
- a) 1 262,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005;
 - b) 1 275,5 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006;
 - c) 1 328,2 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007;
 - d) 1 381,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008;
 - e) 1 437,3 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009;
 - f) 1 494,4 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.

Paramètres monétaires

- + **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.

Contenu de l'enveloppe budgétaire

1.3 Une enveloppe budgétaire globale prédéterminée au paragraphe 1.1, pour une période annuelle d'application donnée, couvre, sous réserve des exclusions prévues au paragraphe 1.5, la rémunération de l'ensemble des services rendus au cours de cette période par les médecins dans le cadre du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie ainsi que les services rendus dans le cadre des autres programmes dont l'administration est confiée par la loi ou le gouvernement à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle couvre également le coût des remboursements relatifs aux services médicaux rendus, au cours de cette période, par le médecin désengagé au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

De plus, le versement d'une rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans un territoire ou un lieu d'exercice visé par un règlement pris en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, le versement d'une rémunération sous forme de forfait, de majoration de la rémunération de base, le paiement d'avantages sociaux ou le versement de divers montants, tels des primes, des suppléments, des indemnités, des frais ou des allocations, sont également assumés à même l'enveloppe budgétaire globale d'une période annuelle d'application, peu importe que la rémunération versée, ou les paiements effectués pour les services rendus au cours de cette période, soient octroyés à titre de compensation, de rétroactivité, de remboursement, ou autrement.

1.4 Sans limiter la généralité de ce qui précède, la rémunération des services apparaissant ci-après est assumée à même une enveloppe budgétaire déterminée aux paragraphes 1.1 et 1.3, savoir ;

- tous les services qui, considérés comme assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements, sont rendus par les médecins;
- les services médicaux dispensés par les médecins dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- les services rendus par les médecins à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal-Métropolitain de même que les activités reliées au témoignage des médecins;
- les activités professionnelles effectuées, au bénéfice d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, en qualité de chef du département clinique de médecine générale ou effectuées, en vertu d'un protocole d'accord, au bénéfice du Conseil médical du Québec ou d'une régie régionale;
- les traitements psychiatriques dispensés en clinique au sens de la Lettre d'entente n° 8;
- l'examen d'évaluation médicale (patient en perte d'autonomie) ainsi que les autopsies;
- les services rendus dans le cadre de la Lettre d'entente n° 20, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse;
- les activités du médecin relativement au prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévu au Code criminel;
- les services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public;
- les services professionnels rendus, hors-Québec, par des médecins omnipraticiens inscrits au régime d'assurance maladie ainsi que les remboursements aux personnes assurées pour des services médicaux dispensés hors-Québec par des médecins omnipraticiens non inscrits au régime;
- les remboursements effectués dans le cadre de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant de 1 750 000 \$.

1.5 Est cependant exclue de l'enveloppe budgétaire, la rémunération versée aux médecins pour les services médico-administratifs rendus par ceux-ci dans le cadre des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Sont également exclus de l'enveloppe budgétaire le montant visé au sous-paragraphe 3 du paragraphe 1.1 ainsi que les montants d'allocation reliés aux programmes d'allocation de fin de carrière et de départ assisté.

Sont de plus exclus de cette enveloppe budgétaire, les montants versés aux médecins 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.

Est enfin exclue de cette enveloppe, pendant une période annuelle d'application donnée, la contribution, tenant lieu de contribution de l'employeur, versée par la Régie, à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, au bénéfice du médecin rémunéré à honoraires fixes.

ARTICLE 2 MONITORING

2.1 Dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application visée au paragraphe 1.1, un suivi du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est, aux conditions prévues ci-après, effectué par les parties.

À cette fin, la Régie prépare et transmet aux parties des prévisions budgétaires pour chaque période annuelle d'application.

Elle effectue tout d'abord une prévision initiale, au cours du mois de janvier précédant chaque période annuelle d'application.

Cette prévision est, par la suite, révisée au cours des mois de mai, septembre et janvier de la période annuelle d'application sous étude, en fonction de la rémunération versée jusqu'alors aux médecins.

2.2 Sur réception de ces prévisions, les parties procèdent à leur analyse en y apportant, s'il y a lieu, les corrections qu'elles jugent opportunes.

L'analyse tient compte des tendances observées et, le cas échéant, de l'effet prévisible sur la rémunération des mesures introduites dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale.

2.3 Si, au terme de leur analyse, l'évaluation des parties laisse prévoir un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période annuelle d'application en cours, les mesures correctrices requises peuvent être apportées par les parties, afin d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale pour cette période.

ARTICLE 3 VÉRIFICATION FINALE

3.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est effectuée par les parties au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période annuelle d'application, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes annuelles d'application prévues à cette annexe.

3.2 La vérification est effectuée sur la base des données statistiques établies par la Régie au cours du mois de septembre suivant chacune des périodes d'application prévues à la présente annexe, en incluant le coût des demandes de paiement au Fichier des erreurs en attente de traitement (FERAT) rajusté selon le paragraphe 3.3. Ces données sont considérées comme représentant la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours d'une période d'application.

- + **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.

+ 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\$.

ARTICLE 5 PLAFOND TRIMESTRIEL

- + **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 \$

5.2 Lorsque le médecin reçoit une rémunération différente selon le territoire desservi, conformément à l'article 19 de la Loi, les services ainsi rémunérés sont comptés, pour les fins de calcul du revenu brut, comme ayant été payés par la Régie selon le tarif de base prévu par l'Entente.

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

- 1) la rémunération versée dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale;
- 2) la rémunération des services médico-administratifs dispensés par le médecin et rendus 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;
- 3) 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;
- 4) la rémunération versée au médecin pour l'activité professionnelle effectuée, en vertu d'un protocole d'accord, au bénéfice du Conseil médical du Québec ou d'une régie régionale, dans ce dernier cas, toutefois, en vertu des paragraphes 4.02, 4.03 ou 4.04 du protocole d'accord applicable;
- 5) les montants d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté versés au médecin qui a été autorisé à reprendre une pratique médicale;
- 6) les montants versés au médecin dans le cadre de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle;
- 7) 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;
- 8) le supplément versé, à titre de frais compensatoires, prévu au sous-paragraph 2.4.7.7 du préambule général de l'annexe V pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie en cabinet;
- 9) en regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé, 1 % de la rémunération relative aux examens faits en cabinet et aux examens à domicile et 1,69 % de la rémunération relative aux examens et aux thérapies faits en cabinet;
- 10) 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;
- 11) 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;
- 12) la rémunération versée au médecin en vertu d'une mesure de ressourcement ou de formation médicale continue;
- 13) les honoraires versés pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un centre hospitalier (CH), d'un service d'urgence d'un établissement du réseau de garde intégré, ou payés en vertu de l'entente particulière relative au système pré-hospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval (Corporation d'urgences santé de la région de Montréal-Métropolitain), ceux versés pour les services dispensés dans une unité de soins de courte durée, dans une unité de soins palliatifs, dans un centre de réadaptation ainsi que ceux versés pour les services dispensés dans une unité de longue durée d'un CH ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

AVIS : - Rémunération à l'acte : La Régie est en mesure d'identifier ces situations, sauf pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré. 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'autre(s) modificateur(s), 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 :

- CH (Service d'urgence) :

- Samedi, dimanche, journée fériée = 12 ou 17⁽²⁾

- En semaine, de 20h à 8h = 12

- En semaine, de 8h à 20h = 07⁽⁴⁾

- CH (Courte durée) :

- Examens durant la tournée quotidienne ou lors d'une urgence :

- Samedi, dimanche, journée fériée = 15;⁽¹⁾

(1), (2), (3) et (4) : Secteurs de dispensation 07, 14, 15 et 17, voir les conditions d'utilisation à la fin de la présente annexe.

- En semaine = 03;
- Examens en dehors de la tournée quotidienne ou d'une urgence :
- Samedi, dimanche, journée fériée = 21;
- En semaine = 03;
- CHSLD, CH (Longue durée) et CR : En tout temps = 04
- CLSC (Service d'urgence du réseau de garde intégré) :
- Samedi, dimanche et journée fériée = 12
- En semaine, de 20h à 8h = 12
- En semaine, de 8h à 20h = 07⁽⁴⁾
- Facturation à la Corporation d'urgences-santé : Veuillez vous référer aux instructions prévues à l'Entente particulière qui régit la Corporation.
- Rémunération mixte : Utiliser les secteurs de dispensation suivants :
- CH (Service d'urgence) :
- En semaine = 07⁽⁴⁾
- CH (Courte durée): ⁽¹⁾
- En semaine = 03

- 15) les honoraires versés en vertu de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité (**En vigueur le 1^{er} mai 2005**);
- 16) les honoraires versés pour l'examen et la consultation d'urgence avec déplacement auprès d'un patient à domicile ou pour l'examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (préambule 2.2.6 A) fait par le médecin lors de sa période de garde en disponibilité rémunérée en vertu de l'entente particulière visée à l'alinéa 15;
- 18) les montants versés en rémunération de la garde en disponibilité effectuée en obstétrique (**En vigueur le 1^{er} mai 2005**);
- 19) les montants versés pour les services dispensés dans les établissements de détention;
- 20) tout autre montant versé au médecin qui, en vertu de l'Entente, est expressément exclu du revenu brut trimestriel du médecin.
- 21) les honoraires versés à titre de forfait de responsabilité prévu à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables;
- 22) les honoraires versés à titre de supplément pour l'examen périodique du patient âgé de moins de 5 ans.

AVIS : Les alinéas 14 et 17 ont été abrogés par l'amendement n° 82.

L'examen et la consultation d'urgence avec déplacement au sens des alinéas précédents peuvent, à des fins d'exclusion, comprendre l'examen ou la consultation effectué auprès d'un deuxième (2^e) patient. Il en est de même pour le deuxième (2^e) patient en perte sévère d'autonomie.

Est considérée comme journée fériée, une journée ainsi identifiée au sous-paragraphe 2.4.7.6 du préambule général apparaissant à l'annexe V de l'Entente.

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 %.

Ne sont pas sujets à cette réduction :

- 1) les rémunérations visées au paragraphe 5.3 ci-dessus;
- 2) lorsque dispensés en établissement, les honoraires versés pour les services anesthésiques et obstétricaux visés à l'annexe V de l'Entente, ou payés en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie, ou versés en vertu de la Lettre d'entente n° 57 (interruption volontaire de la grossesse);

AVIS : À moins que ces activités ne soient reconnues autrement par la Régie, veuillez utiliser le code d'activité 002079 pour les services anesthésiques et obstétricaux prévus à l'annexe V de l'entente. Les services rendus dans le cadre de l'entente particulière « Services en anesthésie dans certains CHSGS » sont reconnus par la Régie à l'aide des codes d'activités réguliers.

N.B. : Cet AVIS ne s'applique pas lorsque les honoraires sont versés en vertu de la lettre d'entente n° 57 (interruption volontaire de la grossesse).

(1), (2), (3) et (4) : Secteurs de dispensation 07, 14, 15 et 17, voir les conditions d'utilisation à la fin de la présente annexe.

3.2 La pratique faite dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale n'est pas considérée dans le calcul de la pratique principale en région désignée tel que décrit au sous-paragraphe précédent.

Article 4 - Pratique principale continue

4.1 Sous réserve du paragraphe 4.2, une pratique principale est dite continue, aux fins d'application de la présente section, lorsqu'elle est exercée sans interruption de plus de vingt-quatre (24) mois dans une ou plusieurs régions visées à la présente annexe.

4.2 N'est pas considérée comme une interruption toute absence d'au plus douze (12) mois, située à l'intérieur d'une pratique principale en région désignée et pendant laquelle le médecin ne reçoit aucune autre rémunération pour des services professionnels dispensés à moins d'autorisation du comité paritaire.

Toutefois, lorsque cette absence s'étend sur deux années civiles, on considère chaque année civile séparément, de sorte que la partie de l'absence est reconnue si le médecin a une pratique principale en région désignée au cours de l'année civile comprenant cette partie d'absence.

4.3 Aux fins du cumul des années de pratique principale continue visé au présent article, une année de pratique est comptabilisée, comme telle, sur la base de l'année civile, lorsque les exigences décrites au sous-paragraphe 3.1 de la présente section en termes de pourcentage de jours de pratique sont rencontrées. Pour les années d'arrivée et de départ dans une région désignée, sont cumulés aux fins du calcul des années de pratique les mois de pratique principale dans une région désignée.

Toute absence ou partie d'absence au sens du paragraphe 4.2 est réputée être une période de pratique principale et comptabilisée aux fins du calcul des années de pratique principale continue.

Sont également considérées comme des périodes de pratique principale continue et comptabilisées à ce titre aux fins du présent article, les périodes de travail effectuées en tant que directeur des services professionnels d'un établissement situé dans un territoire désigné.

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie des périodes de travail effectuées en tant que directeur des services professionnels.*

4.4 Aux fins de la comptabilisation des années de pratique, toute interruption de plus de vingt-quatre (24) mois annule les années de pratique cumulées antérieurement à cette interruption sous réserve d'une dérogation autorisée par le comité paritaire prévu à la section III de la présente annexe.

4.5 Pour bénéficier des dispositions relatives aux majorations de rétention prévues à la présente section, le médecin doit en faire la demande à la Régie et lui préciser par le biais d'une déclaration le nombre d'années cumulées aux fins du présent article.

AVIS : *Le médecin qui débute sa pratique principale en territoire désigné doit informer la Régie en remplissant le formulaire 3789 « Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés ».*

Article 5 - Dépannage

5.1 Sous réserve du paragraphe 5.2 de la présente section, le médecin qui exerce dans le cadre du dépannage en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale est rémunéré à 115 % du tarif de base s'il est dépêché auprès d'un établissement situé dans une région désignée excluant les secteurs isolés III, IV ou V tels qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe ou à 120 % s'il est dépêché dans un établissement situé dans les secteurs isolés III, IV ou V tels qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe.

AVIS : *Le médecin est payé à 115 % s'il se rend dans les secteurs I et II de la section II de l'Annexe XII et dans les autres territoires désignés excluant les secteurs III, IV ou V où il est alors payé à 120 %.*

5.2 Le médecin qui exerce dans le cadre du dépannage en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale et dont la pratique principale se situe dans une région désignée selon les conditions apparaissant à l'article 3 de la section I de la présente annexe est rémunéré comme s'il exerçait, de façon régulière, dans l'établissement auprès duquel il est dépêché comme dépanneur.

AVIS : *Le médecin se réfère aux groupes décrits au début de la section I de l'Annexe XII.*

SECTION II - AUTRES MESURES INCITATIVES

AVIS : *Veillez utiliser le formulaire n° 3336 pour demander le remboursement des mesures incitatives - Voir Brochure n° 3.*

Article 1 - Primes d'éloignement ou d'isolement

1.1 Les secteurs suivants sont considérés comme isolés aux fins du présent article :

SECTEUR V :

Les localités de Tasiujak, Ivujivik, Kangiqsualujjuaq, Aupaluk, Quaqtac, Akulivik, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Salluit, Tarpangajuk;

SECTEUR IV :

Les localités de Wemindji, Eastmain, Fort-Rupert (Waskagheganish), Nemiscau (Nemaska), Inukjuak, Povungnituk;

SECTEUR III :

Le territoire situé au nord du 51^e degré de latitude incluant Mistassini, Kuujjuak, Umiujaq, Kuujjuarapik, Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo), Chisasibi, Baie James (Radisson), Schefferville, Kawawachikamach et Waswanipi à l'exception de Fermont et des localités spécifiées aux secteurs IV et V;

Les localités de Parent, Champlain, partie Rivière Windigo (Sanmaur) et Abitibi, partie Obedjiwan (Clova);

Le territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Havre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'île d'Anticosti.

SECTEUR II :

La municipalité de Fermont;

Le territoire de la Côte-Nord, situé à l'est de la Rivière Moisie et s'étendant jusqu'à Havre St-Pierre inclusivement;

Les Îles-de-la-Madeleine.

SECTEUR I :

Les localités de Chibougamau, Chapais, Matagami, Baie James (Joutel), Lebel-sur-Quévillon, Témiscaming et Ville-Marie.

1.2 Le médecin qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessus reçoit, après une période continue d'au moins dix (10) mois, la prime d'éloignement ou d'isolement annuelle suivante :

+ Avec dépendants

	Actuelle	1^{er} janvier 2003	1^{er} avril 2006	1^{er} avril 2007	1^{er} avril 2008	1^{er} avril 2009
<i>Secteur V</i>	16 295 \$	16 621 \$	16 953 \$	17 292 \$	17 638 \$	17 991 \$
<i>Secteur IV</i>	13 813 \$	14 089 \$	14 371 \$	14 658 \$	14 951 \$	15 250 \$
<i>Secteur III</i>	10 622 \$	10 834 \$	11 051 \$	11 272 \$	11 497 \$	11 727 \$
<i>Secteur II</i>	8 441 \$	8 610 \$	8 792 \$	8 958 \$	9 137 \$	9 320 \$
<i>Secteur I</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
<i>Secteur V</i>	9 243 \$	9 428 \$	9 617 \$	9 809 \$	10 005 \$	10 205 \$
<i>Secteur IV</i>	7 836 \$	7 993 \$	8 153 \$	8 316 \$	8 482 \$	8 652 \$
<i>Secteur III</i>	6 740 \$	6 773 \$	6 908 \$	7 046 \$	7 187 \$	7 331 \$
<i>Secteur II</i>	5 626 \$	5 739 \$	5 854 \$	5 971 \$	6 090 \$	6 212 \$
<i>Secteur I</i>	4 774 \$	4 869 \$	4 966 \$	5 065 \$	5 166 \$	5 269 \$

Aux fins d'application des présentes, est réputé avoir sa résidence principale dans la localité ou la municipalité ci-haut mentionnée le médecin qui a sa résidence principale à moins de cinquante (50) kilomètres de cette localité ou municipalité.

5.00 MODIFICATEURS

5.01 Les modificateurs apparaissant ci-après s'appliquent au taux du tarif horaire.

01-07-00

Expérience *	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
Moins d'un (1) an	84,3 %	79,3 %	60,6 %
Un (1) an mais moins de deux (2) ans	86,7 %	81,5 %	62,2 %
Deux (2) ans mais moins de trois (3) ans	90,1 %	84,7 %	64,7 %
Trois (3) ans mais moins de quatre (4) an	93,1 %	87,6 %	66,9 %
Quatre (4) ans mais moins de cinq (5) ans	96,2 %	90,4 %	69,0 %
Cinq (5) ans mais moins de six (6) ans	98,9 %	93,0 %	71,0 %
Six (6) ans et plus	100,0 %	94,0 %	71,8 %

01-07-01

Expérience *	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
Moins d'un (1) an	82,4 %	77,5 %	59,2 %
Un (1) an mais moins de deux (2) ans	84,7 %	79,6 %	60,8 %
Deux (2) ans mais moins de trois (3) ans	88,8 %	83,5 %	63,8 %
Trois (3) ans mais moins de quatre (4) ans	91,8 %	86,3 %	65,9 %
Quatre (4) ans mais moins de cinq (5) ans	94,8 %	89,1 %	68,1 %
Cinq (5) ans mais moins de six (6) ans	97,8 %	91,9 %	70,2 %
Six (6) ans et plus	100,0 %	94,0 %	71,8 %

01-07-02

Expérience *	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
Moins d'un (1) an	80,6 %	75,7 %	57,8 %
Un (1) an mais moins de deux (2) ans	82,8 %	77,8 %	59,5 %
Deux (2) ans mais moins de trois (3) ans	87,5 %	82,2 %	62,8 %
Trois (3) ans mais moins de quatre (4) ans	90,5 %	85,1 %	65,0 %
Quatre (4) ans mais moins de cinq (5) ans	93,5 %	87,9 %	67,2 %
Cinq (5) ans mais moins de six (6) ans	96,7 %	90,9 %	69,4 %
Six (6) ans et plus	100,0 %	94,0 %	71,8 %

* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

5.02 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 1 du tableau apparaissant ci-dessus, s'appliquent à la rémunération des activités professionnelles du médecin, jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, du nombre d'heures apparaissant à ce paragraphe. L'activité professionnelle visée au présent paragraphe peut comprendre la garde sur place que le médecin effectue à même ses premières trente-cinq (35) heures d'activités professionnelles hebdomadaires, additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, d'un quarante-quatrième du nombre d'heures apparaissant à ce paragraphe.

AVIS : Utiliser le code d'activité XXX071 pour la garde sur place effectuée à même les premières 35 heures d'activités professionnelles jusqu'au 1^{er} juin 2003 ou les premières 45 heures jusqu'au 31-05-2006 et 55 heures à compter du 01-06-2006 pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10.

5.03 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 2 de ce tableau s'appliquent à la rémunération des heures de garde sur place telle que définie selon le paragraphe 14.05 de l'Entente, jusqu'à concurrence du plafond déterminé au paragraphe 5.05. Sont considérées aux fins du présent paragraphe, les heures de garde sur place faites en excédent des trente-cinq premières heures additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, d'un quarante-quatrième (1/44) du nombre d'heures apparaissant à ce paragraphe.

AVIS : Pour la garde sur place, utiliser le code d'activité XXX063.

5.04 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 3 s'appliquent à toutes les autres activités professionnelles effectuées par le médecin, à l'exception de la garde en disponibilité.

5.05 Aux fins de la rémunération, le nombre d'heures d'activités professionnelles rémunérables en vertu des modificateurs apparaissant sous la colonne 2 ne peuvent excéder cinq cent vingt-huit (528) heures/année.

5.06 Les modalités prévues au paragraphe 14.05 de l'Entente concernant l'obligation du médecin de faire la garde s'appliquent, en faisant les adaptations appropriées, au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

5.07 Sont sujettes à l'application du paragraphe 5.03, les heures de garde faites dans un centre local de services communautaires désigné par le Ministre, après consultation de la Fédération, ou dans un centre hospitalier ainsi que dans un établissement où la garde sur place est, à l'encontre d'une recommandation à l'effet contraire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, décidée par le conseil d'administration de l'établissement.

5.08 Les modificateurs apparaissant au tableau ci-dessus s'appliquent à l'ensemble des activités professionnelles du médecin rémunéré selon ce mode, même si celui-ci exerce pour le compte de plus d'un établissement, dans plus d'un centre ou pour la Corporation d'Urgences-santé.

5.09 L'année d'application au sens du présent article se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1^{er} juin de chaque année au 31 mai de l'année suivante. Les rajustements pour les parties d'année seront faits proportionnellement à la période rémunérée selon le mode du tarif horaire.

AVIS : *Si vous travaillez à tarif horaire pour une partie seulement de la période annuelle s'étendant du 1^{er} juin au 31 mai, la Régie devra ajuster proportionnellement les maximums de 1540 et 528 heures payables annuellement en colonnes 1 et 2 en fonction des jours couverts par votre avis de service. Ce réajustement peut entraîner une récupération des sommes versées.*

+ **5.10** 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, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 ci-dessus jusqu'à concurrence de 880 heures par année.

AVIS : *Les activités facturées doivent être codées à l'aide des codes réguliers. L'établissement doit mentionner sur l'avis de service lors de la nomination ou du renouvellement si le médecin est susceptible de se prévaloir des 880 heures supplémentaires. Si le besoin est identifié en cours d'année, l'établissement doit faire parvenir à la Régie, un avis de service identifiant le médecin et la période concernée.*

+ 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 du 880 heures.*

6.00 RENOUELEMENT DE NOMINATION

6.01 Le renouvellement de nomination du médecin rémunéré au tarif horaire, ne peut, sauf sur demande expresse de celui-ci, comporter moins ou plus d'heures que n'en comportait sa nomination antérieure.

7.00 MODALITÉS S'APPLIQUANT LORS DU CHANGEMENT DE MODE DE RÉMUNÉRATION

7.01 Le médecin qui, déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes dans l'établissement, devient détenteur d'une nomination lui permettant d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire, ne peut être contraint d'accepter une nomination comportant moins ou plus d'heures que n'en comprenait, sur une base hebdomadaire, sa dernière période régulière d'activités professionnelles.

7.02 Le médecin qui est détenteur d'une nomination à honoraires fixes bénéficie des avantages sociaux définis à l'annexe VI de l'entente générale. Aux fins de l'annexe susmentionnée, en regard du cumul possible de certains congés et de leur liquidation, le passage du mode de rémunération à honoraires fixes à celui du tarif horaire est réputé constituer, pour le médecin qui s'en prévaut, un « départ » au sens de cette annexe. Tout paiement devra être effectué par la Régie dans les soixante (60) jours suivant la date de l'option de rémunération visée au présent paragraphe effectuée par le médecin.

8.00 CHAMP D'APPLICATION ET EXCLUSION

8.01 Toutes les dispositions relatives au mode du tarif horaire s'appliquent à l'activité professionnelle rémunérée selon le mode de la vacation, à l'exception de celle qui est exclue par les parties.

AVIS : *Les exceptions prévues par les parties négociantes paraissent à la Lettre d'entente n° 44.*

II. DISPOSITIONS TARIFAIRES

1.00 TAUX

- + **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 \$

2.00 MODIFICATION

2.01 Ce taux a cours jusqu'à la date d'entrée en vigueur de toute modification s'y rapportant, que ce soit aux termes de l'annexe IX de l'Entente, ou autrement.

3.00 HORAIRES DÉFAVORABLES

Une majoration de 10 % de la rémunération de base, payée selon les dispositions de la présente annexe, est accordée pour les examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec ou sans déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, d'un centre de soins psychiatriques ou de tout autre centre désigné par les parties.

Cette majoration est accordée le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

AVIS : *- Pour les congés fériés voir l'AVIS sous le paragraphe 15.05a) de l'Entente ainsi que le tableau, à la dernière page du Préambule général du Manuel des omnipraticiens.*

- Utiliser le secteur de dispensation 15.

- Les activités donnant droit à ces majorations sont celles codées XXX016 (examens et consultations d'urgence sans déplacement), XXX017 (examens et consultations d'urgence avec déplacement), XXX030, XXX063, XXX071 et selon le cas XXX084 et XXX085.

- Les heures reliées aux activités qui donnent droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à ces activités.

+ 4.00 MONTANT FORFAITAIRE

- + 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.

ANNEXE XV PROGRAMMES D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE ET DE DÉPART ASSISTÉ

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Dans le but de faciliter la cessation de la pratique professionnelle des médecins âgés de 55 ans ou plus dans le cadre du régime d'assurance maladie et de favoriser l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins, les parties ont convenu du programme d'allocation de fin de carrière visé à cette annexe.

Dans le but d'accélérer cette cessation de pratique professionnelle et d'instaurer, en ce faisant, une rationalisation des coûts du système de santé québécois, les parties ont également convenu d'un programme de départ assisté comportant certains autres bénéfices.

Selon les modalités apparaissant ci-après, les mesures que comportent ces programmes s'adressent à tout médecin.

CHAPITRE I : PROGRAMME D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE

Préambule particulier

Aux fins du présent chapitre, les vocables ci-après déterminés signifient et désignent :

- programme : programme d'allocation de fin de carrière
- allocation : allocation de fin de carrière.

1. Conditions d'admissibilité

1.1 Est admissible au programme le médecin qui, au 1^{er} janvier de l'année pendant laquelle il présente sa demande d'adhésion au programme, exerce sa profession dans le cadre du régime et satisfait aux conditions suivantes:

- i) au cours de la période de cinq (5) ans se terminant le 31 mars de l'année de calendrier précédant celle pendant laquelle il effectue sa demande d'adhésion, la rémunération de base du médecin en provenance du régime ou d'un programme pour des services dispensés sur le territoire du Québec répond aux exigences suivantes: pour chacune des cinq (5) années visées, la rémunération du médecin doit s'établir à au moins 80 000 \$. De plus, la rémunération de la dernière année doit se situer à au moins 80% de la rémunération moyenne des quatre (4) premières années visées;
- ii) Le médecin est âgé d'au moins 55 ans;

1.2 Le comité paritaire prévu à l'article 9 de cette annexe peut, à titre exceptionnel, permettre à un médecin de se prévaloir des bénéfices du programme en dérogation des exigences prévues au présent article si ce médecin répond à l'une des exigences suivantes :

- i) l'âge du médecin se situe entre 50 et 54 ans inclusivement;
- ii) Le médecin est âgé de 50 ans ou plus et ne peut, pour cause agréée par le comité paritaire, satisfaire aux exigences de revenus déterminées ci-dessus;

AVIS : *Le médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à sa fédération pour obtenir les formulaires appropriés.*

1.3 La rémunération minimale, telle qu'établie ci-dessus, s'applique à l'ensemble de la rémunération de base du médecin, tout mode de rémunération confondu. À des fins d'admissibilité, un facteur de pondération de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

La rémunération visée au présent paragraphe n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail;

1.4 Une demande d'adhésion est transmise par le médecin, au comité paritaire, pendant les périodes apparaissant ci-après, à défaut de quoi, ce médecin perd tout droit au paiement d'une allocation en vertu du programme.

Aux fins du présent paragraphe, les périodes pendant lesquelles un médecin peut présenter une demande d'adhésion au programme s'établissent comme suit :

- pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1996 : du 1^{er} janvier au 30 juin 1996;
- pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997 : du 1^{er} janvier au 31 mars 1997;
- pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1998 : du 1^{er} janvier au 31 mars 1998.

ANNEXE XVIII
MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE
DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE
PRÉVU À L'ARTICLE 30.00 DE L'ENTENTE GÉNÉRALE

1.00 Dépannage dans un service d'urgence

1.01 Le médecin dépêché dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou d'un CLSC du réseau de garde intégré est rémunéré à l'acte si ce mode prévaut dans ce service d'urgence ou à tarif horaire si les services y sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS : - Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section ACTES du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations;
 - Pour la rémunération du tarif horaire : utiliser le code d'activités 009030 : Services cliniques (TH)

1.02 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'établissement ne peut y être dépêché dans le cadre du dépannage s'il y a exercé de façon régulière au cours des deux (2) dernières années précédant la période de dépannage.

2.00 Dépannage dans une unité de soins de courte durée

2.01 Le médecin dépêché dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est rémunéré :

- selon les modalités de l'entente particulière relative aux unités de courte durée des centres hospitaliers si l'établissement auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente ;
- si l'établissement auprès duquel il est dépêché n'est pas adhérent à cette entente, le médecin est rémunéré, à son choix pour la période de dépannage en cause, selon le mode de l'acte ou selon un forfait quotidien de 526,45 \$ auquel s'ajoute 41,5 % du tarif des services médicaux qu'il dispense. Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

AVIS : Depuis le 1^{er} avril 2006 le montant du forfait quotidien est majoré à 545,00 \$ ainsi que le pourcentage du tarif des services médicaux à 42,75 %.

Tous les services doivent être facturés dans la section ACTES du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations.

De plus, si dépannage dans un établissement désigné dans l'E.P. malades admis, suivre les instructions de facturation de cette E.P. soit le forfait 09778 et l'application du modificateur 126 ou un des ses multiples sur les actes facturés.

Lorsque le médecin opte pour le forfait, la période minimale de services dispensés sur place dans une unité de soins est de huit (8) heures et couvre, le cas échéant, les services dispensés en clinique externe auprès de patients qui relèvent, selon les règlements départementaux, de ce médecin. Elle couvre également, selon le cas, la participation à la garde en disponibilité.

Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur;

AVIS : Facturation du forfait : Inscire les données suivantes sur la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte 09777 dans la case CODE de la section ACTES;
- le code d'établissement approprié sauf le 0XXX1, 0XXX4, 0XXX5 et 0XXX7;
- 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.

POUR LA FACTURATION DES SERVICES RENDUS À 42,75 % DES HONORAIRES, inscrire dans la section ACTES du formulaire « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- le modificateur 125 ou un de ses multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à 42,75 % du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu).

Suite de l'avis au verso

Les multiples du modificateur 125 sont :

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
#	050 - 125	266	0,2138
#	093 - 125	267	0,4275
#	094 - 125	268	0,4275
#	045 - 125	269	0,4703
#	045 - 094 - 125	305	0,4703
#	045 - 125 - 179	358	0,4703
#	045 - 094 - 125 - 179	902	0,4703

2.02 Pendant une période de garde en disponibilité, le médecin est rémunéré à l'acte, selon les dispositions de l'entente générale, lorsqu'il se déplace auprès d'un patient admis;

AVIS : *Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case CS. Tous les services doivent être facturés dans la section ACTES, y compris les examens et consultations. Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %), en tenant compte de toute autre disposition de l'Entente générale, s'il y a lieu.*

2.03 Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période visée au paragraphe 2.01 et que le médecin a opté pour le forfait comme mode de rémunération, il est alors rémunéré au prorata des heures effectuées sur place ou en disponibilité durant cette période. Toutefois, le jour de son arrivée, la moitié des heures effectuées doit couvrir des services dispensés sur place;

AVIS : *Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures et que le médecin a opté pour le forfait, suivre l'AVIS concernant le code 09777 (voir paragraphe 2.01, 2^e alinéa), avec les modifications suivantes :*

- *inscrire les honoraires au prorata des heures effectuées; ne rien inscrire dans la case UNITÉS;*
- *inscrire, de façon distincte, les heures effectuées pour le service sur place ou le service en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

2.04 La rémunération visée par le forfait couvre l'ensemble des activités effectuées par le médecin auprès des patients admis qui lui sont confiés sous réserve des paragraphes 2.02 et 4.01;

2.05 Un seul médecin à la fois peut bénéficier des modalités de rémunération prévues au présent article;

2.06 Malgré le paragraphe 2.05, lorsque le degré de la pénurie d'effectifs et le nombre de lits le justifient, le comité paritaire peut autoriser un deuxième médecin pouvant bénéficier des modalités de rémunération prévues au présent article;

2.07 La durée de l'assignation dans une unité de soins de courte durée est d'au moins sept (7) jours consécutifs comprenant la durée de transport sauf sur autorisation du comité paritaire;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions prévues au présent article ne peut recevoir, pour une même journée, aucune autre rémunération sous réserve des paragraphes 2.02 et 4.01;

Malgré l'alinéa ci-dessus, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8h00 à 16h00.

AVIS : *Voir dispositions de l'Entente générale et instructions de facturation sous l'article 5.00 de l'entente particulière visée. Inscrive sur une demande de paiement no 1200, les honoraires, dans la section ACTES, le code d'établissement 0XXX7(service d'urgence), et l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8h00 à 16h00 dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

2.09 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'établissement ne peut y être dépêché dans le cadre du dépannage s'il y a exercé de façon régulière au cours des deux (2) dernières années précédant la période de dépannage.

2.10 Tout médecin qui opte pour le mode de rémunération forfaitaire prévu au paragraphe 2.01 de la présente annexe ne peut se prévaloir de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS ni se prévaloir du supplément de responsabilité.

AVIS : *Lorsqu'un médecin dépanneur exerçant dans une unité de soins de courte durée d'un établissement non visé dans l'entente particulière des malades admis opte pour le mode de l'acte, il peut se prévaloir du forfait de garde prévu à l'entente particulière concernant la garde en disponibilité si l'établissement adhérent l'y autorise.*

Dans ce cas, l'établissement doit informer la Régie en transmettant un avis de service (n° 3547) pour le médecin concerné, préciser qu'il s'agit de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité (volet CHSGS, annexe III) et inscrire la période couverte par l'avis de service (maximum un an).

3.00 Dépannage en obstétrique et en anesthésie

3.01 a) Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, est rémunéré, à son choix, selon les dispositions suivantes :

- un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire. Cette rémunération couvre l'ensemble des services requis ainsi que la garde en disponibilité ;

AVIS : *Utiliser le code d'activité 009006 pour le forfait obstétrique ou 009112 pour le forfait rajusté obstétrique/urgence.*

- ou selon un forfait quotidien de 526,45 \$ auquel s'ajoute 41,5 % du tarif de tous services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Depuis le 1^{er} avril 2006 le montant du forfait quotidien est majoré à 545,00 \$ ainsi que le pourcentage du tarif des services médicaux à 42,75 %.*

Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte **19044** dans la case CODE de la section ACTES;
- le code d'établissement approprié sauf le 0XXX1, 0XXX7 et 0XXX4;
- 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.

POUR LA FACTURATION DES SERVICES RENDUS À 42,75 % DES HONORAIRES, inscrire dans la section ACTES du formulaire « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- le modificateur **171** ou un de ses multiples pour chaque service rendu;

- les honoraires demandés en les calculant à **42,75 %** du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu)

Les multiples du modificateur **171** sont :

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
#	050 - 171	222	0,2138
#	093 - 171	223	0,4275
#	094 - 171	215	0,4275
#	045 - 171	216	0,4703
#	045 - 094 - 171	308	0,4703
#	045 - 171 - 179	362	0,4703
#	045 - 094 - 171 - 179	905	0,4703

Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

3.01 b) Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en anesthésie est rémunéré à son choix :

- selon le mode de l'acte;
- selon les modalités de l'entente particulière relative à l'anesthésie si l'établissement auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente;

AVIS : *Utiliser le code d'activité 009030 pour les services cliniques en vous référant aux instructions de facturation du régime prévalant dans l'établissement.*

- ou selon un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire. Cette rémunération couvre l'ensemble des services requis ainsi que la garde en disponibilité.

AVIS : *Utiliser le code d'activité 009018 pour le forfait quotidien en anesthésie.*

Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

3.02 La rémunération prévue au paragraphe précédent couvre l'ensemble des services requis en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, en anesthésie ainsi que la garde en disponibilité;

3.03 Le jour de son arrivée et le jour de son départ, pour bénéficier d'un forfait quotidien prévu au paragraphe 3.01, le médecin doit assurer une prestation de services d'au moins neuf (9) heures. Si sa prestation est moindre, il est alors payé au prorata des heures effectuées sur le forfait de neuf (9) heures;

3.04 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions du présent article et exercer dans le cadre du dépannage en obstétrique ou en anesthésie dans un établissement situé à moins de quarante (40) kilomètres de sa résidence;

3.05 Exceptionnellement, le médecin qui est désigné aux fins de l'application du présent article et qui accepte d'assumer les services auprès d'autres patients admis, est, sur autorisation du comité paritaire, rémunéré à l'acte pour ces services;

AVIS : *Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %) et facturés dans la section ACTES du formulaire n° 1200 en tenant compte de toute autre disposition de l'entente générale, s'il y a lieu.*

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.05, le médecin ne peut recevoir, pour une journée pendant laquelle il se prévaut des dispositions du présent article, aucune autre rémunération sauf s'il se prévaut d'une partie de forfait en vertu des dispositions prévues au paragraphe 3.03.

3.07 Malgré le paragraphe 3.06 ci-dessus, le médecin qui assure une prestation de services en anesthésie peut être rémunéré selon les dispositions de l'article 1.00 de la présente annexe pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8 h 00 à 16 h 00.

AVIS : *- Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section ACTES du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations; indiquer le code d'établissement 0XXX7 dans la case ÉTABLISSEMENT et l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8 h à 16 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

- Pour la rémunération du tarif horaire : utiliser le code d'activités 009030 : services cliniques (TH).

3.08 Malgré les dispositions du paragraphe 3.06 ci-dessus et avec l'autorisation préalable du comité paritaire, le médecin qui effectue un remplacement temporaire en obstétrique peut, pour une même journée de calendrier, effectuer un quart de garde au service d'urgence de l'établissement en-dehors de la période de 8 h 00 à 16 h 00. Les modalités de rémunération qui s'appliquent à cette situation sont les suivantes :

- les services dispensés au service d'urgence sont rémunérés selon les dispositions de l'article 1.00 de la présente annexe;

AVIS : *- Pour la rémunération à l'acte du médecin autorisé : tous les services doivent être facturés dans la section ACTES du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations; indiquer le code d'établissement 0XXX7 dans la case ÉTABLISSEMENT et l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8 h à 16 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

- Pour la rémunération du tarif horaire du médecin autorisé : utiliser le code d'activités 009030 : services cliniques (TH).

- les services en obstétrique sont rémunérés selon les dispositions du premier alinéa du paragraphe 3.01 a) relatif au forfait quotidien équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire mais rajusté pour tenir compte des services dispensés au service d'urgence. Ce rajustement se traduit par une diminution du forfait de neuf (9) heures proportionnelle au ratio du nombre d'heures du quart de garde effectué au service d'urgence sur vingt-quatre (24) heures;

AVIS : *Pour la rémunération à tarif horaire, utiliser le code d'activité 009112 pour le forfait en obstétrique rajusté en considération des services dispensés au service d'urgence. Appliquer la formule suivante afin de calculer le nombre d'heures à facturer :*

$$9 \text{ heures}^* - (9 \text{ heures}^* \times \frac{\text{nombre d'heures dispensées au service d'urgence}}{24 \text{ heures}})$$

** Pour les jours d'arrivée et de départ (paragraphe 3.03), remplacer par le nombre d'heures réelles effectuées si la prestation de services est inférieure à 9 heures.*

Dès qu'un quart de garde est assuré au service d'urgence le même jour, le médecin ne peut facturer le code d'activité 009006 ni le forfait (code d'acte 19044) et le pourcentage approprié des services à l'acte.

- le forfait rajusté comprend la rémunération de la garde en disponibilité pendant toute la journée de calendrier en cause ainsi que la rémunération des services dispensés lorsque le médecin n'est pas de garde au service d'urgence. Les services reliés à un accouchement et dispensés pendant le quart de garde du médecin au service d'urgence sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 4.01 de la présente annexe.

4.00 Dispositions générales

4.01 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'article 1.00 ou du forfait prévu à l'article 2.00 est rémunéré à l'acte selon les dispositions de l'entente générale pour les services reliés à un accouchement et facturés en vertu de l'onglet « Obstétrique » du Manuel des médecins omnipraticiens;

AVIS : *Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %) et facturés dans la section ACTES de la demande de paiement n° 1200 en tenant compte de toute autre disposition de l'Entente générale, s'il y a lieu.*

4.02 Sous réserve des paragraphes 3.07 et 3.08, un médecin ne peut se prévaloir concurremment, pour une même journée de calendrier, des dispositions prévues aux articles 1.00, 2.00 ou 3.00;

4.03 La rémunération versée en vertu de la présente annexe n'est pas comptée dans le calcul du revenu aux fins de l'article 5.00 de l'annexe IX;

4.04 La rémunération versée selon le mode du tarif horaire en vertu de la présente annexe n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV de l'entente générale ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

4.05 Malgré certaines dispositions inconciliables de la présente annexe, le médecin qui est dépêché comme médecin dépanneur auprès de l'unité de soins de courte durée de l'établissement et qui, en raison de l'organisation régulière de l'établissement, assume, également, les services médicaux auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée pendant son séjour de dépannage peut être rémunéré pour ces services. Si sa rémunération pour les services dispensés dans l'unité des soins de courte durée est à l'acte, il est rémunéré selon ce mode pour les services auprès du CHSLD. Si sa rémunération est sujette à l'application d'un pourcentage du tarif des actes, ce même pourcentage s'applique pour la rémunération des services dispensés auprès du CHSLD.

AVIS : *- L'établissement doit informer la Régie par le biais d'un avis de service précisant l'identité du médecin, le CHSLD visé ainsi que la période correspondant à la période de dépannage. Sous la section « Situation d'entente » cocher la case ENTENTE GÉNÉRALE et inscrire Annexe XVIII, paragraphe 4.05.*

- Si la rémunération à l'acte s'applique veuillez utiliser les modificateurs appropriés.

5.00 Comité paritaire

5.01 Le comité paritaire a pour fonctions d'administrer la présente annexe. Pour ce faire, il doit notamment :

- a) informer la Régie du nom des médecins autorisés à faire du dépannage et, le cas échéant, du mode de rémunération choisi par le médecin;
- b) transmettre à la Régie le nom des établissements désignés en vertu des dispositions de l'article 30.00 de l'entente générale et de la présente annexe ainsi que des périodes de désignation;
- c) transmettre à la Régie le nom du médecin autorisé à se prévaloir des dispositions du paragraphe 3.05 de la présente annexe.

6.00 ABROGÉ par l'Amendement n° 85

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

ANNEXE XIX PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

Préambule

Les parties ont convenu d'un programme de formation continue pour le médecin qui participe aux activités médicales particulières (AMP) en vertu de l'entente particulière en ces matières conclue le 1^{er} septembre 2003.

1.00 Conditions d'admissibilité du médecin

1.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente annexe tout médecin qui est adhérent ou réputé adhérent à l'entente particulière relative aux activités médicales particulières;

Il est rémunéré pour la totalité ou une partie de sa pratique selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation et est, à cet égard, considéré comme en pratique active selon les dispositions du paragraphe 3.04 de la présente annexe;

1.02 Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions de ce programme pour la période de temps pendant laquelle il bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de L'Entente ou encore pendant laquelle il est rémunéré à honoraires fixes pour plus d'un demi temps selon l'annexe VI.

2.00 Conditions d'admissibilité des cours de formation continue

2.01 Sous réserve du premier alinéa du paragraphe 2.02, les cours de formation continue doivent répondre aux critères d'obtention de crédits de catégorie 1 tels que déterminés par un organisme agréé par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et apparaissant en annexe I de la présente ou, répondre aux critères d'obtention d'un MainPro 1 en vertu d'une entente de réciprocité avec le Collège québécois des médecins de famille;

Sur cette même base, sont également admissibles les cours de formation continue organisés par une association affiliée à la Fédération en autant qu'ils auront été validés au préalable par le directeur de la Formation professionnelle de la Fédération.

2.02 Une session de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec est admissible une fois par année. Dans ce cas, le cours de formation continue doit avoir été validé, au préalable, quant à sa durée et à son mérite scientifique, par le Comité consultatif sur la répartition prévu à l'Entente;

Ne sont pas considérées comme dispensées à l'extérieur du Québec les sessions de formation qui se tiennent à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

3.00 Modalités d'application

3.01 La journée de formation visée par les dispositions de la présente annexe comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation;

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. 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;

3.03 Les dispositions de la présente annexe s'appliquent sur la base de l'année civile;

3.04 Pour se prévaloir des dispositions de la présente annexe, le médecin doit être rémunéré, en tout ou en partie, selon le mode de l'acte, du tarif horaire, de la vacation ou du per diem, et doit, à cet égard être considéré comme actif. Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances pour une durée totale d'au plus six (6) semaines par année, est considéré comme actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit, selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation, une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation selon un des modes de rémunération visés aux présentes. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul du nombre de jours de formation auquel il a droit;

Les périodes d'invalidité totale, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont considérées, aux fins des présentes, comme des périodes de pratique active. Lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente générale, le congé d'adoption n'est octroyé qu'à l'un des conjoints;

AVIS : *Le médecin doit informer la Régie de la période de congé, par une lettre explicative accompagnée des documents justificatifs. Pour les périodes d'invalidité totale, veuillez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et mentionnant que l'invalidité est totale.*

Les documents doivent être transmis à l'adresse suivante :

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

Le directeur des services professionnels d'un établissement qui revient, au cours d'une année civile, en pratique active dans le régime d'assurance maladie se voit reconnaître les mois ouvrés comme directeur des services professionnels au cours de cette même année aux fins du calcul des mois de pratique active et du nombre de journées de formation qui en découle.

3.05 Ces journées de formation doivent être prises un jour ouvrable, les samedi, dimanche et journée fériée étant exclus.

4.00 Allocation forfaitaire

4.01 Le médecin qui bénéficie de journées de formation continue conformément à la présente annexe reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 300 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$.

AVIS : *Remplir le formulaire n° 3814 « Demande de remboursement - Programme de formation continue », en inscrivant les renseignements pertinents et le transmettre à l'adresse précisée dans le formulaire. Joindre l'attestation signée. (Voir art. 6.02).*

5.00 Dispositions applicables à la RAMQ

5.01 Au plus tard le 15 janvier de chaque année, la Régie informe le médecin de son profil de rémunération des six (6) premiers mois de l'année précédente aux fins de l'application du paragraphe 3.04 de la présente annexe;

5.02 Ce profil partiel permet au médecin d'établir, dans un premier temps, une présomption de son respect des règles édictées par le paragraphe 3.04 des présentes.

6.00 Dispositions applicables au médecin

6.01 Le médecin qui bénéficie des journées de formation continue prévues à la présente annexe doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée à l'article 4.00 des présentes, 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;

6.02 Les pièces justificatives sont :

- l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu de l'article 2.00 de la présente annexe. 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;

ANNEXE XIX - PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE (suite)

**ANNEXE I
CRÉDIBILITE DES ORGANISMES (2.01 et 2.02)**

Les organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation médicale continue sont :

- Les facultés de médecine du Québec;
- La Fédération des médecins spécialistes du Québec;
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;
- L'Association des médecins de langue française du Canada;
- Collège québécois des médecins de famille.

N.B. : Les facultés de médecine d'Ottawa, de Dalhousie et de Memorial sont les organismes répondant aux critères d'admissibilité prévus au paragraphe 2.01.

4. De façon transitoire, avec l'accord des parties, en collaboration avec la régie régionale concernée, les dispositions régissant une désignation, au sens de l'article 3, peuvent, à titre exceptionnel, recevoir application avant le 1^{er} septembre 1999. À la même condition, il en est ainsi de l'octroi des bénéfices reliés à la garde sur place qui y serait effectuée par un médecin selon le mode des honoraires fixes ou, selon le cas, celui du tarif horaire.

AVIS : A) Liste des établissements désignés (1^{er} juillet 2000) :

Région 01 : Bas-Saint-Laurent

- Centre mitissien de santé et de services communautaires:
- 04967 : Hôpital de Mont-Joli

Région 06 : Montréal-Centre (1^{er} janvier 2001)

- 07747 : Pavillon Albert-Prévost (Hôpital du Sacré- coeur)
- 00877 : Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 00697 : Hôpital Douglas

Région 09 : Côte-Nord

- 02607 : Centre de santé de la Basse Côte-Nord
- 07797 : Centre de santé de l'Hématite
- 02637 : Centre de santé de la Minganie
- 95272 : CLSC Naskapi

Région 10 : Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :
- 01617 : Point de service de Matagami
- 01577 : Point de service de Lebel-sur-Quevillon
- 07557 : Point de service Radisson
- 02537 : Point de service de Chibougamau

Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine

- 03267 : Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 : Nunavik

- 01607 : Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
- 07527 : Centre de santé Inullitsivik

Région 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James

- 01627 : Conseil Cri de santé et de services sociaux de la Baie-James

B) Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

Pour les installations (établissements) désignées et mentionnées ci-dessus :

- Utiliser le secteur de dispensation 17.
- Les activités donnant droit à cette majoration sont codées comme suit :
 - **honoraires fixes** : XXX030, XXX063 et XXX098
 - **tarif horaire** : - 0090XX excluant 009081 et 009094,
 - XXX030, XXX063, XXX071 et,
 - XXX084 , XXX085 et XXX098, selon le cas.

5. Une seconde majoration de 10 % selon les modalités prévues au paragraphe 1.3 de la présente lettre d'entente applicable sur le tarif de base pour des services dispensés de 8 h 00 à 24 h 00 le samedi, dimanche ou une journée fériée et une majoration de 5 % pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou de 6 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, pour les services dispensés de 0 h 00 à 8 h 00 le samedi, le dimanche ou une journée fériée dans un service d'urgence des établissements suivants :

a) les CLSC du réseau de garde intégrée lorsque les médecins sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063, XXX098 et **072103**;

- **tarif horaire** : 009XXX, XXX015, XXX030, XXX063, XXX071 et, selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et **072103**.

NOTE : - Les professionnels des CLSC du réseau de garde intégré qui, en plus de cette situation, participent à un groupe de médecine de famille doivent utiliser ce code d'activité (**072103** : activités cliniques en GMF).

b) La Corporation d'Urgences-santé;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : 010015, 010038, 010042, 010063, 010075 et 010098;

- **tarif horaire** : 010015, 010038, 010042, 010044, 010063, 010071, 010075, 010098.

c) les centres hospitaliers de soins psychiatriques suivants :

Région 06 – Montréal-Centre

- Hôpital du Sacré-Cœur, Pavillon Albert Prévost

- Hôpital Louis-H. Lafontaine

- Hôpital Douglas

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **17** et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063 et XXX098;

- **tarif horaire** : 009XXX, XXX015, XXX030, XXX063, XXX071, XXX098.

d) les établissements des régions éloignées ou isolées suivants :

Région 09 – Côte-Nord

- CLSC Naskapi

- Centre de Santé de la Basse-Côte-Nord⁽¹⁾

- Centre de Santé de l'Hématite

- Centre de Santé de la Minganie

Région 10 – Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James, Point de service de Matagami, Lebel-sur-Quevillon, Radisson, Chibougamau

Région 11 – Gaspésie Iles-de-la-Madeleine

- Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 – Nunavik

- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava⁽¹⁾

- Centre de santé Inuulitsivik⁽¹⁾

(1) : Pour ces établissements, seuls les médecins ayant des droits acquis à honoraires fixes sont visés par la Lettre d'entente n° 77 (cf : E.P. régions 17 - 18 et CS Basse Côte-Nord)

Région 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

- Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James⁽¹⁾

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **17** et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : - XXX015, XXX030, XXX063 et XXX098;

- **tarif horaire** : - 09XXX excluant 009081 et 009094;

- XXX015, XXX030, XXX063, XXX071 et,

- XXX084, XXX085 et XXX098, selon le cas;

- **per diem** : - 009XXX **excluant** celui de l'E.P. visant les régions 17 - 18 et le CS de la Basse Côte-Nord.

6. Est également accordé un supplément de 80 \$ pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, aux médecins :

AVIS : Depuis le 1^{er} avril 2006 le montant du supplément est majoré à **81,60 \$**.

- qui exercent dans le service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré et qui sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS : Utiliser le code d'établissement 8XXX5 ou 9XXX2; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.

- qui exercent dans un établissement visé par l'entente particulière relative au Grand-Nord ou par celle relative aux Îles-de-la-Madeleine;

AVIS : Utiliser le code d'établissement 0XXX3 ou 8XXX5 ou 9XXX2; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.

- qui exercent dans un service d'urgence d'un établissement visé par l'entente particulière relative à la région 17 ou 18 ou au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord et qui sont rémunérés, sur la base des droits acquis, selon le mode des honoraires fixes;

AVIS : Utiliser le code d'établissement 0XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.

- ainsi qu'à ceux exerçant dans les services d'urgence des centres hospitaliers psychiatriques apparaissant au paragraphe 5c) ci-dessus.

AVIS : Utiliser le code d'établissement 0XXX7; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.

AVIS : Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes :

- la date et le code d'acte **09791**;

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;

- le code d'établissement correspondant à l'établissement désigné;

- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;

- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} septembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

(1) : Pour ces établissements, seuls les médecins ayant des droits acquis à honoraires fixes sont visés par la Lettre d'entente n° 77 (cf : E.P. régions 17 - 18 et CS Basse Côte-Nord)

LETTRE D'ENTENTE NO 79**Concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos.**

ATTENDU QUE la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* confie au médecin qui a charge du travailleur la détermination du diagnostic, de la date ou de la période de consolidation de la lésion, de la nature, de la nécessité, de la suffisance ou de la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, de l'existence ou du pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ou de l'existence ou de l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

ATTENDU QUE les médecins omnipraticiens sont, de façon générale, les premiers à dispenser des services professionnels aux travailleurs victimes de lésion professionnelle, particulièrement à ceux victimes de lésion professionnelle au dos, et à assumer le suivi médical requis;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail a l'obligation d'assurer au travailleur victime de lésion professionnelle l'assistance médicale que requiert son état, tout en poursuivant l'objectif de maintenir le lien d'emploi de ce travailleur;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec partagent l'objectif de permettre au travailleur victime de lésion professionnelle au dos le plus prompt et durable retour au travail de celui-ci;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec croient que des mesures d'efficience pourraient être définies aux fins de cet objectif de prompt et durable retour au travail des travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec créent, relativement aux lésions professionnelles au dos, un comité technique chargé :

- a) de cerner l'état de la situation actuelle en matière de lésions professionnelles au dos;
- b) de dégager, à partir de statistiques disponibles, par l'étude de dossiers de la Commission ou par un relevé d'études existantes, les composantes du traitement d'une lésion professionnelle au dos;
- c) d'identifier, parmi ces composantes, celles relevant de la compétence des médecins et celles propres aux intervenants de la Commission;
- d) d'arrêter des mesures d'intervention spécifiques aux médecins omnipraticiens et aux intervenants de la Commission;
- e) de préparer, selon les pratiques médicales reconnues et sur la base de la situation actuelle, un guide relatif au traitement des lésions professionnelles au dos;
- f) de préciser les moyens de diffusion et de soutien aux médecins omnipraticiens de ce guide;
- g) de définir des indicateurs permettant d'évaluer l'évolution de la situation;
- h) de déterminer les moyens et les outils nécessaires à cette évaluation;
- i) de proposer des mesures de bonification, de nature forfaitaire, de la tarification des services médico-administratifs.

2. Le comité technique devra, dans les six mois suivant la signature de la présente lettre d'entente, déposer son rapport conformément au mandat confié.

LE - N° 110

LETTRE D'ENTENTE NO 110**Concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. Objet**

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les conditions de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec.

2. Champ d'application

2.1 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

3.1 Les activités professionnelles visées couvrent l'ensemble des services dispensés par les médecins-escortes, ceux dispensés par les médecins responsables de l'intervention téléphonique ainsi que les activités médico-administratives.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 016045: Activités d'évacuation aéromédicale.*

4. Banque d'heures allouée

4.1 Est allouée pour la rémunération de l'ensemble des services visés aux présentes une banque de 861 heures par période de vingt-huit (28) jours dont au plus 120 heures peuvent être consacrées à rémunérer des activités autres que celles des médecins-escortes.

Tout dépassement de la banque d'heures allouée doit être soumis et autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

5. Modalités de rémunération

5.1 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéromédicale dans le département de médecine générale du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, lorsqu'il exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec, est obligatoirement rémunéré selon le mode du tarif horaire.

5.2 Les services dispensés par les médecins-escortes sont rémunérés sur la base des modalités suivantes :

- a) les heures de garde assumées par le médecin durant le quart de garde sous sa responsabilité sont rémunérées à tarif horaire ;
- b) les heures de garde en disponibilité assumées par le médecin avant le début de son quart de garde sont rémunérées à tarif horaire à raison d'une heure par quart de garde quelle que soit la durée du quart de garde ;
- c) les heures supplémentaires faites en déplacement suite au quart de garde du médecin sont rémunérées à tarif horaire pour la totalité des heures faites en déplacement, le déplacement débutant à l'heure du départ à l'aéroport de Québec et se terminant à l'heure du retour à l'aéroport de Québec.

5.3 Un médecin visé par la présente lettre d'entente peut se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement (temps et transport) prévus aux paragraphes 30.04 à 30.07 inclusivement de l'entente générale s'il remplit les conditions suivantes :

- a) à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, son domicile et son lieu principal de pratique se situent dans une région socio-sanitaire autre que la région de la Capitale nationale (03) ou que la région de Chaudière-Appalaches (12);
- b) il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail dans l'établissement où il exerce de façon régulière;
- c) l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire responsable de l'application de l'article 30.00 de l'entente générale relatif au dépannage;
- d) il obtient l'autorisation du directeur national d'évacuation aéromédicale du Québec de se prévaloir des dispositions du présent paragraphe. Cette autorisation doit être renouvelée annuellement.

AVIS : *L'établissement doit préciser sur l'avis de service (formulaire n° 3547) si le médecin visé est autorisé à se prévaloir des modalités de l'article 5.3 de la présente lettre d'entente.*

5.4 Une majoration de 8,9 % de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est accordée pour tous les services dispensés et cela en tout temps.

5.5 Un supplément de 80 \$ est accordé pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Un seul forfait peut être facturé par jour.

AVIS : *Depuis le 1^{er} avril 2006 le montant du supplément est majoré à 81,60 \$.*

Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes :

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7) d'un CH visé;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

5.6 Aux fins de l'application de l'annexe IX, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

6. Mise en vigueur

La présente lettre d'entente remplace la lettre d'entente n° 100. Elle entre en vigueur le 1^{er} août 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

8.0 Modalités de fonctionnement

8.01 Les médecins du Centre médical Acton confient à un des leurs la responsabilité de l'application de la présente lettre d'entente en regard des points suivants :

- Recevoir la demande de tout médecin ou tout groupe de médecins intéressé à se prévaloir des dispositions de l'article 4.00, 5.00 ou 6.00 des présentes;
- Préciser et convenir, par écrit, de l'engagement du médecin ou du groupe de médecins;
- Informer le comité paritaire, prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, du nom du médecin ou des médecins concernés et de la période couverte par l'engagement;
- Transmettre au comité la liste de garde pour la période couverte par l'engagement et toute modification à cette liste de garde;
- Informer le comité du nom des médecins dont la demande n'aura pas été agréée par les médecins du Centre médical Acton;
- Au plus tard un mois suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, informer le comité de tout non-respect de l'engagement et cela pour chacune des journées pour lesquelles il y aura eu manquement à l'engagement. Le comité doit être informé du nom du médecin en cause ainsi que de la journée pendant laquelle il y aura eu non-respect de l'engagement.

8.02 Le comité paritaire transmet à la Régie le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de la présente lettre d'entente.

8.03 Il transmet également le nom du médecin qui ne respecte pas son engagement ainsi que la date des journées au cours desquelles le médecin n'a pas respecté son engagement au plus tard six (6) semaines suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

9.0 Mise en vigueur

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} mars 2002 sauf pour son article 3.00 qui entre en vigueur le 1^{er} décembre 2001. Elle demeure en vigueur jusqu'au 31 août 2003.

AVIS : *L'Amendement 85 a prolongé cette lettre d'entente jusqu'au 31 août 2004. Par la suite, l'Amendement 88 l'a prolongé jusqu'au 31 août 2005 mais seulement pour les médecins qui s'en prévalaient au 31 août 2004. L'Amendement 91 vient la prolonger de nouveau jusqu'au 31 août 2006 pour ces mêmes médecins. Le Comité paritaire la prolonge à nouveau jusqu'au 31 juillet 2007 pour ces mêmes médecins.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N° 118

LETTRE D'ENTENTE NO 118

Concernant certains engagements relatifs à l'entente particulière prévoyant la détermination des conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

AVIS : Cette lettre d'entente est remplacée par la Lettre d'entente n° 167 à partir du 1^{er} juin 2003.

4.03 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 5.00 des présentes;

4.04 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du dépannage, ne peut faire partie du groupe de médecins, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un établissement autre que celui désigné aux fins des présentes si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

5.00 Engagement

5.01 Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement, prend l'engagement de couvrir la totalité des quarts de garde au service d'urgence de l'établissement pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire;

5.02 Chaque médecin faisant partie du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe désigné selon l'article 9.00 des présentes;

5.03 La garde peut être assurée sur place ou en disponibilité en conformité avec les modalités de garde déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou le chef du service médical ou par celui qui en assume les fonctions.

6.00 Médecin de la région

6.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement désigné, le médecin visé au paragraphe 4.02b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement désigné;

AVIS : *Un avis de service doit être transmis **seulement** dans les cas où le mode du tarif horaire (n° 3547) ou celui des honoraires fixes (n° 1897) prévaut dans l'établissement. Ce dernier doit préciser qu'il concerne la Lettre d'entente n° 132.*

6.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 4.02b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente citée au paragraphe 3.01d) des présentes.

AVIS : *Un avis de service n° 3547 doit être transmis pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (002092) prévu à la lettre d'entente concernant la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de sa région socio-sanitaire. Inscrire la période couverte par l'avis. Sous la section « Situations d'entente », cocher la case LETTRE D'ENTENTE et inscrire le numéro de la lettre d'entente concernant la desserte de votre région.*

7.00 Médecin hors région

7.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 4.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

7.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

Exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé à effectuer moins de six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques de dépannage mais qui, en raison d'absence imprévue d'un médecin visé à l'alinéa ci-dessus, effectue au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

7.03 Chaque déplacement de ce médecin, dans le cadre des services dispensés auprès de l'établissement désigné aux fins des présentes, doit donner lieu à au moins deux quarts de garde sauf si ce médecin a son lieu de pratique principale, ou son lieu de résidence s'il s'agit d'un médecin à la retraite, à moins de 75 kilomètres de l'établissement. Toutefois, le comité paritaire peut accepter de réduire cette exigence d'un minimum de quarts de garde par déplacement sur la base de la distance à parcourir par le médecin.

8.00 Modalités spécifiques de rémunération

8.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement désigné, par un médecin faisant partie du groupe de médecins, est majorée d'un pourcentage de 10 % applicable sur le tarif de base. Le taux de majoration est de 12,8 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes pendant une période régulière d'activités et de 12 % pendant une période de garde;

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et facturer vos services en ajoutant le 10 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

Pour les professionnels rémunérés selon le mode des honoraires fixes et du tarif horaire (TH). Veuillez utiliser les codes d'activités et les secteurs de dispensation appropriés :

Codes d'activités :

- 075015 : examens relatifs à l'hépatite C;
- 075030 : services cliniques;
- 075063 : garde sur place;
- # - 075071 : Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu de l'art. 5.10 de l'Annexe XIV
- 075081 : garde en disponibilité (Voir NOTE plus bas pour utilisation);
- 075098 : services de santé durant le délai de carence.
- 009104 : dépannage lors de la prise en charge de l'urgence par un groupe de médecins (TH seulement)

Codes de secteurs de dispensation :

- 12 : Samedi, dimanche et journée fériée ou 17 pour les professionnels pratiquant dans les établissements mentionnés aux articles 4, 5c) et 5d) de la Lettre d'entente n° 77;
- 12 : En semaine de 20h00 à 8h00;
- 07 : En semaine de 8h00 à 20h00.

NOTE : *Pour la garde en disponibilité : Les professionnels couverts par les ententes particulières 1) du Grand-Nord 2) dans ou auprès du CH de l'Archipel 3) pour le compte du Centre de santé Chibougamau, sont les seuls pour qui la facturation à honoraires fixes et à tarif horaire de la garde en disponibilité (075081) est permise; autrement, la garde en disponibilité doit être facturée à l'acte tel qu'il est prévu dans les documents d'entente.*

8.02 Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence l'établissement n'a pas eu à faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de 50 \$ par quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin du groupe qui a assumé ce quart de garde. Le forfait est divisible en heure;

AVIS : *Bien vouloir inscrire les données suivantes sur votre demande de paiement n° 1200 :*

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'ASSURANCE MALADIE;
- la date et le code 19022;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires au prorata du temps de garde effectué (soumis à la rémunération majorée);
- l'heure du début et de fin de la période de garde ainsi que la durée totale dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8.03 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins n'est pas respecté et que l'établissement doit faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties, ou qu'il y a eu rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est pas versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

9.00 Modalités de fonctionnement

9.01 La Régie régionale concernée, par la voie de son département régional de médecine générale, est responsable de :

- a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 4.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;
- b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;
- c) désigne le chef du service d'urgence de l'établissement désigné comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

9.02 L'établissement informe la Régie régionale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin dans le cadre du mécanisme de dépannage qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes. La Régie régionale en informe le comité paritaire;

9.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes:

- a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;
- b) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 8.03 des présentes.
- c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

10.00 Entrée en vigueur et durée

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 avril 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE N° 132 - ANNEXE

ANNEXE I (Lettre d'entente n° 132)

Liste des établissements désignés aux fins de l'application de la Lettre d'entente no 132 relative à la rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intra-régionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'un établissement désigné.

	Établissement désigné	Date de début	Date de fin
	Région 01 : Bas St-Laurent		
+03257	CSSS de la Matapédia : Centre hospitalier d'Amqui	2005-07-01	2006-12-31
+03317	CSSS de Matane : Hôpital de Matane	2005-09-01	2006-11-30
+03047	CSSS de santé Kamouraska : Centre Notre-Dame-de-Fatima	2003-09-02	2006-11-30
+03337	CSSS de Témiscouata : Centre hospitalier Notre-Dame-du-Lac	2005-05-01	2006-10-31
	Région 02 : Saquenay / Lac-St-Jean		
02487	CSSS Cléophas-Claveau : Hôpital de la Baie des Ha! Ha!	2003-06-27	2006-06-30
+02507	Centre Maria-Chapdelaine : Centre Maria-Chapdelaine – Centre de service Dolbeau	2003-09-15	2006-12-31
	Région 04 : Mauricie et Centre du Québec		
+01777	CSSS du Haut-Saint-Maurice : Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice	2006-10-01	2006-12-31
	Région 08 : Abitibi-Témiscamingue		
+01557	CSSS du Lac-Témiscamingue : Pavillon Sainte-Famille	2004-01-12	2006-10-31
	Région 09 : Côte-Nord		
+07547	CSSS de Manicouagan : Centre hospitalier régional Baie-Comeau	2005-06-01	2006-11-30
+02647	CSSS de la Haute-Côte-Nord : CSSS de la Haute-Côte-Nord (Pavillon Escoumins)	2005-03-01	2006-11-30
+02697	CSSS de Sept-Iles : Centre hospitalier régional de Sept-Iles	2003-07-01	2006-12-31
	Région 10 : Nord du Québec		
+02537	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James : Centre de santé de Chibougamau	2006-02-01	2006-10-31

	Établissement désigné	Date de début	Date de fin
	Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine		
+03277	CSSS du Rocher-Percé : Centre hospitalier de Chandler	2003-06-01	2006-11-30
+03417	CSSS de la Haute-Gaspésie : Hôpital de Sainte-Anne des Monts	2004-05-01	2006-10-31
	Région 12 : Chaudière-Appalaches		
+02877	CSSS de Beauce : Hôpital de Saint-Georges	2006-07-15	2007-01-14
	Région 15 : Laurentides		
+01427	CSSS d'Antoine-Labelle : Hôpital de Mont-Laurier	2006-02-01	2006-10-31
+	Région 16 : Montérégie		
+00927	CSSS de Sorel-Tracy : Hôtel-Dieu de Sorel	2006-10-01	2006-12-31

AVIS : L'Annexe 1 est modifiée par les Accords n^{os} 552, 567, 571, 585, 596 et 606 ou par lettre du Comité paritaire.

LE - N° 133

LETTRE D'ENTENTE NO 133**Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1.00 Objet**

La présente entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une pénurie d'effectifs lors de la période comprise entre le 15 juin 2003 et 6 septembre 2003.

2.00 Champ d'application

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

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins quittent le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intra-régionale convenue entre les parties;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, qu'en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quart de garde requis;

3.02 Un établissement peut se prévaloir, pour au plus à deux reprises, des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde durant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisé par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

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

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre(4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 15 décembre, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur semaine(s) de disponibilité attribué(es);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec la régie concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2003 et se termine le 9 mars 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour de mars 2004.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{os} 156 ET 157**LETTRE D'ENTENTE NO 156**

Concernant l'attribution et les modalités relatives au versement de forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans certaines localités de municipalités régionales de comté.

AVIS : Cette lettre d'entente est remplacée par la Lettre d'entente n^o 170 à partir du 1^{er} septembre 2004.

LETTRE D'ENTENTE NO 157

Concernant les modalités de rémunération de la garde en disponibilité assurée dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. La garde en disponibilité dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis est assurée toute la semaine mais n'est rémunérée 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;

2. Elle est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait de cinquante-et-un dollars et quatre-vingt-dix-cents (51,90 \$) par quart de garde de huit (8) heures additionné de la rémunération à l'acte, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Si une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde, le forfait prévu à la présente lettre d'entente devient, quant à cette portion de quart de garde, divisible. Il est alors payé au médecin par la Régie au prorata du temps de garde effectué par le médecin;

AVIS : Depuis le 1^{er} avril 2006 le montant du forfait est majoré à **52,95 \$**

Utiliser une demande de paiement n^o 1200 et inscrire les données suivantes :

- la date et le code **19043**;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement; nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires au prorata du temps de garde effectué;
- l'heure du début et de fin de la période de garde ainsi que la durée totale dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; la lettre « E » dans la case C.S.

Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire un « E » dans la case C.S. Ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes.

3. Un seul médecin à la fois peut se prévaloir, pour un même quart de garde ou portion de quart de garde, des dispositions de la présente lettre d'entente;

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour de mars 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

4.3 La Fédération effectue pareille consultation auprès des médecins qui exercent leur profession pour le compte de l'établissement en cause;

4.4 Avec l'assentiment de la Fédération, le Ministère avise la Régie du nom de l'établissement habilité à se prévaloir des dispositions du présent accord et à être inscrit en annexe.

5.0 CONDITIONS PARTICULIÈRES ET SERVICE D'URGENCE

5.1 Les modalités de rémunération prévues au présent article s'appliquent pendant, au plus, une période de six (6) mois précédant la fermeture du service d'urgence d'un établissement visé aux présentes;

5.2 La dispensation des services médicaux dans un service d'urgence visé au présent article est rémunéré, par période horaire, sur une base forfaitaire;

AVIS : *Veillez utiliser le mode de rémunération à la vacation et le code d'activités suivant :*
- 061030 : *Forfaitaire lors de la fermeture d'un service d'urgence.*

5.3 La rémunération forfaitaire visée au présent article est établie en suivant la démarche suivante :

- a) l'on établit tout d'abord la rémunération totale versée pendant la période de référence;
- b) deuxièmement, en prenant en compte le nombre de médecins, cette rémunération totale est convertie en moyenne horaire;
- c) la moyenne horaire ainsi obtenue constitue la rémunération forfaitaire qui est versée, par période horaire, à un médecin régi selon le présent article;

5.4 Aux fins de l'application de cet article, les vocables « période de référence » signifient la période qui, l'année précédente, correspond à la période couverte en vertu du présent article et de l'annexe I ci-jointe;

5.5 La rémunération forfaitaire prévue au présent article est établie par les parties, à l'occasion de l'inscription de l'établissement. Pour le compte des parties, le Ministère avise la Régie du quantum de cette rémunération forfaitaire;

5.6 Une rémunération forfaitaire au sens du présent article n'est versée, par période horaire, qu'à un seul médecin.

6.0 CONDITIONS PARTICULIÈRES ET MALADE ADMIS

6.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent pendant une période d'au plus un (1) mois comprise entre la date de la fermeture du service d'urgence et la date de la cessation complète des services de soins de courte durée de l'établissement;

6.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente;

AVIS : *Utiliser les codes d'activités suivants :*

- 060030 : *Services cliniques*

- 060063 : *Garde sur place*

- 060071 : *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu de l'art. 5.10 de l'Annexe XIV*

6.3 Cette modalité de rémunération s'applique, tous les jours de la semaine, à l'égard de toute période pour laquelle le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens prescrit, au bénéfice des malades admis, une garde sur place intra-hospitalière;

6.4 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

6.5 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

6.6 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur de services professionnels de l'établissement;

6.7 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

7.0 DÉROGATION

7.1 L'annexe I ci-jointe peut comporter l'inclusion de certaines modalités particulières relatives à un établissement quant à la durée d'application des dispositions contenues aux articles 5 et 6;

7.2 Malgré les dispositions de l'article 6, un médecin traitant peut, à la demande de son patient qui a la qualité de malade admis, dispenser des services médicaux au bénéfice de celui-ci. Ce médecin est alors rémunéré à l'acte, en conformité avec les dispositions de l'Entente.

8.0 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.1 Le présent article s'applique, pour la période antérieure au 1^{er} avril 1996, au bénéfice d'un médecin qui exerce sa profession pour le compte d'un établissement qui, entre le 1^{er} décembre 1995 et le 1^{er} avril 1996 est à six (6) mois ou moins de la fermeture de son service d'urgence;

8.2 À l'occasion de l'inscription de l'établissement visé au présent article, les parties déterminent la période d'application pendant laquelle, entre le 1^{er} décembre 1995 et le 1^{er} avril 1996, l'article 5 du présent accord aurait dû, dans le service d'urgence visé, recevoir application;

8.3 Dans les soixante (60) jours de la réception des données afférentes à cette période, l'on établit la rémunération totale à l'acte qui, pendant la période déterminée selon le paragraphe 8.2, a été versée en rémunération des services médicaux dispensés dans le service d'urgence. En prenant en compte le nombre de médecins, cette rémunération est convertie en moyenne horaire;

8.4 La moyenne horaire visée au paragraphe 8.3 est ensuite soustraite de la rémunération forfaitaire qui, par période horaire, aurait été versée au médecin si la rémunération prévue à l'article 5 avait été, pour la période déterminée selon le paragraphe 8.2, appliquée dans le service d'urgence en cause;

8.5 Le différentiel qui résulte de la soustraction prévue au paragraphe 8.4 constitue le rajustement forfaitaire qui, par période horaire, est versé au médecin qui a dispensé des services médicaux à l'acte pendant la période qui, comprise entre le 1^{er} décembre 1995 et le 1^{er} avril 1996, a été déterminée selon les dispositions du paragraphe 8.2. Dans le délai prévu au paragraphe 8.3, ce rajustement est versé au médecin en fonction des heures d'activités professionnelles qu'il a complétées dans le service d'urgence visé;

8.6 Pour le compte des parties, le Ministère avise la Régie de l'assurance maladie du Québec du rajustement à effectuer;

8.7 Aux fins de l'application des dispositions du paragraphe 8.4 et de la détermination de la rémunération forfaitaire qui y est prévue, la période de référence, au sens du paragraphe 5.4 des présentes, signifie la période qui, l'année précédente, correspond à la période qui a été déterminée selon le paragraphe 8.2.

8.8 Un rajustement versé en vertu du présent article n'est pas sujet à l'application de l'article 5 de l'annexe IX de l'Entente.

9.0 CESSATION D'APPLICATION

9.1 Lorsque le pourcentage d'activités hebdomadaires d'un service d'urgence se révèle insuffisant en regard du volume d'activités hebdomadaires habituelles de ce service, les parties peuvent, après avoir reçu l'avis du comité paritaire prévu à l'article 32 de l'Entente, suspendre l'application de l'article 5 de cette entente au service d'urgence visé. Si l'intérêt public l'exige, les parties peuvent toutefois décider d'y maintenir l'application des dispositions de l'article 5 précité;

9.2 Les pourcentages d'activités visés au présent article sont établis en comparant l'activité d'une période hebdomadaire régie selon la présente entente particulière à l'activité habituelle que l'on peut observer à la période hebdomadaire correspondante de l'année précédente;

9.3 Aux fins de l'application du présent article, le volume d'activités hebdomadaires habituelles d'un service d'urgence s'établit, pour une période hebdomadaire donnée, en fonction du nombre de patients qui s'y présente. Ce nombre de patients doit toutefois être significatif;

9.4 Le service d'urgence peut, sur une base journalière ou hebdomadaire, ne fonctionner que partiellement. Lorsque tel est le cas, dans l'évaluation de la suffisance du volume d'activités visé au paragraphe 9.1, les parties ou, selon le cas, le comité paritaire, doivent en tenir compte;

9.5 Une suspension d'application en vertu du paragraphe 9.1 ou une décision en maintien de l'application de l'article 5 au sens du même paragraphe relève de l'autorité des parties. Celles-ci en précisent les modalités dans un accord conclu selon le paragraphe 17.07;

9.6 À la demande des parties, un établissement doit leur faire rapport relativement au volume d'activités qui, pour une période hebdomadaire donnée, a été constaté dans le service d'urgence. En regard d'une période hebdomadaire donnée, ce rapport est transmis aux parties dans la semaine qui suit la période hebdomadaire visée.

ACCORD NO 479

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins qui exercent dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, 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. Retirer de l'annexe 1 de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, en vigueur le 30 avril 1995, l'inscription de l'établissement suivant :

Région 15: Laurentides

- Centre hospitalier Laurentien (adhésion partielle).

2. Malgré l'article 1, le Dr Pierre Bélanger # 63049 est rémunéré à tarif horaire lorsqu'il dispense des services médicaux en hébergement et soins de longue durée de cet établissement.

3. Également, malgré l'article 1 des présentes, est accordée une banque d'heure pour les consultations effectuées entre le 20 juillet 2002 et le 8 août 2002 répartie de la façon suivante.

AVIS : *Le tableau de cette répartition n'est pas reproduit, la période visée est terminée depuis le 8 août 2002.*

4. Le présent accord entre en vigueur le 20 juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ e jour de _____ 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 480

AVIS : *Le CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan a été ajouté à l'annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».*

ACCORD NO 481

AVIS : *Les établissements visés ont été intégrés à l'annexe 1 de l'Entente particulière « Garde en disponibilité auprès de certains établissements (maintien à domicile) ».*

ACCORD NO 482

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence du pavillon de Gatineau du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, 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. Les services de garde sur place dispensés au service d'urgence du pavillon de Gatineau du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais par un médecin qui détient une nomination avec privilèges au service d'urgence du pavillon de Hull du même centre hospitalier sont rémunérés selon le mode et les modalités s'appliquant au service d'urgence du pavillon de Hull dans le cas où le médecin opte pour le maintien du mode de rémunération prévalant au service d'urgence de ce pavillon. Dans le cas contraire, le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte.
2. Le comité paritaire informe la Régie du nom des médecins qui optent pour le maintien du mode de rémunération prévalant au service d'urgence du pavillon de Hull pour les services dispensés au pavillon de Gatineau.
3. Le présent accord entre en vigueur le 19 août 2002 et le demeure jusqu'au 1^{er} octobre 2002

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25^e jour de octobre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 483

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du docteur Michelle Dumais n° 95 396, qui dispense des services médicaux à la population du Bas-Saguenay.

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. La rémunération versée au docteur Michelle Dumais pour les services dispensés à l'Anse St-Jean est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente;
2. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} septembre 2002 et se termine le 31 août 2004.

AVIS : *Le Comité paritaire prolonge cet accord jusqu'au 31 décembre 2006.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^e jour de octobre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 518

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à certaines conditions de rémunération du docteur Georges Hannouche (72-508-4).

PRÉAMBULE

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

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux qui sévit au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie particulièrement dans la prestation de services en obstétrique gynécologie;

CONSIDÉRANT que le docteur Georges Hannouche accepterait de fournir, sur base temporaire, de tels services dans les limites de ses compétences;

ATTENDU que le docteur Georges Hannouche détient des privilèges limités en obstétrique gynécologie du Centre hospitalier de St.Mary et de l'Hôpital Santa Cabrini;

ATTENDU que l'exercice de ces privilèges exige des compétences qui dépassent celles généralement requises du médecin omnipraticien qui a des privilèges en obstétrique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sous réserve de l'octroi de privilèges énoncés ci-dessus par le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, reconnaître au bénéfice du docteur Georges Hannouche le droit de se prévaloir des dispositions suivantes pour la prestation des services professionnels visés par le présent accord :

a) Il est rémunéré selon un forfait régulier quotidien de 500 \$ auquel s'ajoute 41,5 % de la rémunération qui lui est payable suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense.

AVIS : Depuis le 1^{er} avril 2006 le montant du forfait quotidien est majoré à 545,00 \$ ainsi que le pourcentage du tarif des services médicaux à 42,75 %.

b) Il a le droit de se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement prévus à l'article 30.00 de l'Entente.

AVIS : Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement - Médecin" n° 1200 » :

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte 19044 dans la case CODE de la section ACTES;
- le code d'établissement 01853;
- 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.

POUR LA FACTURATION DES SERVICES RENDUS À 42,75 % DES HONORAIRES, inscrire dans la section ACTE du formulaire « Demande de paiement - Médecin" n° 1200 » :

- le modificateur 171 ou un de ses multiples pour chaque service rendu;

- les honoraires demandés en les calculant à 42,75 % du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu).

Les multiples du modificateur 171 sont :

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
#	050 - 171	222	0,2138
#	093 - 171	223	0,4275
#	094 - 171	215	0,4275
#	045 - 171	216	0,4703
#	045 - 094 - 171	308	0,4703
#	045 - 171 - 179	362	0,4703
#	045 - 094 - 171 - 179	905	0,4703

Pour la facturation des frais de déplacement, se référer au Manuel de facturation des médecins omnipraticiens, onglet « RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT », article 4.6.5 Annexe V - Remboursement des frais de déplacement.

2. La rémunération versée en vertu du présent accord est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3. Le présent accord entre en vigueur le 3 décembre 2003 et le demeure jusqu'au 30 novembre 2004.

AVIS : *Les parties prolongent cet accord jusqu'au 31 août 2006.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 15^e jour de décembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 519

AVIS : *L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Unité de soins coronariens ou intensifs en CHSGS ».*

ACCORD NO 520

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou du réseau de garde intégré.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, 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. Malgré les dispositions de l'article 5.00 de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou du réseau de garde intégré à laquelle adhère le Centre hospitalier du Centre-de-la Mauricie (CHCM), les services dispensés par les médecins dont les noms apparaissent ci-dessous sont rémunérés selon le mode de l'acte :

- Docteur Janique Dion 88-288-5
- Docteur Daniel Gélinas 92-124-6

2. Pour bénéficier de cette disposition dérogatoire et exceptionnelle, le médecin doit être seul de garde au service d'urgence pour le quart de garde.

3. Le médecin dont le nom apparaît à l'article 1 peut adhérer au mode de rémunération prévu à l'entente particulière en tout temps. S'il exerce cette option, il ne pourra revenir au mode de l'acte.

4. La banque de forfaits alloués pour la rémunération des services dispensés au service d'urgence du CHCM doit être réduite du nombre d'heures de services dispensés par les médecins rémunérés à l'acte.

5. Le présent accord remplace l'Accord n° 475 du 15 août 2002. Il entre en vigueur le 1^{er} juillet 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 5^e jour de janvier 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 578

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les modalités de rémunération de certains médecins qui exercent au Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CSSS de Rivière-du-Loup)

PRÉAMBULE

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

CONSIDÉRANT que la responsabilité des soins aux patients admis en soins de courte durée du Centre hospitalier régional du Grand-Portage est assumée, de façon cloisonnée, par deux (2) groupes de médecins rattachés, pour chacun de ces groupes, à des cliniques médicales différentes,

CONSIDÉRANT que les médecins de deux (2) des cliniques en cause demandent de se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'entente particulière relative aux malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et considérant qu'ils estiment pouvoir assumer la responsabilité de trente (30) patients en moyenne par jour,

CONSIDÉRANT que les médecins de l'autre clinique demandent de continuer de se prévaloir du mode de l'acte pour ces services et que, de ce fait, l'établissement ne remplit pas les conditions requises pour adhérer à l'entente particulière en cause,

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services dispensés auprès de patients admis en soins de courte durée au Centre hospitalier régional du Grand-Portage, les médecins de la Clinique médicale Cacouna située au 400 rue Principale ouest, r.r.1, Cacouna et les médecins de la Clinique médicale Frontenac située au 242 rue Frontenac, Rivière-du-Loup, sont rémunérés selon les dispositions apparaissant aux articles 3.00 et 4.00 de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
- # **AVIS** : *Selon le régime A, le forfait quotidien régulier doit se facturer avec le code 09778 en y appliquant la rémunération différente, il couvre une période minimale de 8 heures sur place ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente. À ce forfait s'ajoute 42,75 % des services rendus du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, 44,00 % du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008, 45,30 % du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009 et 46,60 % au 1^{er} avril 2009. Voir les instructions de facturation et modificateurs applicables dans l'E.P. malades admis.*
2. Tous les médecins des cliniques précitées sont obligatoirement rémunérés selon les dispositions de l'article précédent pour les services visés au présent accord et leur nom est transmis à la Régie par le comité paritaire, lequel les a reçus de l'établissement concerné.
3. Selon les dispositions de l'article 6.00 de l'entente particulière citée à l'article 1 du présent accord, deux forfaits réguliers quotidiens selon les termes du régime A prévu au paragraphe 4.02 de la même entente particulière sont accordés au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Le comité paritaire procédera, périodiquement, à une réévaluation de ce nombre de forfaits.
- # **AVIS** : *Vous ne pouvez réclamer le supplément de responsabilité (00071) ni la garde en disponibilité dans les unités visées par cet accord car ces derniers sont inclus dans le forfait versé en vertu de l'E.P. malades admis.*
4. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} mai 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 22^e jour d'avril 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 579

AVIS : *L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Soins palliatifs en CHSGS ou dans une maison privée liée par une entente ».*

ACCORD NO 580

AVIS : *Les établissements visés ont été ajoutés et remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés Réseau intégré ».*

ACCORD NO 581

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du docteur Alain Beaumier (81-442)

PRÉAMBULE

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

CONSIDÉRANT que l'unité d'hospitalisation de l'UMF de l'Hôpital Laval sera transférée au Pavillon Saint-François d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) ;

CONSIDÉRANT que le docteur Alain Beaumier détient une nomination à honoraires fixes à temps plein à l'Hôpital Laval en vertu de l'entente particulière UMF ;

CONSIDÉRANT qu'il détiendra une nomination spécifique au Pavillon Saint-François d'Assise du CHUQ afin de faire partie des médecins responsables des soins aux malades admis ;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services dispensés auprès des malades admis au Pavillon Saint-François d'Assise du CHUQ sont régis par l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente générale, le docteur Alain Beaumier (81-442) continue d'être rémunéré selon le mode des honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis au Pavillon Saint-François d'Assise du CHUQ et ce, du lundi au vendredi.
2. Aux fins du maintien des avantages sociaux, les heures effectuées au Pavillon Saint-François d'Assise du CHUQ et à l'Hôpital Laval sont comptabilisées dans une même banque à cet effet.
3. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} juillet 2005.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 16^e jour de mai 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 603

AVIS : Les établissements visés ont été remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés Réseau intégré ».

ACCORD NO 604

AVIS : Les établissements visés ont été remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés Réseau intégré ».

ACCORD NO 605

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités académiques effectuées dans l'unité de médecine familiale (UMF) - Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs du Centre de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs.

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation de l'UMF - Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs du CSSS Baie-des-Chaleurs soit du 1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2006.
2. Une banque de quatre cents (400) heures est allouée pour la période décrite ci-dessus et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'UMF.
3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.
4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.
5. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006 et se termine le 30 juin 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23^e jour de février 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 606

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés et remplacés à l'Annexe I de la Lettre d'Entente n° 132 « Rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intra-régionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'un établissement désigné ».

ACCORD NO 607

AVIS : Retrait en date du 20 février 2006 du Centre d'hébergement Saint-Joseph Inc. (Adhésion complète), région 03 : Capitale-Nationale; et, ajout des établissements visés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

ACCORD NO 608

AVIS : *L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS ».*

+

ACCORD NO 610

AVIS : *Les établissements visés ont été remplacés à l'Annexe I de la Lettre d'Entente n° 132 « Rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intra-régionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'un établissement désigné ».*

+

ACCORD NO 611

AVIS : *Les établissements visés ont été remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés Réseau intégré ».*

ACCORD NO 612

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités académiques effectuées dans l'unité de médecine familiale (UMF) – Hôpital d'Alma du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est.

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation de l'UMF Hôpital d'Alma du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est soit du 1^{er} février 2006 au 30 juin 2006.
2. Une banque de deux cents (200) heures est allouée pour la période décrite ci-dessus et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'UMF.
3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.
4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.
5. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} février 2006 et se termine le 30 juin 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 24^e jour de mai 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

+

ACCORD NO 613

AVIS : *Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Soins palliatifs en CHSGS ou dans une maison privée liée par une entente ».*

ACCORD NO 614

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération du Docteur Daniel Cousineau (74-269) lorsqu'il exerce dans ou auprès du Centre d'hébergement Youville du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, 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. Malgré que le Centre d'hébergement Youville du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme n'est pas adhérent à l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, le Docteur Daniel Cousineau est rémunéré à tarif horaire lorsqu'il dispense des services à l'hôpital de jour dans le cadre de la Clinique de la mémoire (évaluation d'une clientèle atteinte de troubles cognitifs).
2. Il est également rémunéré à tarif horaire s'il dispense d'autres services dans les unités du Centre d'hébergement Youville.
3. Le présent accord entre en vigueur le 5 juin 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 6^e jour de juin 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 615

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le versement de l'allocation du congé de maternité du Docteur Thi Minh Hang Ngo #00-148.

PRÉAMBULE

ATTENDU que le D^r Thi Minh Hang Ngo a accouché le 2 novembre 2005 ;

ATTENDU que le D^r Thi Minh Hang Ngo a avisé par écrit la Régie de l'assurance maladie du Québec de son accouchement dans les deux (2) semaines qui ont suivi l'accouchement ;

ATTENDU que le D^r Thi Minh Hang Ngo a formulé une demande d'adhésion à l'allocation de congé de maternité vingt-deux (22) semaines après la date de son accouchement :

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. Que le D^r Thi Minh Hang Ngo, suite à son accouchement en date du 2 novembre 2005, est admissible au programme de congé de maternité de l'Annexe XVI de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, tel qu'amendée subséquemment entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} juin 2006 et le demeure jusqu'au 1^{er} décembre 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 6^e jour de juin 2006.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ACCORD NO 616

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe I de l'Entente particulière « Services en anesthésie dans certains CHSGS ».

+

ACCORD NO 617

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

+

ACCORD NO 618

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSGS ».

+

ACCORD NO 619

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « UMF ».

+

ACCORD NO 620

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

+ **ACCORD NO 622**

AVIS : *L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Services en anesthésie dans certains CHSGS ».*

+ **ACCORD NO 624**

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au Centre hospitalier Chauveau du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord.

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui exercent auprès de patients admis dans les lits de soins de courte durée (unité de court séjour) du Centre hospitalier Chauveau du CSSS de Québec-Nord sont rémunérés, lors de ces activités, selon le mode de rémunération du tarif horaire.
- # **AVIS :** *Veillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en y inscrivant les informations suivantes :*
- sous **mode de rémunération** : le mode **TH**;
 - sous **code d'activités** : le code **002XXX**
2. Le nombre d'heures alloué sur base annuelle pour la rémunération des activités professionnelles en soins de courte durée est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente.
 3. Malgré que le Centre hospitalier Chauveau n'a pas une mission principale de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée est rémunérée selon l'article 6.00 de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.
- # **AVIS :** *Veillez vous référer à l'entente particulière concernant la Garde en disponibilité pour les instructions de facturation du forfait.*
4. Les services médicaux dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions prévues à l'Entente.
- # **AVIS :** *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, veuillez :*
- utiliser une « Demande de paiement » n° 1200 distincte pour chaque personne assurée;
 - pour les services reliés à cette garde : inscrire la lettre « E » dans la case C.S.
5. Le présent accord entre en vigueur le 10 septembre 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

4. ENTENTES PARTICULIÈRES

AVANT-PROPOS :

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

INDEX DES ENTENTES PARTICULIÈRES

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

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
# 1	Grand-Nord	1-1
2	Soins psychiatriques en C.H.	2-1
3	Unité de soins intensifs ou coronariens en C.H.S.G.S.	3-1
4	Garde en disponibilité , C.L.S.C./Réseau de garde intégré	4-1
5	Garde sur place C.H. Paul-Gilbert de Charny /Service d'urgence de 1 ^{re} ligne	5-1
6	Garde dans C.L.S.C. /Réseau de garde intégré/Service d'urgence de 1 ^{re} ligne	6-1
	Programme d'hospitalisation à domicile/Projet d'expérimentation (Abrogée par Amend. n° 69)	
7	Urgences-santé (Système préhospitalier d'urgence, Montréal-Centre et Laval)	7-1
8	Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.)	8-1
9	C.H. de l' Archipel (Îles-de-la-Madeleine)	9-1
# 10	Services en anesthésie dans certains C.H.S.G.S.	10-1
11	Assurance responsabilité professionnelle	11-1
12	Programme en toxicomanie (Certains établissements)	12-1
13	Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.)	13-1
	Garde sur place C.H. Trois-Pistoles /Service d'urgence de 1 ^{re} ligne (Abrogée par l'Amend. n° 65)	
	Garde effectuée à l' hôpital St-Julien (Abrogée par l'Amendement n° 82)	
14	C.L.S.C. Centre-ville et personnes itinérantes de Montréal	14-1
15	Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique	15-1
	Centre de santé des Hauts-Bois (Abrogée par l'Amendement n° 62)	
	Garde sur place en régions universitaires - Service d'urgence de 1 ^{re} ligne en C.H.S.C.D. (Abrogée par l'Amendement n° 84)	
16	Activités médicales particulières (A.M.P.)	16-1

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
17	Rémunération dans ou auprès d'un C.L.S.C.	17-1
18	Unité de médecine familiale (U.M.F.)	18-1
19	Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement pour la régie régionale	19-1
20	Soins palliatifs / Établissement qui exploite un C.H.S.G.S. ou maison privée liée par entente.	20-1
21	Planning-sexualité (Établissement qui exploite un C.H.S.G.S.)	21-1
22	Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un C.H.S.G.S.	22-2
# 23	Centre de Santé Chibougamau	23-1
24	Santé publique	24-1
25	Garde sur place - Urgence 1 ^{re} ligne, C.H.S.G.S. désignés - Réseau intégré	25-1
26	Garde en disponibilité auprès de certains établissements (<i>maintien à domicile</i>)	26-1
	CH Régional de Sept-Iles (<i>Abrogée le 30 juin 2001, Amendement n° 75</i>)	
# 27	Chef de département clinique de médecine générale (<i>CHSGS</i>)	27-1
28	Centre hospitalier ambulatoire de la Région de Laval (<i>CHARL</i>)	28-1
# 29	Malade admis - CHSGS.	29-1
30	Garde en disponibilité en CHSGS.	30-1
31	Projet / CH Pierre Janet / santé mentale	31-1
# 32	Régie régionale SSS du Nunavik (17), du Conseil Cri SSS de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)	32-1
# 33	Groupe de médecine familiale (GMF)	33-1
34	Entente particulière provisoire / Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables	34-1
35	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables	35-1
# 36	Chef du service d'urgence (CHSGS)	36-1
37	Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)	37-1
# 38	Garde en disponibilité	38-1
# 39	Clinique-réseau	39-1

EP - GRAND-NORD

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

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

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans ou auprès des établissements suivants : le Centre de santé et des services sociaux de la Radissonie (Centre hospitalier La Grande Rivière), le Centre de santé de l'Hématite, le Centre de santé de la Minganie, le CLSC Naskapi ou l'un de leurs points de service.

1.02 Aux fins de l'application de l'annexe XII de l'Entente, le CLSC Naskapi #1104-3866 est réputé être un CLSC du réseau de garde intégré.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CONDITIONS D'EXERCICE

3.01 La dispensation à domicile de services médicaux sur le territoire desservi par un établissement qui exploite un centre visé aux présentes fait partie du programme de santé de cet établissement. Il en est ainsi des services médicaux dispensés dans l'un de ces centres en vertu d'une entente de service;

3.02 Le temps que le médecin consacre à la dispensation de ces services fait partie de sa période régulière d'activités professionnelles s'il est rémunéré à honoraires fixes et, s'il est rémunéré selon le mode du tarif horaire, de sa période normale d'activités professionnelles;

AVIS : *Pour le mode de rémunération honoraires fixes ou tarif horaire, utilisez les codes d'activités suivants :*

- 002030 Services cliniques
- 002032 Rencontres multidisciplinaires
- 002043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)
- 002063 Garde sur place
- # - 002071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu de l'art. 5.10 de l'Annexe XIV
- 002081 Garde en disponibilité
- 002084 Services cliniques (situation exceptionnelle) (TH, seulement)
- 002085 Garde sur place (situation exceptionnelle) (TH, seulement)
- 002094 Garde en disponibilité (Points de services)
- 002098 Services de santé durant le délai de carence.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

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

AVIS : Pour le mode de rémunération à l'acte, veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 pour la facturation des services médico-administratifs.

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

5.01 Circonstances exceptionnelles et temporaires

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

5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

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

AVIS : L'établissement doit utiliser l'avis de service « Rémunération au tarif horaire, au per diem, à la vacation et à l'acte » (formulaire n° 3547), cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE, et inscrire la mention « Article 5.02 de l'entente particulière du Grand-Nord ».

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

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le centre. Elle est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;

6.02 Dans ou auprès d'un centre, ou pour le compte d'un établissement exploitant plusieurs centres, au plus deux (2) médecins peuvent, par période de garde en disponibilité, se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 6.01;

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

7.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

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

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

8.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

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

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

9.00 DÉPANNAGE

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

9.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès d'un établissement visé, est rémunéré :

- a) soit selon un per diem auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu au paragraphe 6.00;
- b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au per diem, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire;

AVIS: - *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 009030 *Services cliniques*

- 009063 *Garde sur place*

- 009071 *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu de l'art. 5.10 de l'Annexe XIV*

- 009081 *Garde en disponibilité*

- 009094 *Garde en disponibilité (Points de service du Grand-Nord)*

- *Veillez identifier le mode de rémunération, comme suit :*

*PD : per diem (maximum de 14 hres d'activités professionnelles, dont au moins 9 hres d'activités sur place).
TH : tarif horaire (heures d'activités de garde en disponibilité ou lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au per diem, soit moins de 9 hres ou plus de 9 hres).*

Toutefois, pour plus de 9 hres d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération.

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

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

+ Le taux de base du per diem est de 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.

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

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

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

10.00 MESURES TRANSITOIRES

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

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

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

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

11.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière intervenue en date du 8 octobre 1993, telle que modifiée subséquemment, concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord;

11.02 Elle prend effet le 1^{er} juin 1998. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

A - EP - GERIATRIE (CHSGS)

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

	ACCORD (DATE)	ADHÉSION partielle	complète
Région 01 : Bas St-Laurent			
03252	Centre hospitalier d'Amqui	X	
03342	Centre hospitalier régional de Rimouski	X	
04984	Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup		
03402	- Hôpital St-Joseph-Rivière-du-Loup	267 (1998-11-01)	X
	- Centre hospitalier régional du Grand-Portage	267 (1998-11-01)	X
	- Foyer de St-Antonin	267 (1998-11-01)	X
	Réseau Santé Kamouraska:	492 (2003-03-31)	
03042	- Centre Notre-Dame-de-Fatima	X	
	- Centre Villa Maria	X	
03312	CH et CHSLD de Matane (CH de Matane)	454 (2001-10-01)	X
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean			
02512	Centre hospitalier Jonquière	-----	X
02452	Centre le Jeannois	255 (1995-04-30)	X
02522	Hôtel-Dieu de Roberval		X
Région 03 : Québec			
02372	Centre hospitalier de Charlevoix	-----	X
02312	Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie	-----	X
	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	224 (1997-07-27)	X
02032	- Pavillon Enfant-Jésus		
02122	- Pavillon St-Sacrement		
	Centre hospitalier universitaire de Québec	224 (1997-07-27)	X
02102	- Pavillon St-François d'Assise		
02132	- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval		
02042	- Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec		
02062	Hôpital Laval	203 (1995-04-30)	X
Région 04 : Mauricie / Centre-du-Québec			
01772	Centre hospitalier St-Joseph de La Tuque	-----	X
01852	Centre hospitalier régional de la Mauricie	-----	X
	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	224 (1997-07-27)	X
01822	- Pavillon St-Joseph		
01832	- Pavillon Sainte-Marie		
02772	Hôpital Ste-Croix	-----	X
02752	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	-----	X
01752	Regroupement Cloutier-Du-Rivage	383 (1999-12-22)	
	- Hôpital Cloutier	-----	X
	- Centre d'accueil Luc Désilets	-----	X
	- Foyer Père Frédéric	-----	X
	Centre de santé de la MRC de Maskinongé :	492 (2003-03-31)	
01782	- Site Comtois		X
10685	- Site de la Résidence Avellin-Dalcourt		X

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION partielle	complète
Région 05 : Estrie				
01102	Centre universitaire de santé de l'Estrie : site Bowen	224 (1997-07-27)	X	
01122	Corporation du Centre hospitalier Lac-Mégantic	-----	X	
Région 06 : Montréal-Centre				
00282	Centre hospitalier de Lachine(CHSLD)	191 (1996-01-08)	X	
00202	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	-----	X	
00302	- Campus Notre-Dame	-----	X	
00052	- Campus St-Luc	-----	X	
00272	Centre hospitalier Fleury	-----	X	
00272	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	-----	X	
00402	Hôpital Général de Lakeshore	-----	X	
00182	Hôpital Général de Montréal	-----	X	
00112	Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	-----	X	
00102	Hôpital Jean-Talon	-----	X	
00152	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	-----	X	
00252	Hôpital Royal Victoria	-----	X	
00062	Hôtel-Dieu de Montréal	-----	X	
00142	Centre hospitalier de LaSalle	430 (2001-01-23)	X	
Région 07 : Outaouais				
01252	Centre hospitalier de Buckingham	-----	X	
01302	L'Hôpital Communautaire du Pontiac Inc.	-----	X	
01312	Centre hospitalier Gatineau Mémorial	409 (2000-07-20)	X	
01332	Corporation du Centre hospitalier de Maniwaki	-----	X	
07692	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais	267 (1998-11-01)	X	
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
01502	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	-----	X	
01522	Centre hospitalier La Sarre	-----	X	
01542	Centre hospitalier de Val-d'Or	-----	X	
Région 09 : Côte-Nord				
02692	Centre hospitalier régional de Sept-Iles	191 (1996-04-01)	X	
07542	Centre hospitalier régional Baie-Comeau : - Pavillon Le Royer	358 (1999-09-19)		X
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine				
03302	Centre hospitalier Baie des Chaleurs	-----	X	
03272	Centre hospitalier de Chandler	-----	X	
03282	L'Hôtel-Dieu de Gaspé	-----	X	
03412	Corporation de l'Hôpital des Monts	-----	X	
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
02802	Centre hospitalier de la Région de l'Amiante	-----	X	
02872	Centre hospitalier Beauce-Étchemin	203 (1997-01-01)	X	
03002	Hôtel-Dieu de Lévis	554 (2004-09-27)	X	
03032	Hôtel-Dieu de Montmagny	-----	X	
Région 13 : Laval				
00442	Cité de la Santé de Laval	-----	X	

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION partielle complète
Région 14 : Lanaudière			
00852	Centre hospitalier régional De Lanaudière	421 (2000-12-11)	X
01412	Centre hospitalier Le Gardeur	-----	X
10885	Centre d'accueil St-Thomas	421 (2000-12-11)	X
Région 15 : Laurentides			
01272	L'Hôpital d'Argenteuil	135 (1995-04-30)	X
01422	Hôpital Notre-Dame de Ste-Croix (<i>Centre de Mont-Laurier</i>)	-----	X
01442	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	-----	X
01452	Centre hospitalier Saint-Eustache	-----	X
Région 16 : Montérégie			
00422	Hôpital du Haut-Richelieu	-----	X
00922	Hôtel-Dieu de Sorel	-----	X
00942	Réseau Santé Richelieu-Yamaska	-----	X
00952	Hôpital Charles Lemoyne	-----	X
07532	Centre hospitalier Pierre-Boucher	-----	X
07762	Centre hospitalier Anna-Laberge	-----	X
+ CSSS de la Haute-Yamaska :			
01032	- Centre hospitalier de Granby	-----	X
+ 12345	- Centre Villa Bonheur	618 (2006-06-26)	X
01082	L'Hôpital Barrie Mémorial	-----	X
01132	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins	-----	X
01142	Centre Hospitalier Régional du Suroît	241 (1998-01-04)	X

ÉTABLISSEMENT NON ADHÉRENT**DROIT ACQUIS****Région 08 : Abitibi-Témiscamingue**

01532 Centre hospitalier Rouyn-Noranda

AVIS : Cette liste a été modifiée par les accords: 149, 162, 164, 184, 224, 241, 255, 267, 299, 421, 430, 454, 479, 516, 554 et 618.

Remarque : L'absence de numéro d'accord ou d'amendement signifie que l'établissement faisait partie de l'Annexe I de l'entente particulière lorsque celle-ci a été reconduite par l'Accord-cadre d'avril 1991.

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

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

AVIS: *Un médecin qui facture les codes d'activités 008030 et 008105 pour une même plage horaire doit retenir que ces activités ne peuvent se chevaucher. Il doit indiquer dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de sa demande de paiement les heures de début et de fin rattachées à chacun de ces codes. Exemple : Code 008030 : Début 8 h 00 - Fin 10 h 00, code 008105 : Début 10 h 00 - Fin 12 h 00.*

- Concurrément aux heures compensées au quart (1/4) du taux de la vacation et sous réserve de l'alinéa suivant, le médecin peut, sous réserve de l'alinéa suivant, dispenser des services dans d'autres secteurs d'activités et être rémunéré selon les modalités de rémunération s'appliquant dans le secteur en question à la condition que le médecin soit, lorsque requis, disponible pour la dispensation de services en anesthésie selon le règlement de l'établissement;
- Les services dispensés auprès des malades admis dans l'établissement où le médecin détient sa nomination avec privilèges en anesthésie sont rémunérés selon les dispositions des paragraphes 5.01 à 5.03 des présentes;

AVIS: *L'établissement doit utiliser l'avis de service n° 3547, cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE, inscrire E.P. anesthésie en CHSGS, préciser que le régime choisi est B- Article 5.05 (non requis lorsque l'établissement est désigné par le comité paritaire (voir Annexe 1), sauf si de nouveaux médecins s'ajoutent).*

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

AVIS: *Veillez utiliser le code d'activités 008105 : Heures non faites sur place.*

6.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION C

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

AVIS: *- L'établissement doit utiliser l'avis de service n° 3547, cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE, inscrire : E.P. Anesthésie en CHSGS, préciser que le régime choisi est C, cocher les cases PER DIEM et ACTE, inscrire le nombre d'heures hebdomadaire travaillées.*

*- Les honoraires demandés par le médecin doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de l'Annexe II, pour les services médicaux dans la section « Actes » du formulaire « Demande de paiement - Médecin » (n° 1200). Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** inscrire dans la case « P.H. » sur le formulaire n° 1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu **et ce, peu importe le lieu de dispensation** (établissement, cabinet, domicile, etc.) :*

*De minuit à 7 h (nuit), la plage horaire = 1
De 7 h à 12 h (A.M.), la plage horaire = 2
De 12 h à 17 h (P.M.), la plage horaire = 3
De 17 h à minuit (soir), la plage horaire = 4*

- Les services anesthésiques dispensés selon le mode du per diem doivent être facturés sur le formulaire demande de paiement - rémunération mixte n° 3743.

Les activités faites sur place en-dehors des périodes prévues au paragraphe 6.03 sont rémunérées selon l'entente générale;

AVIS: *Pour la facturation des services médicaux, utiliser le formulaire de demande de paiement médecin n° 1200. Toujours inscrire la plage horaire appropriée et les honoraires à 100 % (ou selon le taux auquel vous avez droit en vertu de la rémunération différente).*

6.02 Les services médicaux visés ainsi que les pourcentages des actes sont indiqués à l'annexe II des présentes. La détermination et l'application de ces pourcentages d'actes se font selon les règles suivantes :

- i) Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un pourcentage d'acte le pourcentage de l'acte le plus élevé est retenu;

AVIS: *On détermine le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical. Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du rôle 4 qui n'est pas sujet à rémunération. Pour un service médical à unités (rôle 1), on tient compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.*

- ii) Le pourcentage des actes est appliqué sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

- iii) Sous réserve de l'alinéa iv) ci-dessous, l'heure de début de prestation de services est retenu;

- iv) À l'égard des procédés d'anesthésie-réanimation tarifés en unités, le temps de prestation du service est retenu pour les unités de durée et l'heure du début de prestation du service est retenue pour les unités de base.

AVIS: *Pour la suite de l'opération inscrire le MOD = 116 ou un multiple et ce, peu importe la plage horaire (*) :*

Exemple : *Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires payable à 63 % pour la plage horaire 2 de 7 h à 12 h, à 63 % pour la plage horaire 3 de 12 h à 17 h et à 100 % pour la plage horaire 4 de 17 h à 20 h.*

Heure de début: 7 h heure de fin : 20 h.

	Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
#	2006-09-01	2	09419	2		44	324,32
#	2006-09-01	3	09419	2	116	60	442,26
#	2006-09-01	4	09419	2	116	36	421,20

(*) *S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le modificateur 130 pour la suite de l'opération et ce, peu importe la plage horaire.*

6.03 Une journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités faites sur place de sept (7) heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités de trois heures et demie (3 ½), entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés;

6.04 Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activités on applique les règles suivantes :

- i) le calcul de la période moyenne d'activités est effectué par période de deux (2) semaines;
- ii) le médecin ne peut réclamer plus d'un per diem par jour;
- iii) le médecin ne peut réclamer le paiement d'un demi per diem au cours d'une journée où il ne participe à aucune des activités prévues à l'article 6.02;
- iv) le médecin ne peut réclamer le paiement d'un per diem au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 6.02 a été inférieure à trois heures et demie (3 ½);
- v) aux fins de déterminer le nombre maximum de demi per diem qu'un médecin peut réclamer par période de deux (2) semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 6.02 au cours de cette période de deux (2) semaines;

AVIS: *La période est établie selon le calendrier de la rémunération mixte; vous référer au point 5.8 de l'onglet « Paiement » du manuel de facturation.*

- + **6.05** Un médecin reçoit un per diem pour l'ensemble des services médicaux qu'il dispense sur place au cours d'une journée d'activités. Pour une demi-journée d'activités, il reçoit la moitié du per diem applicable pour une journée. Le montant du per diem est de 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.

AVIS: *Les services anesthésiques dispensés selon le mode du per diem doivent être facturés sur le formulaire demande de paiement - rémunération mixte n° 3743.*

Veuillez utiliser le code d'activités 008030 : Services cliniques

Limitation sur la rémunération

6.06 Sous réserve du paragraphe 6.07, le médecin ne peut durant la journée, de 7 h à 17 h pendant laquelle il se prévaut d'un per diem, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi per diem, se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement à l'exception de l'entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont limitées, pour la période en cause, à l'application des modificateurs apparaissant à l'annexe II des présentes.

AVIS : Les services facturés dans le cadre de l'E.P. relative aux soins intensifs ou coronariens doivent être facturés selon les pourcentages prescrits à l'Annexe II pendant la période du per diem ou demi per diem.

Malgré ce qui précède, le médecin peut, de 16 h à 8 h, être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans un service d'urgence de l'établissement;

AVIS : Veuillez inscrire le **MOD = 028 ou un multiple** et la plage horaire appropriée.

Exemple 1 : Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires dans un service d'urgence et rémunérée selon l'Entente générale. Payable à 100 % pour la plage horaire 3 de 16 h à 17 h, à 100 % pour la plage horaire 4 de 17 h à 24 h et à 100 % pour la plage horaire 1 de 24 h à 6 h.

Heure de début : 16 h Heure de fin : 6 h.

	Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
#	2006-09-01	3	09419	2	28	15	175,50
#	2006-09-01	4	09419	2	116	65	760,50
#	2006-09-01	1	09419	2	116	72	842,40

N.B. : S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération et ce, peu importe la plage horaire.

Exemple 2 : Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires dans un service d'urgence et rémunérée selon l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne. Payable à 45 % pour la plage horaire 4 de 20 h à 24 h, à 45 % pour la plage horaire 1 de 24 h à 7 h et à 45 % pour la plage horaire 2 de 7 h à 8 h.

Heure de début : 20 h Heure de fin : 8 h.

Pour les instructions de facturation du forfait, veuillez vous référer à votre brochure 1, au point 5.01 de l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne. Prenez soin d'utiliser le modificateur 028.

Pour la facturation de l'acte, veuillez vous référer à l'exemple ci-dessous.

	Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
#	2006-09-01	4	09419	2	106	35	184,28
#	2006-09-01	1	09419	2	62	70	368,55
#	2006-09-01	2	09419	2	62	12	63,18

Inscrire les modificateurs 107 et 116 à la section **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour expliquer l'utilisation du modificateur 62 sur la ligne 2.

Inscrire les modificateurs 28, 107 et 116 à la section **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour expliquer l'utilisation du modificateur 62 sur la ligne 3.

N.B. : S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération et ce, peu importe la plage horaire.

6.07 Sous réserve de l'article 7.00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans tout établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière pour les services dispensés en dehors de la période de 7 h à 17 h s'il se prévaut d'un per diem ou en-dehors de la période de 7 h à 12 h s'il se prévaut d'un demi per diem;

6.08 Le médecin ne peut, de 7 h à 17 h, lorsqu'il se prévaut d'un per diem, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi per diem, être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail* et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs énumérés à l'annexe II des présentes;

6.09 Le médecin qui se prévaut d'un per diem ou d'un demi per diem au cours d'une journée de calendrier est rémunéré pour l'examen pré-anesthésique selon le pourcentage applicable de l'annexe II sauf pour les soins immédiatement requis pendant une période de garde en disponibilité.

7.00 RÉGIMES B ET C : GARDE EN DISPONIBILITÉ

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

- du lundi au vendredi :
 - de 0 h à 7 h;
 - de 16 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime B;
 - de 17 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime C;
- les samedi, dimanche et jour férié, de 0 h à 8 h et de 8 h à 16 h et de 16 h à 24 h;

AVIS : Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime **B**, veuillez utiliser une demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- la date et le code d'acte **09090** dans la section des ACTES et les honoraires correspondants; **veuillez utiliser 1 ligne par quart de garde;**
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement.

Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime **C**, veuillez utiliser une demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes:

- le code XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- la date et le code d'acte **19045** dans la section des ACTES et les honoraires correspondants; **veuillez utiliser 1 ligne par quart de garde;**
- la plage horaire correspondant à celle du début du quart de garde facturé dans la case PH;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement.

N.B. : Pour les services rendus pendant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

+ Le montant du forfait est de 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.

7.02 Sous réserve du paragraphe 6.09, les services médicaux dispensés pendant une garde en disponibilité sont rémunérés de la façon prévue au paragraphe 15.03 de l'entente générale, cette rémunération entraînant, le cas échéant, l'application du paragraphe 2.4.7.3B du préambule général au tarif;

7.03 Une garde au sens du présent article n'est effectuée que par un seul médecin ; cette garde ne peut être concomitante avec une garde qui, dans un centre hospitalier, pour une même période, serait effectuée par un médecin spécialiste.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

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

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS)

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

ÉTABLISSEMENTS		Régime	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES (Régime A)
Région 01 : Bas St-Laurent			
03403	CSSS de Rivière-du-Loup : C.H. Régional du Grand-Portage (2004-08-09)	C	
03253	Réseau de santé de la Matapédia : Centre hospitalier d'Amqui - Amqui (82-04-02)	A	17
Région 02 : Saquenay / Lac-St-Jean			
02453	Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma - Alma (85-07-01)	A	20
Région 03 : Capitale nationale			
02313	C.H. St-Joseph de La Malbaie - La Malbaie (82-04-02)	B	
Région 05 : Estrie			
01063	Centre de santé Memphrémagog : Centre de santé Memphrémagog-siège social - Magog (86-10-07)	A	20
Région 06 : Montréal			
00053	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord : Centre hospitalier Fleury (2005-06-27)	C	
00113	Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis (2004-06-10)	C	
00173	Centre universitaire de santé McGill : L'Hôpital de Montréal pour enfants (2004-06-03)	C	
+00143	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle : Hôpital de LaSalle (2006-08-09)	C	
+00283	Hôpital de Lachine (2006-05-17)	C	
Région 07 : Outaouais			
01333	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau : Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau - Maniwaki (82-04-02) (<i>art. 5.05</i>)	B	
01303	Centre de santé du Pontiac : Centre de santé du Pontiac - Shawville (95-01-01) (<i>art. 5.05</i>)	B	

ÉTABLISSEMENTS		Régime	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES (Régime A)
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01553	Centre de Santé Sainte-Famille : Centre de Santé Sainte-Famille - Ville-Marie (83-07-15) (99-10-08) (art. 5.05)	B	
01533	Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda : Centre hospitalier Rouyn-Noranda (2004-07-01)	C	
01503	CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos (2005-02-21)	C	
01523	Réseau de la Santé et des Services sociaux des Aurores Boréales : C.H. La Sarre - La Sarre (90-06-01)	A	30
01543	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or : Centre hospitalier de Val d'Or (2004-04-16)	C	
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine			
03273	C.H. de Chandler - Chandler (82-04-02)	A	20
03303	Centre de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs : Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (2004-04-01)	C	
Région 14 : Lanaudière			
00853	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière : Centre hospitalier régional de Lanaudière (2004-06-20)	C	
Région 15 : Laurentides			
01423	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de Mont-Laurier - Mont-Laurier (82-04-02)	B	
Région 16 : Montérégie			
01133	Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie : Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins (2004-04-04)	C	
01083	L'Hôpital Barrie Memorial - Ormstown (87-03-23) (89-03-01) (art. 5.05)	B	

Remarque : Les dates énumérées ci-dessous sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente, dans l'amendement ou par le biais d'un accord.

Annexe révisée en date du 13 septembre 2006

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
			partielle	complète
Région 05 : Estrie (suite)				
12075	La Résidence de l'Estrie de Sherbrooke Inc.	-----		X
20115	Centre d'Accueil Shermont Inc.	-----		X
20965	Maison Reine Marie Inc.	-----		X
23485	La Maison Blanche de North Hatley Inc.	201 (1996-09-30)		X
Région 06 : Montréal-Centre				
00164	Centre hospitalier Jacques-Viger	-----		X
00224	CHSLD Lucille Teasdale	261 (1998-07-05)		X
00324	Centre hospitalier St-Michel	204 (1997-01-01)		X
04024	Hôpital Grace Dart	-----		X
04044	Centre hospitalier Juif de l'Espérance	-----		X
04114	Le Centre de soins prolongés de Montréal	-----		X
04134	Hôpital Notre-Dame de la Merci Inc.	-----		X
04154	Hôpital St-Charles Borromée	177 (1996-01-15)	X	
04164	Hôpital St-Joseph de la Providence	278 (1998-11-17)		X
04224	La Corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides CHSLD Champlain - Manoir de Verdun :	-----	X	
04244	- Pavillon Champlain	292 (1998-01-04)		X
04584	Hôpital Mont-Sinaï	139 (1995-04-30)		X
05054	Centre le Cardinal Inc.	-----		X
05474	Centre d'hébergement St-Vincent-Marie Inc.	256 (1998-04-01)		X
06774	Résidences Mance-Décary	153 (1995-06-22)		X
08004	Centre hospitalier Côte-des-Neiges	-----		X
10005	CHSLD Les Havres	538 (2004-05-10)	X	
10045	Centre d'accueil Father Dowd	-----		X
10095	CHSLD Emilie Gamelin, Armand-Lavergne	-----		X
10365	Centre d'accueil St-Margaret	-----		X
10375	CHSLD Biermans -Triest	-----		X
10435	Manoir Cartierville	431 (2001-04-01)	X	
11445	Manoir L'Age-D'or	-----		X
12245	La Corporation du Centre d'accueil de Lachine	-----		X
12275	CHSLD - CLSC St-Laurent	266 (1998-09-15)		X
12305	Foyer Dorval	-----		X
13005	Foyer Rousselot	-----		X
15135	Centre d'accueil Juif	-----		X
15355	Résidence Jean de La Lande	-----		X
15645	Centre d'accueil Louis-Riel	201 (1996-09-30)	X	
15725	Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger	-----		X
15775	Centre d'accueil Nazaire Piché	-----		X
15795	Le Centre d'accueil Réal-Morel CLSC J.- Octave Roussin :	-----	X	
15865	- Centre François-Séguenot	-----		X
16185	Centre d'accueil Chevalier de Lorimier	-----		X
16305	CLSC - CHSLD de Rosemont - Résidence Robert-Cliche - Centre d'hébergement Marie-Rollet CLSC-CHSLD La Petite Patrie :	412 (2000-11-01)		X
16325	- CHSLD Paul-Gouin Centre hospitalier Richardson :	510 (2003-12-08)		X
16335	- Centre d'accueil Henri Bradet CLSC Montréal-Nord :	-----		X
16395	- Résidence Paul Lizotte	-----		X
16525	Résidence Yvon-Brunet	-----		X
17775	Les résidences Laurendeau, Légaré, Louvain	-----		X
17855	CHSLD Jeanne-LeBer	510 (2003-12-08)		X
04084	L'Hôpital chinois de Montréal (1963)	607 (2006-04-03)	X	

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
			partielle	complète
Région 06 : Montréal-Centre (suite)				
20995	Résidence Angélica Vigi Santé Ltée :	543 (2004-06-28)	X	
23645	- CHSLD Mont-Royal	153 (1995-08-29)		X
24055	Les foyers presbytériens de St-Andrew Inc.	-----		X
24095	Résidence Berthiaume-DuTremblay	-----		X
25165	Les résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées	-----		X
+	Villa Belle Rive Inc.:			
+25715	- Villa Belle Rive	617 (2006-06-15)	X	
28195	Les Cèdres-Centre d'accueil pour personnes âgées	240 (1997-10-17)		X
+	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Gouin Inc. :			
+28475	- CHSLD Gouin	620 (2006-07-10)		X
Région 07 : Outaouais				
10265	Centre d'accueil La Petite Nation	-----		X
11305	Le Foyer d'accueil de Gracefield	-----		X
11325	CHSLD de Hull	-----		X
12565	Foyer Père Guinard	-----		X
	CLSC et CHSLD de Gatineau :			
15275	- Centre d'accueil de Gatineau	253 (1998-02-03)		X
15735	Centre d'accueil Renaissance	-----		X
+	CSSS des Collines :			
+17665	- CLSC-CHSLD des Collines	620 (2005-10-01)		X
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
04604	Centre hospitalier St-Jean	-----		X
10815	Le Foyer de l'Age D'Or Inc.	-----		X
11045	Villa St-Martin Inc.	-----		X
11515	Maison Pie XII	-----		X
12395	Foyer Harricana Inc.	-----		X
12415	Foyer de Val D'Or Inc.	-----		X
12425	Le Foyer Mgr Halde	-----		X
Région 09 : Côte Nord				
	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan :			
07444	- Pavillon Boisvert	517 (2004-01-01)	X	
02644	CSSS de la Haute-Côte-Nord :			
	- Centre de santé de la Haute-Côte-Nord (Pavillon Escoumins)	601 (2005-12-05)		X
	- Centre de santé de la Haute-Côte-Nord (Pavillon Bergeronnes)	601 (2005-12-05)		X
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine				
11205	La corporation du Centre d'accueil de Cap-Chat	-----		X
15055	Centre d'accueil de la Baie	-----		X
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
02854	Complexe de santé et CLSC Paul Gilbert	278 (1999-01-04)	X	
02864	Les CHSLD de Beauce	261 (1998-05-25)		
	- L'Accueil de Ville St-Georges de Beauce		X	
	- Centre d'accueil St-Honoré		X	
	- Le Pavillon Notre-Dame		X	
	- Centre hospitalier de Beauceville	261 (1998-05-25)	X	

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
			partielle	complète
Région 12 : Chaudière-Appalaches (suite)				
04904	Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins			
	- Le Sanatorium Bégin	204 (1997-01-01)		X
	- Foyer Lac Etchemin	214 (1997-01-01)		X
	- Pavillon de l'Hospitalité	214 (1997-01-01)		X
10105	Foyer D'Youville	-----		X
	Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral :			
11395	- CHSLD de Sainte-Hénédine	569 (2005-02-21)	X	
11625	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Bellechasse	233 (1997-11-02)		
	- Foyer St-Raphaël			X
	- Pavillon de l'Age d'Or St-Anselme			X
	- Villa Prévost			X
	- Foyer St-Gervais			X
11865	Les CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet	416 (2001-02-05)		
	- St-Eugène			X
	- Ste-Perpétue		X	
12495	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Lotbinière	468 (2002-04-08)		
	- Saint-Apollinaire		X	
	- Saint-Flavien		X	
	- Saint-Sylvestre		X	
	- Sainte-Croix		X	
12545	CHSLD de l'Amiante	367 (1999-12-01)		
	- Foyer S.-C. de Jésus d'East Broughton			X
	- Foyer Valin Inc.			X
	- Foyer de Disraeli		X	
15175	CLSC Desjardins	311 (1999-05-02)		
	- Pavillon St-Antoine Enr.			X
	- Pavillon Lauzon		X	
23625	Pavillon Bellevue Inc.	-----		X
Région 13 : Laval				
05374	CHSLD St-Jude Inc.	-----		X
10875	CHSLD de Laval : - Centre d'accueil Fernand Larocque	416 (2001-02-05)	X	
	CLSC et CHSLD du Marigot :			
15615	- Édifice Idola St-Jean	459 (2001-12-17)	X	
	CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval :			
18205	- Résidence Rose-de-Lima	456 (2001-10-14)	X	
26975	Résidence Rivière	405 (2000-09-18)		X
28055	Centre d'hébergement St-François Inc.	-----		X
29565	Monsieur Réginald Ratle :			
	- Villa des Tilleuls	553 (2004-09-01)	X	
29605	Vigi Santé Ltée : - CHSLD Vigi L'Orchidée Blanche	474 (2002-07-01)	X	
Région 14 : Lanaudière				
06414	Centre hospitalier Le Château de Berthier Inc.	-----		X
10555	Le CHSLD Montcalm	-----	X	
	CLSC-CHSLD d'Autray	276 (1998-09-27)		
10795	- Centre d'accueil Désy	529 (2004-03-08)	X	
	CSSS Sud de Lanaudière ;	593 (2005-07-25)		
18295	- CHSLD des Deux-Rives			X
17885	- CHSLD Alexandre Archambault			X
12105	- CHSLD l'Assomption			X
	Carrefour SSS de Matawinie (CLSC-CHSLD)	261 (1998-07-05)		
12115	- Centre d'accueil Brassard			X
12215	- Foyer de St-Donat Inc.			X
28465	Centre d'hébergement des Moulins Inc.	-----		X
29635	CHSLD de la Côte Boisée	384 (1999-12-22)	X	

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
			partielle	complète
Région 15 : Laurentides				
07774	CHSLD Drapeau Deschambault	240 (1998-01-04)		X
10225	Centre d'accueil Sainte-Anne de Mont-Laurier	-----		X
12195	Accueil Come Cartier	-----		X
13865	Les CHSLD de la Rive et de Mirabel	-----		X
15265	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	266 (1998-09-15)		X
28205	Villa du Vieux Sapin Inc.	-----		X
29615	CHSLD Villa Soleil	416 (2000-12-11)	X	
Région 16 : Montérégie				
01044	Centre hospitalier du Comté de Huntingdon	-----		X
04234	CHSLD de la MRC de Champlain	397 (2000-07-31)	X	
04464	CHSLD du Bas Richelieu	233 (1997-11-02)		X
07734	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraiè	459 (2001-12-17)		
	- CH de Bedford, les Foyer Farnham	223 (1997-07-27)	X	
	- Centre d'accueil de Cowansville	431 (2001-04-02)	X	
28515	- Foyer Sutton	459 (2001-12-17)		X
	CLSC/CHSLD Des Maskoutains :			
	- Centre Andrée-Perreault	233 (1997-11-02)		X
10975				
11235	Le regroupement des CHSLD des Trois Rives	266 (1998-09-15)		X
12135	Le Foyer de Châteauguay Inc.	-----		X
14095	Centre d'accueil La Prairie	-----		X
15095	Centre Rouville	-----		X
15385	CLSC/CHSLD de la Vallée du Richelieu	233 (1997-11-02)		
	- Centre Marguerite-Adam, centre Montarville			X
15535	Centre d'accueil Jeanne Crevier	-----		X
15545	Centre d'accueil Contrecoeur	-----		X
15825	CHSLD de Longueuil	-----	X	
15855	Centre d'accueil Pierre-Rémi Narbonne	-----		X
16175	Foyer Lajemmerais	-----		X
16545	Les centres du Haut St-Laurent (CHSLD)	-----		X
23895	Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	-----		X
25605	Foyer Notre-Dame de Laprairie	372 (2000-01-10)	X	
28115	Accueil du Rivage Inc.	-----		X
29425	Centre d'hébergement C.P.L. Argyle inc.	498 (2003-06-15)	X	
	- Résidence du Parc			
29545	La maison des Aînés(es)	504 (2003-08-04)	X	
29665	Le Manoir Harwood	443 (2001-08-01)		X

- # **AVIS :** 1- Certains établissements ont été retirés et/ou ajoutés par les accords suivants : 127, 132, 138, 139, 143, 144, 165, 185, 190, 204, 213, 223, 233, 240, 253, 256, 259, 261, 266, 267, 276, 278, 286, 292, 302, 321, 342, 384, 389, 397, 416, 443, 468, 510, 517, 522, 528, 529, 538, 543, 553, 559, 569, 593, 601, 607, 617 et 620.
- 2- L'absence de n° d'accord signifie que l'établissement faisait partie de l'annexe de cette entente particulière à la date de la signature de celle-ci.

A - EP - UMF

ANNEXE I

Établissements désignés et banques d'heures allouées annuellement dans le cadre de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale.

Établissements	Banques	
	Supervision	Activités académiques
Région 01 : Bas St-Laurent		
93442 Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski : - CLSC Rimouski-Neigette (99-05-19)	6 059	2 025
+ UMF KRTB : Banque d'heures globale pour les UMF regroupés :		
+ CSSS de Kamouraska :		
+03043 - Centre Notre-Dame-de-Fatima		
+ CSSS de Rivière-du-Loup :		
+03403 - Centre hospitalier régional du Grand-Portage		
+ CSSS de Témiscouata :		
+80505 - CLSC de Dégelis		
+ CSSS des Basques :		
+03394 - Centre hospitalier Trois-Pistoles (mission CLSC)		
+ 1 ^{er} juillet 2006 au 30 juin 2007	2 460	1 268
+ 1 ^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008	5 383	2 029
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean		
02473 CSSS de Chicoutimi : - Pavillon Saint-Vallier (97-01-01)	7 457	2 391
+ CSSS de Lac-Saint-Jean-Est :		
+02453 - Hôpital d'Alma		
+ 1 ^{er} juillet 2006 au 30 juin 2007	3 994	1 645
+ 1 ^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008	6 772	2 413
Région 03 : Capitale nationale		
02133 Centre hospitalier universitaire de Québec :		
02103 - Pavillon CHUL (97-01-01)	5 479	1 981
- Pavillon St-François d'Assise (97-01-01)	4 786	1 778
95082 CSSS de la Vieille-Capitale : - CLSC Haute-Ville (98-12-31)	4 764	1 773
02063 Hôpital Laval (97-01-01)	4 994	1 818
80495 CSSS Québec-Nord : - Centre de santé Orléans - Point de service Maizerets (mission CLSC)	4 561	1 718
Région 04 : Mauricie et du Centre-du-Québec		
01833 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : - Pavillon Sainte-Marie :		
1 ^{er} septembre 2005 au 31 août 2006	3 994	1 645
1 ^{er} septembre 2006 au 31 août 2007	6 772	2 413

	Établissements	Banques	
		Supervision	Activités académiques
Région 05 : Estrie			
01163	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : - CH universitaire de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont (97-01-01)	4 625	1 348
Région 06 : Montréal			
00153	Hôpital Maisonneuve-Rosemont : - Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux (97-01-01)	7 192	2 338
00203	Centre hospitalier de l'université de Montréal : - Hôpital Notre-Dame du CHUM (97-01-01)	5 944	2 000
00273	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (97-01-01)	5 874	2 022
00113	Hôpital Général Juif-Sir Mortimer B. Davis (97-10-01)	8 315	2 545
00363	CSSS du Sud-Ouest-Verdun : - Centre hospitalier de Verdun (97-01-01)	6 443	2 135
00313	Centre hospitalier de St. Mary (98-01-01)	12 588	3 540
Région 07 : Outaouais			
07693	CSSS de Gatineau : - Pavillon de Gatineau (97-03-10)	3 380	1 310
Région 08 : Abitibi / Témiscamingue			
	1 ^{er} septembre 2005 au 31 août 2006	3 329	1 476
	1 ^{er} septembre 2006 au 31 août 2007	2 778	1 402
93952	CSSS Les Eskers de l'Abitibi : - CLSC Les Eskers et		
01523	CSSS des Aurores-Boréales : - Centre hospitalier de La Sarre		
Région 09 : Côte-Nord			
93722	CSSS de Manicouagan : - CLSC Secteur Baie-Comeau 1 ^{er} janvier 2006 au 30 juin 2006 1 ^{er} juillet 2006 au 30 juin 2007	998 5 383	570 2 029
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine			
03283	CSSS de la Côte-de-Gaspé : - Pavillon Hôtel-Dieu (97-01-01)	1 832	1 094
+	CSSS de la Baie-des-Chaleurs :		
+03303	- Hôpital de Maria		
+	1 ^{er} juillet 2006 au 30 juin 2007	666	803
+	1 ^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008	3 883	1 682

Établissements	Banques	
	Supervision	Activités académiques
Région 13 : Laval		
00443	CSSS de Laval : - Cité de la Santé de Laval (97-01-01)	6 378 2 104
Région 16 : Montérégie		
00953	Hôpital Charles Lemoyne (97-01-01)	7 162 2 349

REMARQUE : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente ou dans l'amendement.

AVIS : L'Annexe I est modifiée par les Accords suivants : n^{os} 207, 212, 231, 242, 288, 316, 564, 592, 602 et 619.

A - EP - SOINS PALLIATIFS

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés ou dans une maison privée liée par une entente de services avec un établissement, dispense des services professionnels en soins palliatifs.

		Accord	Date
Région 01 : Bas St-Laurent			
03340	Centre hospitalier régional de Rimouski	125	95-04-30
03040	L'Hôpital de Notre-Dame de Fatima	125	95-04-01
Région 02 : Saguenay / Lac-Saint-Jean			
CSSS de Chicoutimi :			
02470	- Pavillon Saint-Vallier	579	05-04-01
02520	Hôtel-Dieu de Roberval	237	98-01-01
Région 03 : Québec			
02030	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec:- Pavillon Enfant Jésus	245	98-01-01
02100	- Pavillon Saint-François d'Assise	478	02-09-01
02120	- Hôpital du Saint-Sacrement	485	02-10-28
02370	Centre hospitalier de Charlevoix	123	95-01-01
02310	Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie	123	95-02-26
Centre hospitalier universitaire de Québec :			
02040	- Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec	245	98-01-01
02130	- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	245	98-01-01
02060	Hôpital Laval	202	97-01-01
07720	La Maison Michel Sarrazin	125	95-04-30
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs			
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :			
01830	- Pavillon Sainte-Marie	561	04-12-19
Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie :			
01850	- Centre hospitalier régional de la Mauricie	245	98-01-01
Région 05 : Estrie			
Centre universitaire de santé de l'Estrie :			
01160	- Site Fleurimont	245	98-01-01
01100	- Site Bowen	245	98-01-01
CLSC - Centre hospitalier et d'hébergement Memphrémagog :			
01060	- CH et CHSLD de Memphrémagog	373	99-12-14
Région 06 : Montréal-Centre			
Centre hospitalier Angrignon :			
00360	- Centre hospitalier de Verdun	245	98-01-01
Centre hospitalier de l'Université de Montréal :			
00060	- Hôtel- Dieu du CHUM	422	01-01-31
00200	- Hôpital Notre-Dame du CHUM		
00300	- Hôpital St-Luc du CHUM		
00310	Centre hospitalier de St-Mary	140	95-04-30
00180	Hôpital Général de Montréal	237	97-04-18
00100	Hôpital Jean-Talon	395	00-06-25
00150	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	125	95-03-12

		Accord	Date
Région 06 : Montréal-Centre (suite)			
00250	Hôpital Royal Victoria	125	95-04-30
00270	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	331	99-04-12
00110	L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	163	95-11-01
00280	Centre hospitalier de Lachine	377	00-01-17
00400	Hôpital Général du Lakeshore	470	02-04-15
00350	Hôpital Santa Cabrini	495	03-04-01
+	Centre universitaire de santé McGill :	613	06-04-05
00260	- Institut thoracique de Montréal		
00190	- Hôpital neurologique de Montréal		
Région 07 : Outaouais			
	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais,	446	01-07-16
07690	- Pavillon de Gatineau (98-01-01)		
01260	- Pavillon de Hull (01-07-16)		
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01500	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	123	95-01-01
	Centre de santé de de services sociaux de la Vallée de l'Or :		
01540	Centre hospitalier de Val d'Or	561	04-10-08
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02800	Centre hospitalier de la région de l'Amiante	125	95-04-30
02870	Centre hospitalier Beauce-Etchemin	133	95-04-30
03000	Hôtel-Dieu de Lévis	123	95-01-01
03030	Hôtel-Dieu de Montmagny	125	95-04-30
Région 13 : Laval			
00440	Cité de la Santé de Laval	122	95-01-01
Région 14 : Lanaudière			
01410	Centre hospitalier Le Gardeur	122	95-01-01
00850	Centre hospitalier régional Delanaudière	366	99-11-22
Région 15 : Laurentides			
	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle :		
01420	- Centre de Mont-Laurier	245	98-01-01
00780	- Centre de l'Annonciation	245	98-01-01
01270	L'Hôpital d'Argenteuil	125	95-04-30
01440	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	230	97-08-31
01430	Centre hospitalier Laurentien	357	99-09-02
Région 16 : Montérégie			
07530	Centre hospitalier Pierre-Boucher	158	95-10-23
01030	Centre hospitalier de Granby	347	99-09-06
01130	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins	133	95-04-30
00420	Hôpital du Haut-Richelieu	142	95-04-30
00950	Hôpital Charles Lemoyne	202	97-01-01
00920	Hôtel-Dieu de Sorel	142	95-04-30

AVIS : Certains établissements ont été retirés par les accords n^{os} 187, 202, 230, 245, 331, 347, 357, 395, 422 et 561.

A - EP - RÉADAPTATION OU PROGRAMME SPÉCIFIQUE CHSGS

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés.

	Date
Région 01 : Bas St-Laurent	
03253 Réseau de santé de la Matapédia : Centre hospitalier d'Amqui - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03313 CSSS de Matane : Centre hospitalier de Matane : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03343 Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski : Centre hospitalier régional de Rimouski - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03403 CSSS de Rivière-du-Loup : Centre hospitalier régional du Grand-Portage - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
04963 CSSS de la Mitis : Centre Mitissien de santé et de services communautaires - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03333 CSSS de Témiscouata : Centre hospitalier Notre-Dame-du-Lac : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03043 CSSS de Kamouraska : Centre Notre-Dame-de-Fatima : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean	
02503 Centre Maria-Chapdelaine : Centre Maria-Chapdelaine - Centre de service Dolbeau - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02513 Carrefour de santé de Jonquière : Centre hospitalier Jonquière - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02473 CSSS de Chicoutimi : Complexe hospitalier de la Sagamie - services préhospitaliers cliniques - clinique de l'adolescence	1995-04-30 2005-02-15
02483 CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau : Hôpital de La Baie des Ha! Ha! - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30

		Date
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean (suite)		
02453	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02523	CSSS Domaine-du-Roy : Hôtel-Dieu de Roberval - services médicaux dispensés aux Atikameks à la réserve d'Obedjiwan - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30 1995-04-30
10233	Le Centre Jeunesse du Saguenay - Lac-Saint-Jean : Centre Saint-Georges	2003-01-20
10143	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac St-Jean : Centre de services de Chicoutimi	2000-04-17
Région 03 : Québec		
02033	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec : Hôpital de l'Enfant-Jésus - services préhospitaliers cliniques - soins dispensés aux traumatisés crânio-cérébraux	1997-04-03 1997-04-03
02123	Hôpital du St-Sacrement - services préhospitaliers cliniques - Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia	1997-04-03 2001-05-14
02373	CSSS de Charlevoix : Centre hospitalier de Charlevoix : - clinique des maladies neuro-musculaires de la région de Charlevoix - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30 1995-04-30
02313	Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie : - clinique des maladies neuro-musculaires de la région de Charlevoix - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30 1995-04-30
02103	Centre hospitalier universitaire de Québec : Pavillon St-François d'Assise - services préhospitaliers cliniques - programme d'aide aux personnes victimes d'abus sexuel	1997-04-03 1996-06-08
02043	Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec : - services préhospitaliers cliniques	1997-04-03
02133	Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval - services préhospitaliers cliniques - programme de médecine génétique, dépistage néonatal et diagnostic prénatal	1997-04-03 1997-04-03
02353	CSSS de Portneuf : Centre hospitalier Portneuf/CLSC de Portneuf - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02323	CSSS de Québec-Nord : Centre hospitalier Chauveau - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02063	Hôpital Laval : - services préhospitaliers cliniques - clinique multidisciplinaire - Clientèles chirurgies bariatriques	1995-04-30 2006-02-20
10303	Centre jeunesse de Québec : - réadaptation interne adolescentes sous-rég. Sainte-Foy/Chauveau	2004-05-10
10293	- réadaptation interne adolescents sous-rég. Orléans	2004-05-10

		Date
Région 04 : Mauricie / Centre-du-Québec		
01783	CSSS de Maskinongé : Point de service Comtois - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01853	CSSS de l'Énergie : Centre hospitalier régional de la Mauricie : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01833	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : Pavillon Sainte-Marie : - services préhospitaliers cliniques	1997-04-03
01773	CSSS de la St-Maurice : - services médicaux fournis au dispensaire de Parent du Lac Edouard - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30 1995-04-30
11043	Centre serv. déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec : Bureau administratif - services médicaux dispensés auprès de la clientèle déficiente intellectuelle	1997-06-15
01753	CSSS de Trois-Rivières : Centre Cloutier-du Rivage - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02783	CSSS Nicolet-Yamaska, Les Blés d'Or : Centre Christ-Roi - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02773	CSSS Drummond : Hôpital Ste-Croix - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02753	CSSS d'Arthabaska-Érable : Hôtel-Dieu d'Arthabaska - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 05 : Estrie		
01003	Centre de santé de la MRC d'Asbestos : Centre hospitalier d'Asbestos - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01023	Centre de santé de la MRC de Coaticook : Centre de santé de la MRC de Coaticook – siège social - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01113	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke : Pavillon Argill - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01123	CSSS du Granit : Centre de santé du Granit (siège social) - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30

		Date
Région 05 : Estrie (suite)		
01163	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : C.H. universitaire de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont - services préhospitaliers cliniques - clinique anti-douleur	1995-04-30 2003-06-16
01103	C.H. universitaire de Sherbrooke – Hôtel-Dieu - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
10433	Centre Jeunesse de l'Estrie : Point de services : Val-du-Lac - service externe ambulatoire	2001-01-01
10453	Centre d'accueil Dixville Inc. : Pavillon Albert Schweitzer	2004-05-25
10443	Centre Notre-Dame de l'Enfant (Sherbrooke) inc. : Centre Notre-Dame de l'Enfant - services préhospitaliers cliniques	2004-05-25
01063	Centre de santé Memphrémagog : Centre de santé Memphrémagog – siège social	1995-04-30
Région 06 : Montréal		
45169	Centre de réadaptation Lisette-Dupras : - Pavillon Pierrefonds	2000-04-15
10583	Le Centre Jeunesse de Montréal : - Centre Jeunesse de Montréal – Site Rose-Virginie Pelletier - Centre Jeunesse de Montréal – Site Mont Saint-Antoine - Centre Jeunesse de Montréal – Site Dominique-Savio - Centre Jeunesse de Montréal – Site Cité des Prairies	2000-03-20 2000-03-20 2000-03-20 2000-03-20
00063	Centre hospitalier de l'Université de Montréal : Hôtel-Dieu du CHUM - programme d'aide aux victimes d'agression à caractère sexuel - clinique anti-douleur	1994-04-30 2001-10-15
00303	Hôpital Saint-Luc du CHUM - programme : itinérance - toxicomanie - sida - unité relative aux patients multi-problématiques ayant des pathologies physiques majeures et une des composantes suivantes : psychopathie, toxicomanie, sociopathie	1995-01-01 1995-04-30
00173	Centre universitaire de santé McGill : L'Hôpital de Montréal pour Enfants - centre de contrôle anti-poison et de toxicologie clinique	1995-04-30
00183	Hôpital général de Montréal - Centre du traitement des maladies immunitaires - clinique anti-douleur	2001-11-01 2004-03-01

		Date
Région 07 : Outaouais		
01313	CSSS des Collines : Centre hospitalier Gatineau Memorial - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
07693	CSSS de Gatineau : Pavillon de Gatineau - services préhospitaliers cliniques - services d'oncologie	1995-04-30 2002-05-16
+	- Clinique régionale des maladies du sein de l'Outaouais	2006-02-14
01263	Pavillon de Hull - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01333	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau : Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01303	Centre de santé du Pontiac : Centre hospitalier du Pontiac - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
10903	Pavillon du Parc : Services socioprofessionnels - services médicaux dispensés auprès de la clientèle du Centre Mgr Proulx	1996-11-21
01253	CSSS de Papineau : Pavillon du centre hospitalier - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue		
01543	CSSS de la Vallée-de-l'Or : Centre hospitalier de Val-d'Or : - service d'oncologie	1995-04-30
08173	CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa : Centre de santé de Témiscaming - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01553	CSSS du Lac-Témiscamingue Centre de Santé Sainte-Famille - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01503	CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - services médicaux dispensés auprès de la clientèle du centre de réadaptation Clair Foyer Inc. - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30 1995-04-30
01523	CSSS des Aurores-Boréales : Centre hospitalier La Sarre - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01533	CSSS de Rouyn-Noranda : Centre hospitalier Rouyn-Noranda - services préhospitaliers cliniques - clinique anti-douleur	1995-04-30 2002-01-28

		Date
Région 09 : Côte-Nord		
02643	Centre de santé des Nord-Côtiers : Centre de santé des Nord-Côtiers (PAVILLON ESCOUMINS) - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02713	CLSC – Centre de santé des Sept-Rivières : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
07543	CSSS de Manicouagan : Centre hospitalier régional Baie-Comeau - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 10 : Nord-du-Québec		
02533	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James : Centre de santé de Chibougamau - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine		
03323	CSSS de la Côte-de-Gaspé : Point de service Murdochville - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03283	Pavillon Hôtel-Dieu - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03303	CSSS Baie-des-Chaleurs : Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03273	CSSS du Rocher-Percé : Centre hospitalier de Chandler - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03413	CSSS de la Haute-Gaspésie : Corporation de l'Hôpital des Monts - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
18233	Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles - secteur de réadaptation – Unité La Balise	2003-02-03
Région 12 : Chaudière-Appalaches		
02803	CSSS de la région de Thetford : Centre hospitalier de la région de l'Amiante - services préhospitaliers cliniques - Centre intégré de ressources alternatives (C.I.R.A.)	1995-04-30 1996-04-16
02873	CSSS de Beauce : Centre hospitalier Beauce-Etchemin - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03003	Hôtel-Dieu de Lévis : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
03033	CSSS de Montmagny-L'Islet : Hôtel-Dieu de Montmagny : - programme sous-régional de rapatriement et suivi des patients en oncologie	1995-04-30

		Date
Région 13 : Laval		
10503	Centre Jeunesse de Laval : - Centre Jeunesse de Laval/Centre Le Maillon de Laval - Centre Cartier - Centre Notre-Dame de Laval	2005-04-17 1995-12-01 1995-12-01
Région 14 : Lanaudière		
01413	CSSS du Sud de Lanaudière : Centre hospitalier Le Gardeur - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
00853	CSSS du Nord de Lanaudière : Centre hospitalier régional DeLanaudière - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 15 : Laurentides		
01453	CSSS Deux-Montagnes / Sud-de-Mirabel : Centre hospitalier Saint-Eustache - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01423	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle : Centre de l'Annonciation - services préhospitaliers cliniques	2001-06-11
00783	Centre de Mont-Laurier - services préhospitaliers cliniques - services d'oncologie	2001-06-11
01433	CSSS des Sommets : Centre hospitalier Laurentien : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01443	CSSS Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel : Hôtel-Dieu de St-Jérôme - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01273	L'Hôpital d'Argenteuil : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
Région 16 : Montérégie		
07763	CSSS Jardins-Roussillon : Centre hospitalier Anna-Laberge - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01033	CSSS de la Haute-Yamaska : Centre hospitalier de Granby - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
01143	CSSS du Suroît : Centre hospitalier régional du Suroît - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
07533	CSSS du Vieux Longueuil et de Lajemmerais : Centre hospitalier Pierre-Boucher - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
00953	Hôpital Charles LeMoine : - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30

		Date
	Région 16 : Montérégie (suite)	
00423	CSSS Haut-Richelieu / Rouville : Hôpital du Haut-Richelieu - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
00923	CSSS de Sorel-Tracy : Hôtel-Dieu de Sorel - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
10843	Les Centres Jeunesse de la Montérégie : Campus de Saint-Hyacinthe	1995-12-01
00943	CSSS Richelieu-Yamaska : Centre hospitalier Honoré-Mercier - services préhospitaliers cliniques	1995-04-30
05863	Conseil des Mohawks de Kahnawake : Centre hospitalier Kateri Memorial – Tehsakotitsen : tha - services médicaux dispensés dans le cadre du programme des services à domicile et d'autres programmes prioritaires	2000-07-29

Remarques : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente ou dans l'amendement.

Le programme services préhospitaliers cliniques exclut la participation au cours de formation.

EP - CHIBOUGAMAU

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION POUR LE COMPTE DU CENTRE DE SANTÉ CHIBOUGAMAU

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 002030 *Services cliniques*
- 002032 *Rencontres multidisciplinaires*
- 002043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- 002055 *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)*
- 002063 *Garde sur place*
- # - 002071 *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu de l'art. 5.10 de l'Annexe XIV*
- 002079 *Services anesthésiques et obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX).*
- 002098 *Services de santé durant le délai de carence*

3.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire

ou

pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

Lorsque le médecin opte pour l'application de cette entente particulière, il ne peut partager la garde qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

3.02 Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode prévu à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

AVIS: *Veillez utiliser le code d'activité 002081.*

4.01 La garde en disponibilité auprès du Centre de santé visé aux présentes est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable.

4.02 Pour être rémunérée selon l'article 4.01, une garde en disponibilité doit se situer, les samedi, dimanche et jours fériés, entre 8 h et 20 h, ainsi que tous les jours de la semaine, entre 20 h et 8 h.

4.03 La rémunération prévue pour la garde en disponibilité visée par la présente entente particulière n'est payable pour une même période de garde, qu'à un seul médecin dans chacun des deux secteurs suivants :

- a) pour les services aux patients admis, incluant les transferts inter-établissements;
- b) pour les services d'obstétrique.

5.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

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

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

6.00 DÉPANNAGE

6.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les modalités de désignation du médecin sont celles prévues au même article, les autres modalités applicables étant celles prévues ci-après.

6.02 Sous réserve du paragraphe 6.04 un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès de l'établissement visé est rémunéré :

- a) soit selon un per diem auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu à l'article 4.00;
- b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au per diem, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 009030 *Services cliniques*

- 009063 *Garde sur place*

- 009071 *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu de l'art. 5.10 de l'Annexe XIV*

- 009081 *Garde en disponibilité*

- *Identifier le mode de rémunération comme suit : PD (per diem), TH (tarif horaire).*

#

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

+ Le taux de base du per diem est de 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.

6.04 Malgré le paragraphe précédent, le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire au service d'urgence de l'établissement est rémunéré selon les modalités prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

6.05 Lorsque le médecin se prévaut des dispositions relatives au dépannage prévues à la présente entente, il ne peut, pour une journée rémunérée selon ces dispositions, recevoir toute autre rémunération de la Régie.

*EP - SANTÉ PUBLIQUE***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE****PRÉAMBULE**

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

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre de la santé publique sous la responsabilité de la Régie régionale par son directeur de la santé publique, du directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ou du président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ci-après nommé directeur de l'INSPQ. La rémunération des services en santé et en sécurité du travail dispensés dans le cadre d'un programme contractuel en santé et sécurité au travail n'est pas visée par la présente entente particulière;

AVIS : *Pour les codes d'activités des services en santé et sécurité au travail, veuillez vous référer à votre brochure n°2 « RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT », section 1.6.1 ou 2.6.1, partie générale.*

1.02 L'annexe I ci-jointe fait état des banques d'heures allouées, sur une base annuelle, à l'ensemble des régies régionales pour leur direction de santé publique, à la Direction générale de la santé publique ainsi qu'à l'INSPQ.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

- l'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle;
- la planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention;
- l'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population;
- le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention;
- la participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique;
- en situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible;

AVIS: *Le nom des médecins visés doit être communiqué à la Régie par le directeur général de la santé publique, le directeur régional ou le directeur de l'INSPQ.*

- les activités liées au programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 005015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 005025 Dépistage cancer du sein
- 005029 Garde en disponibilité
- 005032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
- 005037 Planification, élaboration, et implantation des programmes
- 005043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 005047 Évaluation de l'impact des programmes
- 005067 Expertise conseil, information et coordination
- 005088 Programme de vaccination contre le méningocoque
- 005098 Services de santé durant le délai de carence
- 006030 Services cliniques : **Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie**

3.02 Sauf s'il y a une situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, les activités rémunérées sont réputées, aux fins des présentes dispositions, ne pas inclure les services médicaux qui sont habituellement fournis par un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un centre local de services communautaires;

3.03 Il y a une situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée aux fins de l'application du paragraphe précédent lorsqu'une situation est déclarée telle par le Ministre, le directeur général de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

4.01 Malgré l'article 15.00 de l'entente générale et malgré son annexe XIV, la garde en disponibilité est rémunérée comme activités régulières, à raison d'une heure par huit heures de garde, à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le mode de rémunération du médecin;

AVIS : *Utiliser le code d'activités 005029 (Garde en disponibilité). Pour les heures de garde en disponibilité, inscrire le nombre correspondant sous la colonne HEURES TRAVAILLÉES du formulaire n° 1215 ou 1216.*

#	Heures de garde en disponibilité	Nombre Correspondant
#	1	0,13
#	2	0,25
#	3	0,38
#	4	0,50
#	5	0,63
#	6	0,75
#	7	0,88
#	8	1,00

4.02 Pour être rémunéré selon la présente entente, une garde en disponibilité doit se situer tous les jours de la semaine, entre 18 h 00 et 08 h 00, ainsi que les samedi, dimanche et jours fériés entre 08 h 00 et 18 h 00;

4.03 Lorsqu'il est appelé à se déplacer pendant une période de garde en disponibilité, le médecin est rémunéré selon le paragraphe 5.01 pour les services dispensés.

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de la santé publique, telle que visée par la présente entente, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération;

5.02 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente entente, le médecin doit détenir une nomination dans un établissement désigné par la régie régionale pour sa direction de santé publique. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination;

5.03 Le Ministère transmet à la Régie et à la Fédération la liste des établissements auxquels sont rattachés les médecins des régies régionales pour leur direction de santé publique;

5.04 Malgré le paragraphe 5.02 en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans un établissement désigné, une lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique de la régie régionale et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une régie régionale pour moins de 300 heures par année;

AVIS : *Veillez transmettre à la Régie, par le biais d'une lettre, l'identité du médecin, la période visée, ainsi que le nombre d'heures d'activité hebdomadaire en précisant qu'il s'agit de l'article 5.04 de l'Entente particulière en santé publique et annexer la lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique et le médecin.*

5.05 Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas;

5.06 La répartition entre les médecins des banques d'heures allouées, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour la régie régionale, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement ou des établissements désignés selon le paragraphe 5.02 de la présente entente, par le directeur général de la santé publique ou par le directeur de l'INSPQ;

5.07 Le directeur de l'INSPQ et le directeur général de la santé publique font parvenir à la Régie les avis de services des médecins visés par la présente entente particulière. Quant aux médecins des régies régionales, les établissements auxquels ils sont rattachés envoient les avis de services avec l'autorisation du directeur régional de la santé publique;

5.08 Les dispositions des annexes VI et XIV relatives à la rémunération de la garde sur place ne s'appliquent pas au médecin visé par la présente entente particulière.

6.00 BANQUE ANNUELLE

6.01 Après consultation des régies régionales et de l'INSPQ, les parties déterminent la banque totale d'heures allouée, sur une base annuelle débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour la rémunération des activités professionnelles prévues dans le cadre de la présente entente. Ce nombre d'heures apparaît à l'annexe I des présentes;

6.02 Sur recommandation des régies régionales pour leur direction de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, le Ministre détermine la répartition de la banque d'heures totale et en informe les directions de santé publique, l'INSPQ, la Fédération et la Régie. Le détail de cette répartition apparaît, à titre informatif, à l'annexe II des présentes;

6.03 Le suivi de la banque d'heures totale ainsi que de celle allouée à la Direction générale de la santé publique est assuré par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. En cas de dépassement d'une ou de l'autre, le comité paritaire demande à la Direction générale de la santé publique de lui présenter un plan de redressement comportant toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi que le calendrier de résorption.

Si la Direction générale de la santé publique ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences du comité paritaire, ce dernier avise la Régie et la Direction générale que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant, toute nouvelle lettre d'engagement, dans une régie régionale, à l'INSPQ ou à la Direction générale de la santé publique, doit recevoir son approbation;

6.04 La Direction générale de la santé publique est responsable du suivi de chacune des banques d'heures accordées aux régies régionales ainsi qu'à l'INSPQ.

Même si la banque d'heures totale est respectée, la Direction générale de la santé publique doit exiger, en cas de dépassement récurrent de la banque d'heures allouée à une régie régionale ou à l'INSPQ, constaté pendant une année d'application donnée, qu'il soit résorbé pendant l'année d'application qui suit celle-ci. Un plan de redressement de la régie régionale en cause ou de l'INSPQ doit alors être soumis à la Direction générale de la santé publique dès le début de l'année qui suit celle où un dépassement a été observé. Ce plan de redressement doit comporter toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi qu'au calendrier de résorption.

Si la régie régionale en cause ou l'INSPQ ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences de la Direction générale de la santé publique, cette dernière en informe le comité paritaire qui avise la Régie et la direction concernée que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant toute nouvelle lettre d'engagement, doit recevoir son approbation;

6.05 Toute modification temporaire et non récurrente relative à la répartition de la banque d'heures totale qui n'a pas pour effet de provoquer son dépassement, peut être apportée par la Direction générale de la santé publique. La Direction générale de la santé publique doit consulter le comité paritaire prévu au paragraphe 6.03 des présentes ainsi que la ou les régies régionales concernées. Pour ce faire elle doit alors préciser au comité paritaire la ou les régies régionales concernées, le nombre d'heures en cause et l'utilisation qui en sera faite.

6.06 Toute modification qui a pour effet d'augmenter la banque d'heures totale doit faire l'objet d'un accord des parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente;

6.07 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe trimestriellement pour les trois premiers trimestres et mensuellement pour les trois derniers mois de l'année les parties négociantes ainsi que les directions concernées du suivi de la banque d'heures utilisées globalement pour les parties négociantes et par professionnel pour les régies régionales, l'INSPQ et la Direction générale de la santé publique.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 29 septembre 1997. Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^e jour de novembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

EP - GARDE SUR PLACE CHSGS DÉSIGNÉS**ENTENTE PARTICULIÈRE**

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS QUI EXPLOITENT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS OU QUI FONT PARTIE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ.

PRÉAMBULE

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

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

1.01 Cette entente a pour objet de fixer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la garde sur place effectuée, dans le service d'urgence de première ligne d'un établissement qui, visé à l'article 3.00 ci-après, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui fait partie du réseau de garde intégré, et est désigné aux fins des présentes;

1.02 L'annexe I ci-jointe contient la liste des établissements désignés et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent ainsi que le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chacun des établissements en cause. Ces données sont déterminées par accord des parties.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne d'un centre susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ADMISSIBILITÉ

3.01 Pour être éligible à une désignation selon cette entente, un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés comportant un service d'urgence de première ligne ou qui fait partie du réseau de garde intégré doit, tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, assurer une garde sur place dans ce service d'urgence;

3.02 Selon les modalités qu'édicte l'article 8.00 ci-après, est également admissible à présenter une demande d'adhésion un établissement qui est déjà régi selon l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés en vertu de cette entente. Cet établissement doit toutefois satisfaire à toutes les exigences qu'édicte le paragraphe 3.01.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, dans le service d'urgence d'un centre désigné, la rémunération de la garde sur place effectuée par un médecin entre 8 h 00 et 24 h 00, et, au delà de 24 h 00, pour prolonger le quart de garde précédent, lorsque la dispensation des services ou le complètement de dossiers le requiert;

4.02 Exceptionnellement, est toutefois rémunéré selon l'entente générale, le médecin qui, en dehors d'une période pendant laquelle il reçoit une rémunération en vertu de cette entente ou de l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif, est appelé à dispenser, dans le service d'urgence de première ligne de l'établissement, des soins à la demande d'un patient du service d'urgence ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du service d'urgence.

AVIS : Fournir les renseignements requis et inscrire « N » dans la case C.S. (voir la section 4.2.7 sous l'onglet « RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT » de votre manuel).

5.00 FORMULE DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin soumis à l'application de cette entente particulière est rémunéré selon une formule spéciale de rémunération à l'acte prévoyant, pendant une période de garde sur place visée au paragraphe 4.01, le paiement d'un forfait qui, par quart de quatre (4) heures, lui est applicable. Les forfaits applicables diffèrent selon le groupe de l'établissement;

Malgré l'alinéa précédent, un médecin détenteur d'une nomination d'un établissement visé aux présentes et qui est rémunéré à honoraires fixes peut opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination.

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité suivant : XXX063 : Garde sur place.*

De façon transitoire, le médecin peut se prévaloir de l'alinéa précédent lors de sa mise en vigueur s'il est déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes de l'établissement adhérent.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'établissement.

AVIS : *INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER :*

1. Codes d'acte à utiliser selon périodes et groupe						
Périodes	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits	Codes	Forfaits	Codes	Forfaits
8 h à 20 h / 4 heures :						
Semaine	09858	283 \$	09862	258 \$	09866	232 \$
Samedi, dimanche, jours fériés	09859	283 \$	09863	258 \$	09867	232 \$
20 h à 24 h / 4 heures :						
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09860	309 \$	09864	283 \$	09848	232 \$
Au-delà de 24 Heures / 4 heures (art. 4.01) :						
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09861	309 \$	09865	283 \$	09849	232 \$
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général.						
0 h à 8 h / 8 heures :						
Semaine seulement	09802	515 \$	09804	515 \$	09998	515 \$
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19065	628 \$	19067	628 \$	19055	628 \$
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général.						
0 h à 8 h / 8 heures :						
Semaine seulement	09803	515 \$	09805	515 \$	09994	515 \$
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19066	628 \$	19068	628 \$	19056	628 \$
4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place						
Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. N.B. : Voir le point 5, page suivante, pour autres données. Si le modificateur 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, veuillez inscrire le modificateur 062, 214, 221, 234, 235, 236, 237, 300, 307, 314, 316, 546, 547, 548, 549, 690, 691, 692 ou 698 et ce, en application de l'annexe IX de l'Entente, art. 5.3.						
Période	Modificateur		Rémunération			
En semaine de 8 h à 20 h	105		45 % du tarif des actes			
En semaine de 20 à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	106		45 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf.: art. 4.01) (au-delà de 24 h)	107		45 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (parag. 1.4 du pr. gén.) de 0 h à 8 h	097		90 % du tarif des actes			

	Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
	028 - 105	221	0,4500
	028 - 050 - 105	316	0,2250
	028 - 094 - 105	314	0,4500
	050 - 097	546	0,4500
	050 - 105	547	0,2250
	050 - 106	548	0,2250
	050 - 107	549	0,2250
#	050 - 106 - 108	307	0,2858
	094 - 097	214	0,9000
	094 - 105	234	0,4500
	094 - 106	235	0,4500
#	094 - 106 - 108	300	0,5715
	094 - 107	236	0,4500
	097 - 187	698	0,9000
	105 - 187	690	0,4500
#	106 - 108	237	0,5715
#	106 - 108 - 187	372	0,5715
	106 - 187	691	0,4500
	107 - 187	692	0,4500
5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (n°1200)			
<ul style="list-style-type: none"> - XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie; - l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la case ACTES; - le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7); - le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055; - les honoraires sur base horaire sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055; - l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. 			
Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 ou 19055 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.			

5.02 Le groupe auquel appartient l'établissement est déterminé par le protocole d'entente relatif à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés entré en vigueur le 7 mars 1999;

5.03 Les parties conviennent de revoir le regroupement des établissements pour le 1^{er} avril 1999 et, par la suite, annuellement;

5.04 Les forfaits applicables aux établissements faisant partie du groupe 1 sont les suivants :

- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 283 \$;
- pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 309 \$;

5.05 Les forfaits applicables aux établissements du groupe 2 sont les suivants :

- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 258 \$;
- pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 283 \$;

5.06 Le forfait applicable aux établissements du groupe 3 est de 232 \$ pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine;

5.07 À un forfait susmentionné, s'ajoute quelque soit le groupe de l'établissement, quarante-cinq pour cent (45 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur;

5.08 Les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif relatives à la période de 0 h 00 à 8 h 00 s'appliquent.

5.09 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9B du Préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes;

AVIS : *Dans un service d'urgence (0XXX7) et CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2) : Voir l'AVIS sous la règle 2.2.9B, préambule général de votre manuel.*

5.10 Si un établissement visé aux présentes administre plus d'un service d'urgence de première ligne situé dans des pavillons géographiquement distincts, la formule de rémunération prévue à cet article s'applique, de façon distincte, selon les modalités de désignation apparaissant à l'annexe I, dans le service d'urgence de chacun des pavillons en cause;

5.11 Sous réserve du paragraphe 1.4 du Préambule général au tarif, un forfait visé à cet article n'est divisible que sur base horaire. Ainsi divisé, un forfait peut être utilisé aux fins de déterminations prévues au paragraphe 6.01;

5.12 Un médecin peut, si des circonstances exceptionnelles et temporaires le justifient, à la demande du chef de département de médecine générale ou du médecin responsable, en surplus du nombre de médecins bénéficiant de la rémunération forfaitaire prévue, effectuer une garde sur place, entre 8 h et 24 h. Le chef de département informe le comité paritaire des motifs de son autorisation;

5.13 Le médecin visé au paragraphe 5.12 bénéficie de la rémunération prévue à cette entente. Après examen des motifs qui lui ont été soumis, le comité paritaire rajuste pour autant le nombre hebdomadaire de forfaits alloué au service d'urgence pour la période en cause et en informe la Régie;

5.14 Lorsque le médecin visé aux paragraphes 5.01 ou 5.12 doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, l'activité professionnelle en cause est rémunérée à 45 % de la valeur des actes médicaux qu'il dispense. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicté le paragraphe 1.4 du préambule général au tarif ou 5.08 des présentes;

5.15 Dans un service d'urgence visé aux présentes, lorsque le médecin doit, dans une même journée, effectuer, en plus d'une garde de 0 h à 8 h, une garde comprise entre 8 h et 24 h, la facturation afférente à la période de 0 h à 8 h est également déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicté le paragraphe 1.4 susmentionné ou 5.08 des présentes.

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le nombre de forfaits autorisés est, dans un premier temps, établi sur base hebdomadaire. Par la suite, il est déterminé sur base journalière;

6.02 Le nombre hebdomadaire de forfaits autorisés est établi par les parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00. Cette détermination est arrêtée en fonction du temps, du lieu, de la nature, du volume, de la fréquence et de la lourdeur des services médicaux qui doivent être dispensés, d'une façon immédiate, par les médecins, et ce, en tenant compte des conditions observées dans le service d'urgence de l'établissement visé;

6.03 Le nombre journalier de forfaits autorisés est déterminé par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable, ou le médecin qui le remplace;

6.04 Le nombre journalier de forfaits peut varier selon qu'il s'agit d'une journée régulière, d'une journée fériée, d'un samedi ou d'un dimanche.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins d'informer et de conseiller des établissements et les médecins visés aux présentes relativement à la mise en oeuvre de cette entente particulière;

7.02 Ce comité a également pour fonction d'examiner les demandes des établissements et de soumettre aux parties les avis qui lui semblent pertinents quant aux matières suivantes :

- a) en regard de la présente entente particulière, l'adhésion ou le retrait d'un établissement;
- b) toute recommandation, avis ou consentement visé aux présentes;

7.03 Lorsque les conditions observées dans le service d'urgence le justifient, notamment celles attestant d'une surcharge de travail en fonction des effectifs médicaux en place, le comité paritaire peut, à titre exceptionnel, dans la détermination du nombre de forfaits hebdomadaire approprié, tenir compte du temps qui, excédentaire à un quart de garde, peut être requis par la dispensation de services médicaux ou le complètement de dossiers;

A - EP - GARDE SUR PLACE CHSGS

ANNEXE I

Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

Liste des établissements (CHSGS) et des services d'urgence de première ligne désignés par accord des parties.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date de mise en application
Région 01 : Bas St-Laurent				
03337	CSSS de Témiscouata :	III	28	1999-03-07
91372	- Centre hospitalier Notre-Dame-du-Lac	III	28	2003-06-08
	- CLSC de Pohénégamook			
03347	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski :	I	51	2003-06-08
	- Centre hospitalier régional de Rimouski			
93492	CSSS des Basques :	III	28	1999-04-11
	- CLSC des Basques (point de service)			
03047	CSSS de Kamouraska :	III	29	2003-12-14
	- Centre Notre-Dame-de-Fatima			
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean				
02477	CSSS de Chicoutimi :	I	86	2006-07-02
	- Pavillon Saint-Vallier ⁽¹⁾			
02517	Carrefour de santé Jonquière :	II	44	2002-09-01
	- Centre hospitalier Jonquière			
02507	Centre Maria-Chapdelaine :	II	31	2003-11-16
	- Centre Maria-Chapdelaine - Centre de service Dolbeau			
Région 03 : Capitale Nationale				
02057	L'Hôpital Jeffery Hale	III	29	2001-06-17
+02067	Hôpital Laval	I	60	2006-10-15
02047	Centre hospitalier universitaire de Québec :	I	41	2006-07-02
02107	- Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ⁽¹⁾	I	84	1999-03-07
02137	- Pavillon St-François d'Assise	I	96	2006-07-02
	- Pavillon CHUL ⁽¹⁾			
02037	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec :	I	70	2006-07-02
02127	- Hôpital de l'Enfant-Jésus ⁽¹⁾	I	47	2006-07-02
	- Hôpital du St-Sacrement			
02347	CSSS de Québec-Nord :	III	28	2003-01-12
	- Centre de santé Orléans / Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré			

(1) Possibilité de plus d'un médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date de mise en application
Région 03 : Capitale Nationale (suite)				
02357	CSSS de Portneuf :	III	28	1999-03-07
90682	- Centre hospitalier Portneuf / CLSC de Portneuf - CLSC de Portneuf	III	28	2000-12-10
02377	CSSS de Charlevoix : - Centre hospitalier de Charlevoix	III	28	1999-03-07
Région 04 : Mauricie et du Centre-du-Québec				
01777	CSSS de la Saint-Maurice : - Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	III	28	1999-03-07
01837	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : - Pavillon Sainte-Marie ⁽¹⁾	I	100	2004-12-05
01857	CSSS de l'Énergie : - Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	I	48	2006-07-02
+02757	CSSS d'Arthabaska-Érable : - Hôpital-Dieu d'Arthabaska	I	56	2006-10-15
90642	CSSS de Bécancourt - Nicolet-Yamaska : - Centre Fortierville	III	28	2005-03-06
+02777	CSSS Drummond : - Hôpital Sainte-Croix ⁽¹⁾	I	66	2005-04-24
+		I	76	2006-12-03
Région 05 : Estrie				
01007	CSSS de la MRC d'Asbestos : - Centre hospitalier d'Asbestos	III	28	1999-03-07
01027	CSSS de la MRC de Coaticook : - Centre de santé de la MRC de Coaticook - siège social	III	28	1999-06-27
01107	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :	I	85	2006-07-02
01167	- C.H. universitaire de Sherbrooke - Hôpital-Dieu ⁽¹⁾ - C.H. universitaire de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont ⁽¹⁾	I	72	2006-07-02
01127	CSSS du Granit : - Centre de santé du Granit - siège social	III	28	1999-03-26
Région 06 : Montréal				
00087	Institut de cardiologie de Montréal	I	30	2006-07-02
00157	Hôpital Maisonneuve-Rosemont : - Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux ⁽¹⁾	I	136	2004-11-21
00187	Centre universitaire de santé McGill :	I	82	2006-07-02
00257	- Hôpital général de Montréal ⁽¹⁾ - Hôpital Royal Victoria ⁽¹⁾	I	61	2006-07-02

(1) Possibilité de plus d'un médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date de mise en application
Région 06 : Montréal (suite)				
00277	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal ⁽¹⁾	I	93	2006-07-02
00067	Centre hospitalier de l'université de Montréal :	I	63	2005-12-18
00307	- Hôtel-Dieu du CHUM ⁽¹⁾	I	82	2005-12-18
00357	Hôpital Santa Cabrini ⁽¹⁾	I	88	2001-01-07
+00367	CSSS du Sud-Ouest-Verdun: - Hôpital de Verdun ⁽¹⁾	I	80	2006-07-30
Région 07 : Outaouais				
01257	CSSS de Papineau : - Pavillon du Centre Hospitalier	II	37	1999-12-05
01267	CSSS de Gatineau :	I	66	2005-05-22
07697	- Pavillon de Hull - Pavillon de Gatineau ⁽¹⁾	I	77	2005-02-27
01307	Centre de santé du Pontiac : - Centre hospitalier du Pontiac	III	28	2000-09-10
01317	CSSS des Collines : - Centre hospitalier Gatineau Mémorial	III	28	1999-03-07
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
01507	CSSS Les Eskers de l'Abitibi : - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	II	35	2000-04-02
01527	CSSS des Aurores-Boréales : - Centre hospitalier La Sarre	III	32	2003-03-30
Région 09 : Côte-Nord				
02697	Centre hospitalier régional de Sept-Îles : - Centre hospitalier régional de Sept-Îles	II	40	2002-10-13
02647	Centre de santé de la Haute-Côte-Nord :	III	28	1999-04-25
90632	- Centre de santé de la Haute-Côte-Nord (Pavillon Escoumins) - Centre de santé de la Haute-Côte-Nord (Pavillon Forestville)	III	28	1999-11-01
95062	CSSS de Port-Cartier : - CLSC - Centre de santé des Sept-Rivières	III	28	1999-04-11
Région 10 : Nord-du-Québec				
02537	Centre régional de santé et services sociaux de la Baie James : - Centre de santé Chibougamau	III	35	2003-04-25

(1) Possibilité de plus d'un médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date de mise en application
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine				
03287	CSSS de la Côte-de-Gaspé : - Pavillon Hôtel-Dieu	III	28	1999-03-07
03307 90582	CSSS Baie-des-Chaleurs : - Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs - CLSC	II III	28 28	1999-03-07 1999-04-11
03417	CSSS de la Haute-Gaspésie : - Hôpital des Monts	III	28	1999-03-07
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
+02877	CSSS de Beauce : - Hôpital de Saint-Georges	I	61	2006-01-15
03007	Hôtel-Dieu de Lévis : - Hôtel-Dieu de Lévis ⁽¹⁾	I	82	2006-07-02
03037	CSSS de Montmagny-L'Islet : - Hôtel-Dieu de Montmagny	II	35	2000-04-02
Région 15 : Laurentides				
01437	CSSS des Sommets : - Centre Hospitalier Laurentien	I	46	2003-06-15
+01447	CSSS de St-Jérôme : - Hôpital régional de St-Jérôme	I	109	2006-04-16
01457	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes : - Centre hospitalier Saint-Eustache ⁽¹⁾	I	94	2005-10-30
Région 16 : Montérégie				
+00427	CSSS Haut-Richelieu-Rouville : - Hôpital du Haut-Richelieu ⁽¹⁾	I	98	2006-10-15
00927	CSSS de Sorel-Tracy : - Hôtel-Dieu de Sorel	I	45	2006-07-02
00947	CSSS Richelieu - Yamaska : - Centre hospitalier Honoré-Mercier	I	75	2004-02-01
01037	CSSS de la Haute-Yamaska : - Centre hospitalier de Granby	I	65	2002-03-17
01087	CSSS du Haut-St-Laurent : - L'Hôpital Barrie Memorial	III	28	1999-03-07

(1) Possibilité de plus d'un médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date de mise en application
Région 16 : Montérégie				
01147	CSSS du Suroît : - Centre hospitalier régional du Suroît ⁽¹⁾	I	64	2001-09-02
07767	CSSS Jardins-Roussillon : - Centre hospitalier Anna-Laberge	I	70	2003-03-02

(1) Possibilité de plus d'un médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

AVIS : Annexe modifiée par les Accords n^{os}: 298, 335, 349, 393, 408, 440, 449, 496, 505, 511, 525, 540, 570, 580, 590, 603, 604 et 611 ou par lettre du Comité paritaire.

*EP - CHEF DE DÉPARTEMENT (CHSGS)***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN CHEF DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITANT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)****PRÉAMBULE**

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

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, de celui qui l'assiste, d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui a un service d'urgence;

1.02 La présente entente particulière vise également le médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale et, le cas échéant, le médecin qui l'assiste, d'un établissement qui a pour mission, entre autres, d'exploiter un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, et dont les conditions de rémunération pour les activités qu'il exerce auprès de cet établissement sont régies exclusivement par les dispositions relatives aux modes des honoraires fixes ou du tarif horaire.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives couvertes par la présente entente sont celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2);

3.02 Pour le médecin qui détient le poste de chef de département, est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à sa participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

- + **4.01** Sous réserve du paragraphe 4.02 de la présente entente, les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 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.

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19064 dans la case CODE de la section « Acte »;
- le code d'établissement 0XXX3 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

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

4.02 Pour le médecin visé au paragraphe 1.02, les activités prévues aux présentes sont rémunérées à tarif horaire.

AVIS : *Seul le professionnel dont les activités réalisées dans l'établissement sont rémunérées exclusivement à tarif horaire ou à honoraires fixes peut se prévaloir de la rémunération à tarif horaire pour ses activités de chef de département clinique de médecine générale ou d'assistant. Veuillez vous référer à l'avis administratif sous l'article 4.05 pour les instructions relatives à l'Avis de service requis.*

Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités exercées par un médecin visé au paragraphe 1.02 des présentes.

Jusqu'à concurrence du nombre d'heures équivalant au nombre de forfaits alloués annuellement à l'établissement selon les modalités prévues au paragraphe ci-dessous, un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités prévues à la présente entente, autorisé au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02 lorsqu'il a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou au paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente. Ce dépassement tient compte de l'ensemble des heures d'activités visées par les présentes et effectuées par les médecins de l'établissement.

AVIS : Tarif horaire : *Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215 et veuillez utiliser le code d'activité suivant :*

- 013043 Tâches médico-administratives et hospitalières.

4.03 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le nombre de membres du département qui, sur base annuelle, reçoivent une rémunération supérieure à 5,000 \$ pour leurs activités hospitalières. et selon les modalités suivantes :

Nombre de médecins	Forfaits annuels
Entre 1 et 24 médecins	321
Entre 25 et 74 médecins	428
Entre 75 et 99 médecins	536
Cent (100) médecins ou plus	643

AVIS :

Nombre de médecins	Forfaits annuels	Dépassement spécifique d'heures
<i>Entre 1 et 24 médecins</i>	<i>321</i>	<i>218</i>
<i>Entre 25 et 74 médecins</i>	<i>428</i>	<i>291</i>
<i>Entre 75 et 99 médecins</i>	<i>536</i>	<i>364</i>
<i>Cent (100) médecins ou plus</i>	<i>643</i>	<i>437</i>

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et un service d'urgence, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

Les forfaits alloués se traduisent en heures rémunérées selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus en appliquant un facteur de conversion de un forfait pour 0,68 heures.

L'annexe I de la présente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

*EP - MALADE ADMIS - CHSGS***ENTENTE PARTICULIÈRE****AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION AUPRÈS DES MALADES ADMIS EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS**

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

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des patients admis en soins de courte durée sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG), et ce, dans un établissement dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et qui opère un service d'urgence de première ligne;

1.02 À moins d'indication contraire et sous réserve du paragraphe 1.03, cette entente couvre tous les services dispensés par les médecins responsables de l'ensemble des services professionnels à dispenser dans le centre hospitalier auprès de patients admis en soins de courte durée. Elle peut couvrir également, avec l'autorisation du comité paritaire, une unité ou un service déjà couvert par une autre entente particulière. Dans ce cas, les modalités d'adhésion à cette dernière entente particulière devront être révisées pour exclure l'unité ou le service couvert par la présente entente;

1.03 Cette entente ne peut couvrir les services dispensés aux patients inscrits au service d'urgence, à l'unité d'hébergement et de soins de longue durée y compris les lits de transition et à l'unité de soins psychiatriques. Peut également être exclue de l'application de la présente entente une unité de soins coronariens ou de soins intensifs avec l'autorisation du comité paritaire;

1.04 L'adhésion d'un établissement à la présente entente doit obligatoirement couvrir, dans une proportion d'au moins 90 %, les services dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée et doit justifier, en fonction des dispositions des articles 6.00 et 8.00 des présentes, l'allocation d'au moins un forfait régulier quotidien pendant les jours de la semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi. Ce taux de 90 % ne comprend pas les lits relevant d'une unité ou d'un service exclus de la présente entente;

1.05 L'annexe I ci-jointe fait état de la liste des établissements désignés par accord des parties aux fins de la présente entente. Elle précise également les unités ou services exclus de l'application de cette entente, de même que le nombre de forfaits alloués quotidiennement à l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;
- e) les gardes afférentes à ces activités, selon les modalités déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

4.00 FORMULES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.02 couvrent une période minimale de services dispensés sur place de huit (8) heures ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente. Celles prévues au paragraphe 4.03 couvrent une période minimale continue de services dispensés sur place de quatre (4) heures entre 8h00 et 13h00 ainsi que la garde en disponibilité afférente;

4.02 Sous réserve de l'article 5.00 des présentes, le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière est rémunéré selon l'option qui recueille l'accord de la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées.

+ Régime A :

+ Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 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

Les médecins visés au présent sous-paragraphe peuvent, selon décision majoritaire de ceux-ci et avec l'accord du comité paritaire visé au paragraphe 8.00 des présentes, choisir de remplacer l'option d'un des deux régimes de rémunération par l'autre. Le remplacement d'un régime par l'autre ne peut toutefois s'opérer qu'une fois l'an à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'établissement à la présente entente particulière, et implique, de la part du comité paritaire une réévaluation du nombre de forfaits accordés à l'établissement sur la base des données recueillies et des changements organisationnels intervenus;

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

AVIS: 1) *Veillez utiliser la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 en y inscrivant, dans les cases appropriées, les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19007** (demi-forfait - Régime A) **ou** le code d'acte **19019** (demi-forfait - Régime B) dans la section « ACTES » pour la facturation du demi-forfait;
- le code d'établissement 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.

- 2) *Voir les AVIS sous les articles 4.02 (Régime A ou Régime B), 4.05.01, 4.05.02, 4.05.03, 4.09.01 et 4.11 de cette entente pour les services dispensés durant cette période.*

4.04 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 ou, exceptionnellement, en raison d'une baisse ponctuelle du nombre de patients admis, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait aux conditions suivantes : il assure une présence continue de quatre (4) heures entre 8h00 et 13h00 et, du lundi au vendredi, un médecin d'une équipe assure une présence minimale à l'unité de soins de courte durée de huit(8) heures et se prévaut du forfait régulier pour cette même journée;

4.05 Malgré les paragraphes précédents, l'entente générale continue de s'appliquer pour la rémunération des services suivants :

4.05.01 les services reliés à un accouchement énumérés dans la partie « obstétrique » de l'Annexe V et identifiés, aux fins de l'application du présent sous-paragraphe, par le comité paritaire. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste de ces actes;

AVIS: *Les codes des actes d'obstétrique à 100 % sont les suivants : 06901; 06903; 06907; 06914; 06916; 06919; 06921; 06922; 06923; 06925; 06933; 06935; 06942; 06943; 06944; 09705 et 09776.*

4.05.02 les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité;

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

4.05.03 de façon exceptionnelle, et en dehors des journées pendant lesquelles le médecin reçoit une rémunération en vertu de la présente entente, les services dispensés à la demande d'un patient ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du centre hospitalier;

AVIS: *Inscrire la lettre « N » dans la case C.S. (voir 4.2.7, « Rédaction de la demande de paiement » de votre manuel).*

4.05.04 les services reliés à un transfert ambulancier inter établissement tel que prévu au sous-paragraphe 2.4.9 du préambule général de l'entente;

4.05.05 sur approbation du comité paritaire visé à l'article 8.00 des présentes, les services dispensés par un médecin ne faisant pas partie des équipes au sens du paragraphe 1.02 des présentes, détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique et dont les activités hospitalières se limitent à ce dernier type de pratique. Peut également être visé par le présent sous-paragraphe, le médecin dont la pratique est celle d'un spécialiste non certifié ou son équivalent, de même que le médecin détenteur d'un permis restrictif. Le comité paritaire en informe la Régie;

4.06 Le médecin qui, pour une journée, se prévaut des conditions de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 des présentes, est soumis, pour la journée en cause, aux restrictions suivantes :

- + **4.06.01** il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'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;

4.06.03 malgré les sous-paragraphe 4.05.01 et 4.05.02, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8 h 00 à 16 h 00 ou après 12 h 00 dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait;

4.06.04 en dehors de la période de 8 h 00 à 17 h 00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans un autre établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière. Toutefois, le médecin qui se prévaut du demi-forfait prévu au paragraphe 4.03 des présentes peut exercer, en dehors de la période de 8 h 00 à 13 h 00, dans un service ou une unité non visé par l'entente actuelle, dans un autre établissement ou en cabinet;

4.07 Tout médecin d'un établissement adhérent à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'établissement à la présente entente, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS ni se prévaloir du supplément de responsabilité. Cette disposition vaut également pour le médecin qui ne se prévaut jamais des dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 et 4.04. Les restrictions prévues au présent paragraphe ne s'appliquent pas, en ce qui concerne l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS, à un médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans le cadre des services visés au paragraphe 6.00 de cette dernière entente;

4.08 Il peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation ou de maintien à domicile d'un CLSC. Cette disposition vaut également pour les journées où le médecin se prévaut des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03. La rémunération prévue à cette entente relative à la garde en disponibilité n'est pas soumise à l'application des modificateurs apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;

4.09 Sous réserve des dispositions prévues à la présente entente, les conditions générales prévues à l'Entente s'appliquent, notamment les suivantes :

4.09.01 la rémunération versée, forfait et pourcentage du tarif des examens et consultations, continue d'être majorée de 10 % dans le cadre de la tournée quotidienne lorsque celle-ci s'effectue un samedi, un dimanche ou un jour férié conformément aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9A du Préambule général au tarif;

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	MOD = 273	0,4703
#	045 - 151	MOD = 295	0,8283
#	045 - 094 - 126	MOD = 306	0,4703
#	045 - 094 - 151	MOD = 312	0,8283
#	045 - 094 - 126 - 179	MOD = 903	0,4703
#	045 - 094 - 151 - 179	MOD = 904	0,8283
#	045 - 126 - 179	MOD = 359	0,4703
#	045 - 151 - 179	MOD = 361	0,8283

4.09.02 la rémunération prévue au présent article constitue une rémunération de base et est donc sujette à l'application du règlement sur la rémunération différente durant les premières années d'exercice ainsi que des dispositions de l'Annexe XII de l'entente générale;

4.10 Un médecin qui, en situation de pénurie d'effectifs entraînant une réduction du nombre de médecins requis pour assumer la responsabilité, pour une journée, de la dispensation des services médicaux couverts par la présente entente, à la demande du chef de département de médecine générale, assume des tâches additionnelles à celles qui lui sont habituellement dévolues, bénéficie d'une majoration de 10 % du forfait quotidien. Le médecin ne peut se prévaloir de cette majoration que s'il se prévaut, pour cette journée, d'un forfait régulier et que lorsque la réduction en cause du nombre de médecins requis implique, au moins, un médecin qui aurait bénéficié du forfait régulier prévu au paragraphe 4.02;

AVIS : *Pour la majoration de 10 % du forfait régulier 09778 ou 19018 selon le cas, veuillez utiliser le modificateur 145 ou ses multiples.*

4.11 Le médecin visé par les dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 doit s'assurer que l'établissement transmet, à cet effet, un avis de service à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit transmettre à la Régie un avis de service; le médecin visé par ces dispositions doit retenir sa facturation jusqu'à la réception d'une lettre de confirmation d'inscription par la Régie.*

5.00 DROITS ACQUIS

5.01 Un médecin ne faisant pas partie des équipes visées au paragraphe 1.02 des présentes et dont le volume des activités effectuées auprès des malades admis en soins de courte durée est restreint et de faible importance peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, aux conditions édictées par le comité paritaire, choisir de maintenir le mode de l'acte s'il détenait une nomination à cet effet de l'établissement à la date de l'adhésion de l'établissement à la présente entente. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'établissement à la présente entente;

5.02 Un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son établissement de cette entente particulière. Le maintien de son mode de rémunération n'est possible, cependant, que les journées pendant lesquelles il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés aux présentes. Il agit, alors, comme consultant auprès de l'unité ou du service antérieurement couvert par l'entente particulière dont l'établissement s'est retiré. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'établissement à la présente entente;

5.03 Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'établissement en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale ou qui détient une nomination en vertu de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale, ou en vertu de toute autre entente particulière s'appliquant dans une unité ou service faisant l'objet d'une adhésion à la présente entente en vertu de son paragraphe 1.02 au moment de l'adhésion de l'établissement à la présente entente et qui fait partie des médecins responsables des soins aux malades admis peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis du lundi au vendredi de chaque semaine. Les samedi et dimanche, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 de la présente entente, selon le cas.

AVIS : *L'établissement doit mentionner sur l'avis de service transmis à la Régie, l'article en vertu duquel le médecin s'est prévalu des droits acquis.*

HONORAIRES FIXES: *Utiliser les codes d'activités suivants et préciser l'établissement dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES » de votre demande de paiement :*

A) Du lundi au vendredi (excluant les journées fériées) :

- 070015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 070016 Examens et consultations d'urgence, sans déplacement
- 070017 Examens et consultations d'urgence, avec déplacement
- 070030 Services cliniques
- 070032 Rencontres multidisciplinaires
- 070037 Planification, programmation, évaluation
- 070043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 070055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau de la Justice)
- 070063 Garde sur place
- 070079 Services anesthésiques /obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)
- 070098 Services de santé durant le délai de carence

Suite de l'avis au verso

B) Les samedi, dimanche et les journées fériées :

SELON les conditions de 15.05 b) de l'entente rencontrées :

- Les heures donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci.
- Utiliser le secteur de dispensation 15 et les codes d'activités suivants :
 - 070015 Examens relatifs à l'hépatite C
 - 070016 Examens et consultations d'urgence, sans déplacement
 - 070017 Examens et consultations d'urgence, avec déplacement
 - 070030 Services cliniques
 - 070063 Garde sur place

SANS les conditions de 15.05 b) rencontrées : Vous référer aux instructions décrites en A).

N.B. : Cette facturation accompagne la facturation habituelle du médecin, selon le contrat qu'il détient en CLSC.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'établissement.

Les parties désignent, nommément, par accord, les médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 5.01, 5.02 et 5.03.

AVIS : Voir les accords n^{os} 398 et 453.

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire évalue le nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes et ce, aux fins d'allocation du nombre de forfaits quotidiens. Ce nombre de forfaits peut être différent pour les jours de la semaine et pour les jours de fin de semaine et jours fériés. Il peut, également, être rajusté pour tenir compte des variations saisonnières;

6.02 Un seul demi-forfait peut être alloué par journée d'application ;

6.03 Le nombre de forfaits alloué, quel que soit le régime choisi, est établi après analyse et évaluation du comité paritaire lequel se base notamment sur :

- la demande d'adhésion et des informations transmises par un établissement;
- des données de facturation de l'année qui précède la demande d'adhésion;
- du taux d'occupation des lits couverts par l'entente;
- du nombre annuel d'admissions dans les unités visées;
- de la durée de séjour;
- de l'organisation interne de l'établissement.

6.04 Le nombre de forfaits autorisés est réparti par le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) entre les médecins;

6.05 En cas d'une diminution temporaire des activités régulières qui n'a pu être prise en considération par le comité paritaire lors de la détermination des forfaits quotidiens, le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) est responsable de rajuster à la baisse le nombre de forfaits requis pour la dispensation de l'ensemble des services visés. Si ces changements interviennent sur une base permanente, il doit en aviser le comité paritaire.

7.00 DÉPANNAGE

7.01 Le médecin qui, dans le cadre du mécanisme de dépannage, exerce auprès des unités couvertes par la présente entente est rémunéré selon les modalités qui y sont prévues relativement au forfait régulier et le forfait qu'il utilise quotidiennement est comptabilisé aux fins de l'article précédent.

AVIS : - Pour les modalités de facturation des codes 09778 (forfait régulier - Régime A) et 19018 (forfait régulier - Régime B), se référer aux paragraphes 4.02, 4.05.02 et 4.09.01.

- Tous les services doivent être facturés dans la section ACTES de la demande de paiement n° 1200, y compris les examens et consultations.

La présente disposition s'applique malgré le paragraphe 2.01 de l'Annexe XVIII. Les autres dispositions de cette annexe ainsi que celles de l'article 30.00 de l'entente générale continuent de s'appliquer à ce médecin dépanneur.

AVIS : Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures (réf. : article 2.03 de l'Annexe XVIII), suivre l'Avis concernant le code 09778 (forfait régulier- Régime A) ou 19018 (forfait régulier- Régime B) (voir paragraphe 4.02), avec les modifications suivantes :

- inscrire les honoraires au prorata des heures effectuées;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- inscrire, de façon distincte, les heures effectuées pour le service sur place ou en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale afin qu'il :

- a) fasse des recommandations aux parties quant à la désignation des établissements et des modalités d'application de la présente entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à sa désignation;
- b) détermine le nombre de forfaits sur la base du nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes;
- c) voit à la mise en œuvre de la présente entente particulière, en fasse le suivi et l'analyse;
- d) évalue annuellement le nombre de forfaits alloués à un établissement et le cas échéant, recommande aux parties les rajustements appropriés. Tout rajustement à la baisse du nombre de forfaits alloués ne peut toutefois prendre effet qu'après l'expiration d'une période de six (6) mois suivant la décision s'y rattachant;
- e) soumet aux parties le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 5.00.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

9.01 Une demande est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées. Elle est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

9.02 Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui de la majorité des médecins concernés, l'accord des parties.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du 28 septembre 2000.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

A - EP - MALADE ADMIS - CHSGS

ANNEXE 1

Liste des établissements visés à l'entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »

AVIS : Les établissements sont désignés par les Accords n^{os} 403, 413, 453, 508, 555 et 599 ou par lettres du comité paritaire. Les médecins rémunérés à l'acte, honoraires fixes ou tarif horaire sont inscrits aux accords nos 398 et 453.

	Région Nom de l'établissements	Unité(s) ou service(s) exclu(s)	Entente particulière inopérante	Régime	Nombre forfaits quotidiens	Date d'application
Région 01 : Bas St-Laurent						
03253	Centre hospitalier d'Amqui	- hébergement et soins de longue durée	Gériatrie en CHSGS (gériatrie active)	A	2	2002-07-01
03313	Les CH et CHSLD de Matane : Centre hospitalier de Matane	- hébergement et soins de longue durée		A	2	2002-07-01
03333	Réseau de santé du Témiscouata : CH Notre-Dame-du-Lac			A	2	2003-04-01
Région 03 : Québec						
02103	Centre hospitalier universitaire du Québec : Pavillon Saint-François d'Assise	- clinique externe - gériatrie - planning-sexualité - toxicomanie		A	2	2003-09-15
+ +02123 +	Centre hospitalier affilié univer- sitaire de Québec : Hôpital du Saint-Sacrement	- soins palliatifs - gériatrie (URFI)		B	1	2006-10-02
02373	CSSS de Charlevoix : Centre hospitalier de Charlevoix	- services gériatriques - soins psychiatriques		A	1	2006-01-01
Région 05 : Estrie						
01003	CSSS de la MRC d'Asbestos : Centre hospitalier d'Asbestos	- services gériatriques de longue durée		A	1	2006-01-09
01103	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : C.H. universitaire de Sherbrooke-Hôtel-Dieu	- services gériatriques	Soins palliatifs	A	6	2003-07-01
01123	Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC) : CH-CLSC-CHSLD Lac Mégantic	- clinique externe - hébergement et soins de longue durée		A	2	2002-07-01

Région	Nom de l'établissement	Unité(s) ou service(s) exclu(s)	Entente particulière inopérante	Régime	Nombre forfaits quotidiens	Date d'application
Région 06 : Montréal-Centre						
	Centre de santé et de services sociaux LaSalle et du Vieux Lachine :					
00143	Centre hospitalier de LaSalle	- services gériatriques - soins intensifs - clinique externe		A	2	2004-09-20
00273	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	- soins palliatifs - soins intensifs - soins gériatriques - UMF		A	1	2004-10-01
00283	Centre hospitalier de Lachine	- clinique externe - soins palliatifs		A	2	2003-09-01
Région 07 : Outaouais						
	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau :					
01333	Centre hospitalier Maniwaki	- soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	A	2	2002-07-01
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue						
01533	CH Rouyn-Noranda		Soins psychiatriques	A	4	2002-07-01
	Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales :					
01523	Centre hospitalier La Sarre	- clinique externe - soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	A	3	2002-07-01
Région 09 : Côte-Nord						
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles	- clinique externe(suivi de l'urgence) - hébergement et soins de longue durée		A	4	2002-07-01
Région 11 : Gaspésie - Iles-de-la Madeleine						
03273	Centre hospitalier de Chandler	- services gériatriques		A	3	2002-07-01
03303	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs	- services gériatriques - soins psychiatriques		A	4	2002-07-01
	Centre de santé de la Haute-Gaspésie :					
03413	Hôpital des Monts	- clinique externe - soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	A	2	2002-07-01

Région Nom de l'établissements	Unité(s) ou service(s) exclu(s)	Entente particulière inopérante	Régime	Nombre forfaits quotidiens	Date d'application
Région 11 : Gaspésie - Iles-de-la Madeleine (suite)					
03283 CSSS de la Côte-de-Gaspé : Pavillon Hôtel-Dieu	- clinique externe de l'UMF	Gériatrie en CHSGS	A	3 (jrs de semaine) 2½ (fin de semaine et jrs fériés)	2005-02-28
Région 15 : Laurentides					
01423 Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle: Centre de Mont-Laurier	- Clinique externe (suivi de l'urgence)	Gériatrie en CHSGS Soins palliatifs	A	4 (jrs de semaine) 3 (sam. dim. jrs. fériés)	2002-07-01

EP - RRSSS DU NUNAVIK - BAIE JAMES - BASSE CÔTE-NORD

ENTENTE PARTICULIÈRE**CONCERNANT LES MÉDECINS QUI EXERCENT DANS LES TERRITOIRES DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK (17), DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES (18) ET LE CENTRE DE SANTÉ DE LA BASSE CÔTE-NORD (09)****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1.00 OBJET**

La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente, notamment :

- a) La dispensation des services médicaux dans l'un des territoires 17 ou 18 visés aux présentes;
- b) Les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) Les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une autre personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;
- e) Les activités de planification, de coordination et d'évaluation;
- f) Les gardes afférentes à ces services qu'elles soient assurées sur place ou en disponibilité.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- + **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 prorata 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.

AVIS : Vacation, honoraires forfaitaires : Utiliser la demande de paiement n° 1215, le code d'activité 074030 (Services cliniques) et le mode de rémunération per diem : PD.

- # - Heures travaillées : pour fins de facturation, inscrire un maximum de 9 heures; si moins de 9 heures, inscrire les heures réelles travaillées.

- + **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.

AVIS: - Utiliser le code d'activité **074095** : Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) et identifier le mode de rémunération per diem comme suit : **PD**; dans la case Heures travaillées: inscrire le nombre de forfaits travaillés.

- Le forfait de garde n'est pas majorable en horaire défavorable. Aux fins de l'Annexe IX (plafond trimestriel), pour les forfaits facturés en CH (0XXX3), veuillez utiliser le secteur de dispensation 12 les samedi, dimanche et jour férié ainsi qu'en semaine de 20 h à 8 h et le 07 en semaine de 8 h à 20 h. Aucun secteur de dispensation requis pour les forfaits facturés en dispensaire (80XXX) ou CLSC (9XXX2) (voir annexe 1).

- 4.03** Malgré les paragraphes précédents, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente;

AVIS: **Rémunération à l'acte** : Utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 pour les services médico-administratifs.

- 4.04** Lorsque le déplacement du médecin d'une installation à une autre de l'établissement du territoire se fait au cours d'une journée où il dispense des services, son temps de déplacement est considéré au même titre que les services cliniques et comptabilisé pour le calcul du per diem;

- 4.05** La rémunération versée selon le per diem continue d'être majorée de 10 % pour les services cliniques lorsque ceux-ci sont dispensés un samedi, un dimanche ou un jour férié conformément au sous-paragraphe 2.2.9 du préambule général de l'Entente.

AVIS: - Utiliser le secteur de dispensation **14 en CLSC et 15 en CH**;

- Les activités donnant droit à ces majorations sont celles codées **074030 et 009030 (services cliniques)**.

- 4.06** Le médecin qui ne dispense pas de soins de façon régulière auprès d'un établissement visé par la présente entente et qui n'exerce pas en vertu de l'article 8.00 des présentes, mais qui se trouve sur place et est appelé, exceptionnellement, à dispenser des soins médicaux dans un contexte d'urgence, peut facturer pour les services dispensés selon les conditions de l'entente générale.

5.00 DROITS ACQUIS

- 5.01** Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes au moment de l'entrée en vigueur de la présente entente ou pour sa pratique précédant son début de pratique dans un territoire visé aux présentes peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique durant les cinq (5) premiers jours de la semaine commençant le lundi. Le cas échéant, les autres jours, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'article 4.00 des présentes;

- 5.02** Lorsque le médecin est rémunéré, pour une journée, selon le mode des honoraires fixes, sa garde en disponibilité, qui se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services, est rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;

AVIS: Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :

- 002030 Services cliniques
- 002032 Rencontres multidisciplinaires
- 002043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 002063 Garde sur place
- 002081 Garde en disponibilité
- 002094 Garde en disponibilité (Points de service)
- 002098 Services de santé durant le délai de carence.

Utiliser le secteur de dispensation **17** pour obtenir les majorations prévues aux articles 4 et 5 de la Lettre d'entente n° 77 pour les samedi, dimanche et jour férié.

- 5.03** Aux fins de l'application du paragraphe précédent, les vocables « taux normal applicable » signifient le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

- 5.04** Le comité paritaire tient compte du nombre de médecins qui se prévalent des dispositions du présent article dans la détermination du nombre de per diem et de forfaits de garde requis pour la dispensation des services dans le territoire;

- 5.05** Le comité paritaire prévu à l'article 10.00 des présentes, informe la Régie du nom des médecins qui optent pour le maintien de leur mode de rémunération à honoraires fixes.

6.00 BANQUE DE PER DIEM ET DE FORFAITS DE GARDE ET RÉPARTITION

6.01 Sur la base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement du territoire, le comité paritaire détermine, par accord, pour chacun des établissements couverts par la présente entente, le nombre maximal de per diem et le nombre maximal de forfaits de garde requis pour la dispensation des services visés aux présentes pour une année;

6.02 La répartition des per diem et des forfaits de garde doit se faire par installation de l'établissement par le chef du département clinique de médecine générale ou par celui qui en assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP). Ce dernier en informe le comité paritaire;

6.03 Le DSP transmet au comité paritaire, à chaque trimestre, les données sur l'utilisation effective des per diem et des forfaits de garde par installation relevant des établissements visés aux présentes.

7.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

7.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement;

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

8.00 DÉPANNAGE

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

8.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès de l'établissement couvert par la présente est rémunéré selon les dispositions prévues à la présente entente à l'exception de celles relatives aux mesures de continuité apparaissant à l'article 9.00 des présentes;

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) :

- **Services cliniques :** inscrire le code d'activité **009030** et le mode de rémunération per diem comme suit : **PD**
- **Heures travaillées :** pour fins de facturation, inscrire un **maximum 9 heures**, (Forfait : voir les montants sous 4.01), si moins de 9 heures, inscrire les heures réelles travaillées.
- **Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) :** inscrire le code d'activité **009095** et le mode de rémunération per diem comme suit : **PD**, et, dans la case **HEURES TRAVAILLÉES** inscrire le nombre de forfaits travaillés.

8.03 La période minimale de dépannage est établie à sept (7) jours, incluant le temps de transport. Cette période peut, avec l'autorisation du Ministre, être d'une durée moindre. Il en est ainsi lorsqu'une circonstance exceptionnelle oblige le médecin à abrégé son séjour. Cette circonstance exceptionnelle fait l'objet d'une considération spéciale;

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

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

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

9.00 MESURES DE CONTINUITÉ

9.01 Dans les territoires visés par la présente entente particulière, les mesures de continuité suivantes s'appliquent :

Sur une période de cinquante-deux (52) semaines consécutives à partir de sa date d'arrivée, ou date de référence pour les années subséquentes, dans un territoire visé par la présente entente et sur la base du nombre de per diem versé;

- a) Le médecin qui a reçu 90 per diem pour ses activités professionnelles reçoit un supplément de 60 \$ par per diem payé;
- b) Le médecin qui a reçu 180 per diem pour ses activités professionnelles reçoit un second supplément de 60 \$ par per diem payé;
- + 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.

Aux fins des présentes, la date d'arrivée est celle de la première date de facturation en vertu de la présente entente. Sous réserve de l'alinéa suivant, toute interruption de pratique dans un territoire visé aux présentes de plus de douze (12) mois signifie la détermination d'une nouvelle date d'arrivée soit celle du retour dans un territoire visé aux présentes. Pour les années subséquentes, cette date devient la date de référence.

Une période d'invalidité totale d'un (1) mois ou plus ou une de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à concurrence de dix-sept (17) mois n'est pas considérée comme une interruption de pratique. Toutefois, cette période n'est pas comptabilisée aux fins des sous-paragraphes a) et b) du présent paragraphe.

AVIS : *Si vous êtes concerné par l'une de ces situations, vous devez **aviser** la Régie afin de prolonger votre période de référence; **préciser** qu'il s'agit de l' E.P. du Nunavik et de la Baie James, la raison de l'absence et de la période couverte; **joindre** les pièces justificatives appropriées. Vous pouvez **transmettre** ces renseignements **par télécopieur** au numéro (418) 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie
Service de l'admissibilité et de la révision
case postale 500
Québec Qc G1K 7B4*

9.02 La date d'arrivée du médecin qui détient une nomination dans l'établissement à la date de prise d'effet de la présente entente particulière est le 1^{er} février 2002;

9.03 La Régie verse les suppléments à date fixe. La première date de versement des suppléments se fait neuf (9) mois suivant la date de mise en vigueur de la présente entente. Par la suite, la Régie effectue le versement des suppléments à tous les six (6) mois;

AVIS : *Le médecin n' a pas à facturer ces suppléments. La Régie effectuera les paiements à dates fixes, soit en novembre et en mai de chaque année.*

9.04 Les suppléments prévus au présent article sont exclus de l'application de l'annexe XII de l'entente générale.

10.00 NOMINATION À DEMI-TEMPS EN PÉRIODES DISCONTINUES

- a) Le médecin qui est rémunéré selon la présente entente peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d' une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.
- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes:
 - la moitié de la prime d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 10.00 a) de la présente entente particulière;

c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 7.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

AVIS : *L'établissement doit transmettre à la Régie, un avis de service (n° 3547), cocher la case **ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE** et inscrire la mention « Article 10.00 de l'Entente particulière concernant le Nunavik et la Baie-James ».*

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'application et du suivi de la présente entente particulière.

12.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

12.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} février 2002. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 22^e jour de juillet 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

A - EP - GMF - ANNEXE I

ANNEXE I

Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes

NOTE : Lorsque les noms du GMF et de l'installation diffèrent, la dénomination du GMF est inscrite au dessus de l'inscription de ou des installations. Si la dénomination du GMF et de son installation est identique, une seule inscription paraît à l'annexe précédée du numéro de facturation à utiliser.

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 01 : Bas-St-Laurent					
+ +	Des Basques :	2002-11-29	-----	1 527	2005-11-29
93492	- CLSC des Basques			1 564	2006-11-29
54046	Lafontaine : - Centre médical de Rivière-du-Loup	2003-07-25	3 (2004-01-03)	966	2003-07-25
54060	De la Matapédia :	2004-01-06	-----	686	2006-01-06
54061	- Clinique médicale de la Vallée (Amqui)				
54062	- Clinique médicale de Causapscal				
54062	- Clinique médicale de Sayabec				
+ +	Du Grand-Portage :	2005-05-30	3 (2005-07-22)	1 883	2006-05-30
54133	- Clinique médicale Frontenac			1 878	2007-05-30
54134	- Clinique médicale de Cacouna				
+54174	- Clinique de médecine familiale de Saint-Cyprien				
93902	- CLSC Rivières et Marées : • Point de service de Rivière-du-Loup • Point de service de Saint-Épiphanie • Point de service de l'Isle-Verte				
+ +90882 +54187	De la Mitis : - CSSS del a Mitis - Clinique médicale de Mont-Joli	2006-09-18	-----	1 184	2006-09-18
Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean					
+ +	De Jonquière :	2002-11-29	3 (2003-03-24)	719	2005-11-29
54008	- Clinique de médecine familiale de Jonquière			754	2006-11-29
+54059 +	Clinique médicale d'Alma	2004-01-06	3 (2004-01-06)	1 379	2006-01-06
54084	Clinique de médecine familiale Montcalm	2004-03-15	3 (2004-11-01)	1 456	2007-01-06
02473	UMF du complexe hospitalier de la Sagamie « GMF UMF CHS » : - Pavillon Saint-Vallier • Site Pavillon Notre-Dame	2004-07-16	-----	918	2006-03-15
				1 454	2006-07-16

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean (suite)					
	Les Myrtilles du Lac :	2005-03-18	3 (2006-01-23)	875	2006-03-18
54125	- Clinique médicale de Roberval				
54126	- Clinique médicale de Saint-Prime				
54127	- Clinique médicale Olivier-Vien				
Région 03 : Capitale Nationale					
54006	Centre médical Beauport	2002-11-14	-----	1 244	2002-11-14
54007	St-Vallier : - Centre médical St-Vallier	2002-11-14	3 (2002-11-14)	1 024	2005-11-14
80495	UMF Maizerets : - Centre de santé Orléans - Point de service Maizerets (Mission CLSC)	2006-01-01	3 (2006-01-01)	1 823 1 937	2005-11-29 2006-11-29
54038	De Saint-Louis : - Clinique médicale Saint-Louis	2003-07-25	-----	1 834 2 102	2005-07-25 2006-07-25
54049	Du Carrefour : - Clinique médicale Giffard	2003-07-25	3 (2004-10-18)	997	2004-07-25
54050	Clinique médicale Pierre-Bertrand	2003-07-17	3 (2003-07-17)	1 382 1 487	2005-07-17 2006-07-17
93832	Centre de santé Orléans, mission CLSC, secteur Beauport : - Centre de santé Orléans (Pts de Beau-pré / Hôpital Ste-Anne-de-Beau-pré) • Centre de Santé Orléans, secteur Beauport	2003-07-25	-----	1 278	2004-07-25
95082	UMF du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières : - CLSC Haute-Ville	2004-07-16	-----	1 367	2004-07-16
54118 54119	Loretteville-Neufchâtel : - Centre Médico-Dentaire Loretteville - Clinique médicale de Neufchâtel	2005-02-23	-----	1 805	2006-02-23
54117	Du Chatel : - Clinique médicale Duchatel	2005-02-23	-----	1 087	2005-02-23
54116	Cap-Rouge	2005-02-23	-----	1 367	2006-02-23
54115	Berger : - Clinique médicale Berger	2005-02-23	-----	1 493	2005-02-23
54120 54121 54122 54123	De Charlevoix-Est : - Clinique de médecine familiale de la Malbaie - Clinique de médecine familiale de Clermont - Clinique de Saint-Siméon - Clinique médicale Robert Trudeau	2005-02-23	-----	2 283	2006-02-23

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
	Région 04 : Mauricie-Centre-du-Québec				
	54004 Centre médical St-Léonard	2003-01-15	3 (2004-11-23)	445	2003-01-15
+	Bois-Francis n° 1 :	2003-02-24	3 (2004-01-08)	2 165	2006-02-24
+	54018 - Clinique familiale d'Arthabaska			2 258	2007-02-24
	54019 - Clinique médicale de Warwick				
	54020 - Clinique médicale de Daveluyville				
	54021 - Clinique médicale Jacques Faucher				
	54022 - Clinique médicale de Lyster				
	54023 - Clinique médicale des Bois-Francis				
	54024 - Clinique médicale de Kinsley-Falls				
+	Bois-Francis n° 2 :	2003-02-24	-----	2 056	2006-02-24
+	54013 - Clinique médicale du Grand-Boulevard			2 043	2007-02-24
	54017 - Clinique médicale de Notre-Dame				
	54132 - Frères du Sacré-Coeur				
	93452 - CLSC Suzor-Côté				
+	Bois-Francis n° 3 :	2003-02-24	-----	866	2006-02-24
+	54016 - Clinique de médecine familiale de Plessisville			860	2007-02-24
	90672 - CLSC-CHSLD de l'Érable				
	54072 Clinique médicale de Shawinigan-Sud	2004-01-06	3 (2006-02-10)	601 568	2006-01-06 2007-01-06
+	Clinique médicale de Nicolet	2004-01-06	3 (2005-01-24)	1 054	2006-01-06
+	+54079 - Clinique médicale de Nicolet			1 151	2007-01-06
+	+54173 - Centre médical Pierreville				
+	+54080 Centre médical Saint-François	2004-02-17	3 (2005-02-28)	930	2006-02-17
+				1 131	2007-02-17
	54075 Centre de santé	2004-02-17	3 (2005-09-26)	1 225	2006-02-17
+	+54076 Centre médical AJC	2004-02-17	3 (2004-12-13)	814	2006-02-17
+				876	2007-02-17
	54091 Clinique médicale St-Nicéphore	2004-02-17	-----	729	2006-02-17
+	Haut-Saint-Maurice :	2004-07-16	-----	653	2006-07-16
	93892 - CSSS du Haut-Saint-Maurice				
+	Clinique médicale Saint-Laurent :	2005-05-30	3 (2006-02-01)	599	2006-05-30
+	54137 - Clinique médicale Saint-Laurent			602	2007-05-30
	- CSSS de Maskinongé				
	80065 • Point de service de Saint-Alexis-des-Monts				
	93922 • Point de service de Saint-Paulin				
	01783 • Point de service Comtois				

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 04 : Mauricie-Centre-du-Québec (suite)					
+ +	De la MRC de Bécancour :	2005-05-30	-----	1 877 1 864	2006-05-30 2007-05-30
	54138 - Polyclinique 55				
	54139 - Centre médical de Gentilly				
	90642 - CSSS Bécancour – Nicolet-Yamaska				
	• Centre Fortierville				
	54135 Centre médical Drummond :	2005-05-30	-----	875 832	2005-05-30 2006-05-30
	• Site St-Jean				
	Les Grès :	2005-07-29	-----	573 629	2005-07-29 2006-07-29
	54149 - Clinique médicale Les Grès				
	54150 - Saint-Élie de Caxton				
	Grand-Mère :	2006-04-13	-----	1 084	2006-04-13
	54163 - Clinique médico chirurgicale Grand-Mère				
	54165 - Clinique Saint-Gérard des Laurentides				
	54166 - Clinique Drs Lefebvre et Tousignant				
Région 05 : Estrie					
+ +	Des Grandes-Fourches :	2002-12-18	-----	2 139 2 165	2005-02-18 2006-12-18
	90652 - CLSC de la région Sherbrookoise				
	54011 - Clinique médicale du Vieux-Nord				
	54012 - Clinique santé du Nord				
	De Vimy :	2004-01-06	3 (2004-01-06)	900	2006-01-06
	54065 - Clinique médicale Vimy				
	54082 Plateau Marquette	2004-02-17	-----	1 869	2006-02-17
	54090 Des Cantons	2004-02-17	-----	831	2006-02-17
	Des Deux-Rives :	2004-07-16	-----	2 375	2006-07-16
	93612 - CLSC de Sherbrooke				
	• Point de service Sherbrooke				
	• Point de service Lennoxville				
	54124 Des Frontières	2005-03-18	-----	764	2005-03-18
	54128 Clinique médicale du Lac	2005-03-18	-----	856	2006-03-18
+ +54188	Memphré :	2006-09-18	-----		2006-09-18
	- Clinique médicale Memphré				

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 06 : Montréal-Centre					
+ +	De Verdun :	2003-03-19	3 (2003-03-19)	2 222 2 258	2006-03-19 2007-03-19
	54027 - Clinique de médecine familiale de Verdun				
	00363 - Hôpital de Verdun • Unité de médecine familiale (UMF)				
	Notre-Dame :	2003-03-25	-----	1 412	2006-03-25
	00203 - Hôpital Notre-Dame du CHUM • Unité de médecine familiale (UMF)				
	Centre médical Saint-André :	2004-01-06	-----	966	2006-01-06
	54069 - Centre médical Saint-André				
	54070 - Clinique du Dr R. Frongillo				
	54071 - Clinique médicale Charleroi				
	Des Faubourgs :	2003-03-25	-----	1 487	2006-03-25
	90802 - CLSC des Faubourgs • Point de service de la Visitation • Point de service Parthenais • Point de service Sanguinet				
	De Herzl :	2003-06-25	3 (2003-06-25)	2 184 2 207	2005-06-25 2006-06-25
	00113 - Hôpital général juif Sir Mortimer Davis • Centre de médecine familiale Hertz				
	Côte-des-Neiges :	2004-01-06	-----	2 085	2006-01-06
	91122 - CLSC Côte-des-Neiges • Site Outremont				
	Du Sud-Ouest :	2004-07-16	-----	1 805	2005-07-16
	54111 - Clinique médicale de l'Ouest (1990) Inc.				
	St-Louis-du-Parc :	2004-07-16	-----	1 671 1 723	2005-07-16 2006-07-16
	91082 - CSSS Jeanne-Mance • Point de service CLSC St-Louis du Parc				
	54130 - Cabinet du Dr François Aboussouan				
	54155 - Clinique médicale du Dr Claude Cyr				
	De la Clinique médicale l'Actuel :	2005-03-18	3 (2005-09-18)	1 127	2006-03-18
	54002 Clinique l'Actuel (MTS)				
	54131 Quartier-Latin	2005-03-18	3 (2006-04-03)	1 525	2006-03-18
+ +	Cosmopolite de Saint-Laurent :	2006-01-27	-----	708 766	2006-01-27 2007-01-27
	54170 - Clinique médicale Le Plein Ciel				
	54171 - Clinique médicale générale et d'amalgamissement Bois de Boulogne				
	54172 - Clinique médicale Avicenne				

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 07 : Outaouais					
+ +	D'Aylmer :	2002-11-29	3 (2003-09-08)	1 284 1 174	2005-11-29 2006-11-29
	91262 - CLSC Grande-Rivière				
	54009 - Clinique médicale du Vieux-Aylmer				
	54010 - Clinique médicale Glendwood				
	54113 - Clinique Dre Marie-France Séguin				
+ +	De Hull :	2003-07-11	3 (2004-12-18)	978 987	2006-07-11 2007-07-11
	54058 - Clinique médicale 4 Taschereau				
	90612 - CLSC de Hull				
	De Wakefield :	2004-01-06	3 (2004-10-02)	739	2004-01-06
	54068 - Clinique de médecine familiale de Wakefield				
+ +90712 + + + + +80155 +54175 +54176 +54177 +54178 +54179 +54180 +54181	Pontiac :	2006-06-29	-----	1 807	2006-06-29
	- CSSS du Pontiac				
	• Point de service Fort Coulonge				
	• Point de service Chapeau				
	• Point de service Otter Lake				
	- CSSS du Pontiac				
	• Point de service du CLSC Quyon				
	- Clinique médicale de Fort-Coulonge				
	- Clinique médicale de Campbell's Bay				
	- Clinique médicale de Quyon				
	- Clinique médicale de Shawville				
	- Bureau du Dr O'Neil				
	- Bureau du Dr Pinelo				
	- Bureau du Dr Donna Courchesne				
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue					
	Du Centre de santé de Témiscaming :				
	91312 - CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa	2003-07-02	-----	623	2005-07-02
+ 54055 54056 54057	Des Aurores Boréales :	2003-07-23	3 (2003-07-23)	1 219	2006-07-23
	- Clinique médicale de L'Or				
	- Clinique de santé L'Éveil				
	- Clinique du Docteur Hélène Hotlett				
	Les Eskers d'Amos :	2006-01-30	3 (2006-06-01)	1 289	2006-01-30
	54156 - Clinique médicale Soleil				
	54157 - Clinique médicale Le Norois				
+ +54184 +54185 +54186	Vallée-de-l'Or :	2006-08-18	-----	1 144	2006-08-18
	- Clinique médicale de l'Or et des Bois				
	- Clinique familiale des Pins				
	- Clinique Dr Claude Malenfant				

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 09 : Côte-Nord					
+ +	De Sept-Iles :	2004-01-06	-----	1 305	2006-01-06
54063	- Vents et Marées			1 383	2007-01-06
54029	De la Polyclinique Boréale	2003-03-28	3 (2003-03-28)	988	2003-03-28
54159 95062	Horizon Santé : - Clinique médicale Horizon Santé - CSSS de Port-Cartier	2006-01-30	-----	740	2006-01-30
54162	De la Minganie : - Centre de santé de la Minganie	2006-01-30	-----	990	2006-01-30
Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine					
54032 54033 93422	De la Haute-Gaspésie : - Clinique des Monts - Clinique Sainte-Anne - CSSS de la Haute-Gaspésie : • CLSC de Mont-Louis • CLSC de Cap-Chat	2003-04-07	2 (2003-04-07)	521	2006-04-07
Région 12 : Chaudière-Appalaches					
+ +	Des Etchemins :	2003-01-24	-----	1 086	2006-01-24
90572	- CLSC et Centre d'hébergement de Lac-Etchemin • Site Sainte-Justine			1 229	2007-01-24
+54034 +	Clinique médicale de Lauzon	2003-07-17	-----	830	2006-07-17
54035 54036 54037	Lévis-Métro : - Centre médical Christ-Roy - Clinique médicale de Pintendre - Clinique médicale de Saint-David	2003-07-02	-----	1 501 1 553	2005-07-02 2006-07-02
54040	Clinique médicale du Vieux-Fort	2003-07-17	-----	709 577	2004-07-17 2006-07-17
54042	Clinique médicale de Lévis	2003-07-17	-----	1 488 1 543	2005-07-17 2006-07-17
54043 54044 54045	De Montmagny : - Clinique médicale de Montmagny - Clinique médico-dentaire de Montmagny - Clinique médicale du Cap Saint-Ignace	2003-07-23	-----	1 740	2004-07-23

Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 12 : Chaudière-Appalaches (suite)				
Sainte-Croix/Saint-Patrice	2003-07-17	-----	790 839	2004-07-17 2005-07-17
54047 - Clinique médicale Sainte-Croix				
54048 - Clinique médicale Saint-Patrice				
54054 Centre médical Saint-Rédempteur	2003-08-28	-----	1 028 1 048	2005-08-28 2006-08-28
54053 Clinique médicale Saint-Étienne	2003-07-23	-----	874	2005-07-23
De Laurier-Station :	2004-07-16	-----	1 084	2005-07-16
90732 - CLSC de Laurier-Station				
54083 - Clinique médicale Sainte-Agathe				
+ De Thetford :	2006-05-29	-----	1 561	2006-05-29
54167 - Clinique santé de Thetford				
54168 - Clinique familiale de Thetford				
54169 - Clinique médicale Champlain				
+ Clinique familiale St-Georges de Beauce	2006-08-09	-----	1 341	2006-08-09
+54182 - La Clinique Familiale				
+54183 - Clinique Express				
Région 13 : Laval				
De Laval :	2003-04-04	3 (2003-04-04)	1 453 1 406	2006-04-04 2007-04-04
00443 - Hôpital Cité de la Santé				
• Unité de médecine familiale (UMF)				
54089 Centre médical Laval	2004-02-17	3 (2005-03-11)	1 866 1 843	2006-02-17 2007-02-17
Concorde :	2004-03-15		3 126	2005-03-15
54101 - Polyclinique Médicale Concorde				
54158 Clinique médicale Sainte-Dorothée	2006-01-10	-----	1 604	2006-01-10
Région 14 : Lanaudière				
+ Lavaltrie-Lanoraie :	2003-01-21	3 (2003-03-31)	1 173 1 211	2006-01-21 2007-01-21
+ 54014 - Clinique médicale Lavaltrie				
54015 - Clinique médicale de Lanoraie				
De L'Assomption :	2003-06-25	3 (2003-06-25)	1 079	2004-06-25
54039 - Clinique médicale L'Assomption				
54041 - Clinique médicale L'Épiphanie				

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 14 : Lanaudière (suite)					
54077	De Mascouche	2004-01-06	3 (2005-04-08)	1 159	2006-01-06
80035	De Saint-Donat : - CLSC de Matawinie (Point de service)	2004-03-15	-----	607	2004-03-15
54129	Notre-Dame-Répentigny	2005-03-18	3 (2006-05-19)	1 014 1 080	2006-03-18 2007-03-18
	Rousseau-Montcalm :	2005-05-30	-----	1 038 1 116	2005-05-30 2006-05-30
54140	- Centre médical des Laurentides				
54141	- Clinique médicale de l'Achigan				
54142	- Clinique médicale Ste-Julienne				
Région 15 : Laurentides					
54026	Mont-Tremblant : - Centre médical Saint-Jovite	2003-04-11	3 (2003-04-11)	916	2003-04-11
00781	De la Rouge : - Centre de services de Rivière-Rouge	2003-04-11	3 (2003-06-01)	913	2006-04-11
54030	- Clinique médicale de Labelle				
54031	- Clinique privé du Docteur Paul Dubé				
54081	De Lorraine	2004-02-17	3 (2004-12-13)	950	2004-02-17
Région 16 : Montérégie					
+	De Salaberry : 54051 - Clinique Médi-val 54052 - Bureau des Drs Larouche et Lareau 91152 - CLSC Seigneurie de Beauharnois	2003-07-02	3 (2003-07-02)	996	2006-07-02
54073	Richelieu St-Laurent : - Clinique médicale du Richelieu Inc.	2004-01-06	3 (2004-05-30)	1 020	2006-01-06
54074	- Clinique médicale St-Laurent				
91142	Bedford : - Centre hospitalier de Bedford	2004-02-17	-----	1 174	2006-02-17
54088	- Centre médical Bedford				
54092	Lac Brome-Cowansville - Centre médical de Cowansville	2004-02-17	6 (2004-04-02)	1 300	2006-02-17
54093	- Clinique médicale Brome-Missiquoi				
54085	Centre de médecine familiale de Granby	2004-03-15	3 (2005-01-01)	1 249	2005-03-15
	Sutton-Cowansville :	2004-02-17	3 (2004-02-17)	1 348 1 406	2006-02-17 2007-02-17
54086	- Clinique de médecine familiale de Cowansville				
54087	- Centre de santé Sutton				

	Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 16 : Montérégie (suite)					
54096	Médocentre Pincourt - Clinique médicale Médocentre Pincourt	2004-03-15	-----	718	2006-03-15
+ +	Rigaud :	2004-03-15	-----	646 671	2006-03-15 2007-03-15
54097	- Centre de santé de Rigaud				
54094	Des Trois-Lacs : - Clinique médicale des Trois-Lacs	2004-03-15	-----	762	2006-03-15
+ +	Vaudreuil-Dorion :	2004-03-15	-----	1 049 1 066	2006-03-15 2007-03-15
54095	- Centre médical Vaudreuil-Dorion				
+54103 +	Centre médical Saint-Jacques	2004-03-15	3 (2005-01-01)	816 897	2006-03-15 2007-03-15
+54102 +	Clinique médicale Centrale	2004-03-15	3 (2005-01-01)	731 791	2006-03-15 2007-03-15
+ +	Waterloo-Bromont :	2004-02-17	3 (2004-02-17)	1 157 1 188	2006-02-17 2007-02-17
54099 54100	- Clinique médicale Waterloo - Clinique médicale Bromont				
90622 54104	Farnham : - CLSC la Pommeraie - Clinique médicale du Village	2004-02-17	-----	1 624	2005-02-17
54098	Centre médical Robinson	2004-03-15	3 (2005-01-01)	1 127	2006-03-15
54066 54067	Haut-Saint-Laurent : - Centre médical Huntingdon - Clinique médicale St-Chrysostome	2004-01-06	-----	596	2005-01-06
54107 54108 54114	Du Lac St-François : - Clinique médicale Havre-Santé - Clinique médicale St-Zotique - Clinique Robitaille et Lecompte	2004-07-16	-----	1 315 1 419	2005-07-16 2006-07-16
54109 54110	Rive et Montagne : - Centre médical de la Montagne - Clinique médical de la Rive	2004-07-16	-----	1 232 1 285	2005-07-16 2006-07-16
91232	Des Seigneuries : - CLSC des Seigneuries • Point de service Varennes • Point de service Verchères • Point de service Saint-Amable	2004-07-16	-----	1 276	2004-07-16

AVIS : Les établissements de cette liste ont été désignés par les accords n^{os} 527, 558, 574, 583 et 595 ainsi que par lettre du Comité paritaire.

ANNEXE II

À des fins de rémunération et d'adhésion à cette entente particulière, description du contenu minimal des services offerts par un GMF à sa clientèle

I Services de médecine familiale

Services de médecine familiale auprès d'une clientèle ambulatoire de tout âge, comprenant principalement l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé, aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à la condition de santé des personnes, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ces services sont habituellement assurés par le médecin de famille avec la collaboration de l'infirmier(e) ainsi que celle des autres membres du personnel du GMF, dans le contexte d'un cabinet médical, d'un CLSC, d'une unité d'enseignement en médecine familiale ou d'une clinique externe de médecine familiale d'un CHSGS. La prise en charge et le suivi de personnes en perte sévère d'autonomie maintenues à domicile fait partie de l'offre de services du GMF.

II Coordination

Coordination des services de santé au bénéfice des personnes atteintes de pathologies graves ou complexes, nécessitant des soins continus et suivis au bureau du médecin ou à domicile.

III Activités médicales prioritaires

Participation, avec l'ensemble des médecins omnipraticiens du territoire, aux activités médicales reconnues prioritaires par le département régional de médecine générale, selon des modalités arrêtées par ce dernier.

IV Accessibilité

Les services de médecine familiale sont offerts, sur rendez-vous et sans rendez-vous, du lundi au vendredi. Selon les besoins à satisfaire et, compte tenu des effectifs médicaux en place et des services médicaux dispensés par les établissements du territoire, le GMF assure les services sans rendez-vous les samedi, dimanche et journée fériée.

ANNEXE III

Libellé du formulaire d'inscription du patient inscrit

- Formulaire d'inscription auprès d'un médecin membre d'un groupe de médecine de famille (n° 3876 - MSSS)

AVIS: *Ce formulaire d'inscription ne peut être complété que dans Internet. De type dynamique, il a été conçu pour vous permettre d'éviter les principales erreurs de remplissage. Vous devez **conserver une copie papier dûment signée par les deux parties** du formulaire n° 3876 transmis à la Régie. **ATTENTION, le formulaire n° 3876 vous permet d'inscrire les patients de 0 à 5 ans et les codes développés pour identifier les clientèles vulnérables.** Donc, vous ne devez plus utiliser de formulaires n° 3889 ou n° 1200 pour inscrire vos patients GMF présentant ces caractéristiques.*

A - EP - GMF - ANNEXE IV

ANNEXE IV

À des fins d'adhésion à cette entente particulière, contenu d'un dispositif contractuel

Convention (régie régionale/GMF)

Cette convention doit, en terme de contenu, obligatoirement comprendre des stipulations portant sur les questions suivantes :

- reconnaissance de l'autonomie juridique du GMF (sous réserve des discussions entourant la détermination future du statut juridique du GMF sis en établissement);
- reconnaissance de l'autonomie du cabinet privé;
- reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF à l'égard du personnel infirmier faisant l'objet d'un prêt de personnel, par entente de services ou autrement;
- obligation du GMF en ce qui a trait à l'offre collective de services, notamment le contenu minimal du panier de services offerts par un GMF à sa clientèle;
- obligation de la régie régionale envers le GMF, notamment en ce qui a trait à l'octroi des ressources, financières, informatiques ou autres, adéquates;
- processus de médiation en cas de différend;
- processus d'arbitrage en cas de différend;
- mécanisme de résiliation.

Entente de services

Une entente de services avec un CLSC ou, le cas échéant, un centre hospitalier doit, en terme de contenu, contenir des stipulations ayant pour objet la reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF à l'égard du personnel, infirmier faisant l'objet d'un prêt de personnel, par entente de services ou autrement.

ANNEXE V

Modalités de rémunération

+ 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.

AVIS: Ce forfait peut être facturé **uniquement** s'il est supporté par un formulaire d'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF (n° 3876 - MSSS) dûment rempli et signé par le médecin et la personne assurée (ou son représentant) et déjà transmis à la RAMQ (ou transmis au plus tard 90 jours après la facturation)⁽¹⁾. De plus, la date de la signature doit correspondre (ou être antérieure) à la date de facturation du forfait.

Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée
- le code d'acte **08875** dans la section ACTES
- # - les HONORAIRES de 7,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2006 (soumis à la rémunération différente)
les HONORAIRES de 7,30 \$ à compter du 1^{er} avril 2007 (soumis à la rémunération différente)
les HONORAIRES de 7,45 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 (soumis à la rémunération différente)
les HONORAIRES de 7,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009 (soumis à la rémunération différente)
- le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet (54XXX), CLSC (9XXX2 ou 8XXX5) ou UMF (0XXX3). Si la prise en charge ne peut être faite qu'à domicile, veuillez utiliser le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF.

- + 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.

AVIS: Ce forfait peut être facturé **uniquement** si la patiente est inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF.

Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée
- le code d'acte **19074** dans la section ACTES
- # - les HONORAIRES de 7,15 \$ à compter du 1^{er} avril 2006 (soumis à la rémunération différente)
les HONORAIRES de 7,30 \$ à compter du 1^{er} avril 2007 (soumis à la rémunération différente)
les HONORAIRES de 7,45 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 (soumis à la rémunération différente)
les HONORAIRES de 7,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009 (soumis à la rémunération différente)
- le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet (54XXX), CLSC (9XXX2 ou 8XXX5) ou UMF (0XXX3). Si la prise en charge ne peut être faite qu'à domicile, veuillez utiliser le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF.

(1) Un nouveau GMF ne disposant pas des installations requises peut s'adresser au service de l'information aux professionnels pour obtenir une extension au délai de 90 jours.

II. Banque d'heures

La banque d'heures destinée à la rémunération des activités visées aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente particulière est déterminée selon les paramètres généraux suivants :

- activités professionnelles requises pour le fonctionnement en GMF :
 - octroi, par médecin ETP, d'une demi-journée par semaine, soit trois (3) heures/semaine.

III. Garde en disponibilité

a) Modalités de rémunération

- + 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.

Pour donner droit à la rémunération prévue au paragraphe précédent, la garde en disponibilité doit être assurée tous les jours de la semaine, en horaires défavorables. Cependant, elle n'est rémunérée qu'à compter du samedi à 0 h 00 au dimanche suivant 24 h 00 ainsi que les journées fériées de 0 h 00 à 24 h 00.

AVIS: *Ce forfait peut être facturé uniquement si des forfaits quotidiens sont octroyés à votre GMF. Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112 dans la case réservée au NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19016** dans la case CODE de la section ACTES, le samedi, dimanche ou jour férié de 0 h 00 à 24 h (voir P.G. 2.4.7.6 jours fériés);
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet (54XXX), CLSC (9XXX2 ou 8XXX5) ou UMF (0XXX3);
- la date des services
- le chiffre 1 dans la case R
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le nombre de **forfaits** dans la case UNITÉS (1 ou le nombre de gardes concomitantes);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S. Ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée, sur des demandes de paiement distinctes.

b) Garde concomitante

Lorsque les circonstances l'exigent, notamment à cause de l'étendue du territoire qu'il doit couvrir, un GMF peut se voir allouer, par le comité visé à l'article 9.00, pour une même journée donnée, plus d'un forfait par quart de huit (8) heures de garde en disponibilité. Dans ce cas, la convention liant la régie régionale et le GMF doit prévoir que, pour une même journée donnée, des gardes en disponibilité peuvent être assurées de façon concomitante.

IV. Mécanismes de contrôle

Les parties conviennent de ce qui suit, savoir :

- a) en faisant les adaptations appropriées, appliquer les règles de cumul édictées par le paragraphe 5.08 de l'annexe XIV de l'Entente à la rémunération des activités professionnelles visées à la section II de cette annexe comme si celles-ci avaient été effectuées pour le compte d'un établissement;
- b) pour l'exercice des activités professionnelles visées à la section II de cette annexe, jusqu'à concurrence de deux cent vingt (220) heures par année, consentir et octroyer un dépassement spécifique au bénéfice du médecin qui a atteint le maximum prévu aux paragraphes 5.02 ou 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente ou au troisième alinéa du paragraphe 15.01 de l'Entente;

AVIS: *Veuillez utiliser le code d'activité mentionné au point 7.02 et 7.03.*

Si requis, l'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service n° 3547, identifiant le médecin et la période concernée en mentionnant qu'il s'agit de l'Entente particulière GMF.

- c) assujettir à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale la rémunération versée pour les activités professionnelles visées aux sections I, II, III, VI et VII.

V. Garantie de rémunération

Pendant une période annuelle d'application couverte par cette entente particulière, le niveau de la rémunération du médecin d'un GMF pour ses activités cliniques est maintenu, et ce, comparativement au niveau de la rémunération découlant de la pratique clinique antérieure de ce médecin. L'octroi de ce bénéfice est conditionnel au maintien de la charge de travail clinique que ce médecin assume dans le cadre de sa pratique en GMF. Cette garantie est établie par référence à la moyenne de la rémunération qui a été constatée, en cabinet, pendant les deux années qui ont précédé la date de départ qui est spécifique au GMF dans le cadre duquel le médecin exerce sa profession.

Si, dans une période annuelle d'application donnée, une baisse du niveau de la rémunération des activités cliniques du médecin est constatée malgré le maintien de la charge de travail clinique de ce médecin, le cas de celui-ci est référé, par la Fédération, au comité paritaire prévu à l'article 9.00 de cette entente. Après avoir donné au médecin l'occasion de se faire entendre, le comité transmet aux parties ses recommandations et, s'il y a lieu, propose à celles-ci les modalités de compensation appropriées.

Dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont dévolus aux fins de la présente section, le comité paritaire tient compte de tout facteur qu'il juge pertinent, parmi lesquels les besoins à satisfaire, la population à desservir et l'offre de services du GMF, en regard notamment du profil de pratique, passé et présent, du médecin.

Aux fins des présentes, la période comprise entre la date de la demande requérant l'intervention du comité visé aux présentes et celle à laquelle celui-ci fait ses recommandations aux parties, n'entre pas dans le calcul des délais prévus à l'article 24.00 de l'Entente.

+ VI. Rémunération du médecin responsable

+ 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.

AVIS: Ce forfait peut être facturé **uniquement** par un médecin **identifié au comité paritaire** comme médecin responsable (ou co-responsable). Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case réservée au NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code 19017 dans la case CODE de la section ACTES;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code d'établissement ou le code de GMF(cabinet) 54XXX dans la case ÉTABLISSEMENT. Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer 0XXX3.

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

VII. Clientèles vulnérables

Le médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) et également dans un cabinet ou établissement non reconnu comme GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions de la présente entente et des dispositions de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables. Les dispositions de la présente annexe prévalent à moins que le médecin se retire du GMF et que le médecin responsable, en vertu du paragraphe 7.07 de la présente entente, en ait avisé le comité paritaire.

a) Aux fins du présent article, un patient inscrit fait partie de la clientèle vulnérable du médecin s'il répond à une ou à plusieurs des exigences suivantes :

Il est âgé de 70 ans ou plus;

Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes :

- Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses;
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
- Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);

- Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- Diabète avec atteinte d'organe cible;
- Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
- VIH/SIDA;
- Maladies dégénératives du système nerveux central.

AVIS: Si vous souhaitez inscrire pour l'EP GMF un patient que vous aviez déjà identifié à la Régie comme clientèle vulnérable à titre de médecin responsable, **vous devez obligatoirement remplir un formulaire Internet n° 3876. Vous devez conserver une copie papier dûment signée par les deux parties du formulaire n° 3876 transmis à la Régie. En effet, le formulaire n° 3889 signé antérieurement pour le même patient n'autorise pas la facturation en GMF des forfaits relatifs à ces clientèles.**

b) Modalités de rémunération

En sus de la bonification de la rémunération prévue à l'article 1 de la présente annexe, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent au patient inscrit qui répond aux conditions de vulnérabilité énoncées à l'alinéa précédent :

AVIS: Ce forfait peut être facturé **uniquement** s'il est supporté par un formulaire d'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF (n° 3876 - MSSS) dûment rempli et signé par le médecin et la personne assurée (ou son représentant) et déjà transmis à la RAMQ (ou transmis au plus tard 90 jours après la facturation)⁽¹⁾. **De plus, la date de la signature doit correspondre (ou être antérieure) à la date de facturation du forfait.**

1. Le médecin qui exerce en cabinet au sein d'un GMF reçoit à l'occasion d'un examen fait en cabinet ou à domicile le forfait de responsabilité de 9,00 \$ à chaque examen;

AVIS: Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte 15038 dans la section ACTES;
- les HONORAIRES de 9,00 \$ (soumis à la rémunération différente);
- le code de GMF (cabinet) 54XXX ou le code de localité 6XXXX dans la case ÉTABLISSEMENT.

2. Le médecin qui exerce en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un GMF reçoit, à l'occasion d'un examen, le forfait de responsabilité de 22,00 \$ une fois par année civile;

AVIS: Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte 15039 dans la section ACTES;
- les HONORAIRES de 22,00 \$ (soumis à la rémunération différente);

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.

3. Le médecin qui exerce en cabinet privé et en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un ou de plusieurs GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des modalités de rémunération prévues aux points 1. et 2. ci-dessus. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des modalités. Il peut, le cas échéant, modifier son option durant l'année civile suivant la rémunération du forfait prévu au point 1 ou au point 2. ci-dessus.

(1) Un nouveau GMF ne disposant pas des installations requises peut s'adresser au service de l'information aux professionnels pour obtenir une extension au délai de 90 jours.

*EP - CHEF DU SERVICE D'URGENCE (CHSGS)***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN CHEF DU SERVICE D'URGENCE D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITANT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)****PRÉAMBULE**

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

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin chef du service d'urgence d'un établissement et, le cas échéant, de celui qui l'assiste;

1.02 Est considéré admissible à la présente entente tout centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui répond aux conditions suivantes :

- a) Il opère un service d'urgence ouvert 24 heures par jour, tous les jours de la semaine;
- b) Il dispense des services en anesthésie et en chirurgie;

1.03 Exceptionnellement, malgré le sous-paragraphe 1.02 b), l'installation d'un établissement qui opère un service d'urgence distinct et qui ne dispense pas de services en anesthésie et en chirurgie peut, avec l'approbation du comité paritaire, être admissible à la présente entente si le chef du département de médecine générale de l'établissement n'est pas déjà rémunéré en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale ou n'assume pas la responsabilité du service d'urgence de l'installation.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives du chef du service d'urgence couvertes par la présente entente sont analogues à celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2). L'Annexe I des présentes décrit ce que peuvent être les activités d'un chef de service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste;

3.02 Est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à la participation du chef du service d'urgence aux activités reliées à l'organisation des services d'urgence de la région par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

- + **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;

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19040 dans la case CODE de la section « Acte »;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

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

4.02 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le groupe auquel il appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré. Le nombre de forfaits alloués, par groupe, est le suivant :

- Établissement (ou installation) du groupe I : 520 forfaits par année
- Établissement (ou installation) du groupe II : 312 forfaits par année
- Établissement (ou installation) du groupe III : 208 forfaits par année

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un service d'urgence et un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dispensant des services en anesthésie et en chirurgie, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

L'annexe II de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

4.03 Sous réserve du paragraphe 4.04, dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du service d'urgence.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un médecin assume la fonction de chef de l'ensemble des services d'urgence, le pourcentage du nombre de forfaits attribué à ce médecin est d'au moins 35 %.

4.04 Dans le cas où le chef du service d'urgence ou le médecin qui l'assiste n'est pas un médecin omnipraticien ou n'est pas couvert par l'entente générale des médecins omnipraticiens, le nombre de forfaits alloués en vertu de la présente entente est réévalué par le comité paritaire qui doit tenir compte notamment, de l'importance de la participation des médecins omnipraticiens à la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement;

4.05 Tout médecin qui se prévaut des dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale ne peut se prévaloir de plus de 50 % des forfaits alloués à l'établissement en vertu du présent article;

4.06 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef du service d'urgence ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions de la présente entente.

AVIS : L'établissement doit informer la Régie de l'identité du médecin concerné en transmettant un avis de service à la Régie; ne pas inscrire d'heure puisqu'il s'agit d'un forfait hebdomadaire; indiquer l'entente particulière : chef du service d'urgence et préciser la période pour laquelle l'avis de service est en vigueur.

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

A - EP - CHEF DU SERVICES D'URGENCE (CHSGS)

ANNEXE I

Activités du chef du service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste

Coordonner les activités professionnelles des membres du service d'urgence :

- Organisation du travail dans les différentes aires de travail (choc, civières, clientèles ambulatoires)
- Rédaction des politiques et procédures du service d'urgence et s'assurer de leur application
- Participation à la préparation du plan des mesures d'urgence.

Gérer les biens et les espaces en lien avec le service d'urgence.

Surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans le service d'urgence.

Planifier les activités de formation médicale continue.

Établir les règles d'utilisation des ressources et voir au respect de ces règles.

Établir des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments.

Établir et gérer la liste de garde.

Travailler en collaboration avec le directeur des services professionnels ou le coordonnateur de l'urgence en vue de s'assurer de la distribution appropriée des soins dans le service d'urgence (gestion courante de la fluidité de la circulation des patients) et faire des recommandations.

Collaborer avec le gestionnaire infirmier dans l'organisation de la formation du personnel infirmier du service d'urgence.

Nommer et encadrer les responsables des dossiers prioritaires du service d'urgence : relations interdépartementales, politiques et protocoles définissant le rôle de chaque département et service avec le service d'urgence, structure de soutien afin d'assurer un bon fonctionnement de la gestion de l'information, représentation du service d'urgence dans les comités de l'hôpital en lien avec le service d'urgence.

Participer aux activités des comités hospitaliers en lien avec le service d'urgence.

Voir au maintien des effectifs médicaux dans le service d'urgence et superviser le recrutement.

Soumettre un rapport annuel d'activités.

#

ANNEXE II

Établissements admissibles à l'entente particulière relative à la rémunération du chef d'urgence

N°	Nom de l'établissement	Groupe	Forfaits annuels
Région 01 : Bas St-Laurent			
03047	Réseau santé Kamouraska - Centre Notre-Dame-de-Fatima	3	208
03337	Réseau de santé du Témiscouata - Centre hospitalier Notre-Dame-du-Lac	3	208
03257	Réseau de santé de la Matapédia - Centre hospitalier d'Amqui	3	208
03317	Réseau de santé et de services sociaux de Matane - Centre hospitalier de Matane	3	208
03347	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski - Centre hospitalier régional de Rimouski	1	520
03407	CSSS de Rivière-du-Loup - Centre hospitalier régional du Grand-Portage	2	312
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean			
02507	Centre Maria-Chapdelaine - Centre Maria-Chapdelaine – Centre de service Dolbeau	2	312
02487	CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau - Hôpital de la Baie des Ha! Ha!	3	208
02517	Carrefour de santé de Jonquière - Centre hospitalier de Jonquière	2	312
02457	CSSS de Pékouagami - Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma	2	312
02527	CSSS Domaine-du-Roy - Hôtel-Dieu de Roberval	2	312
02477	CSSS de Chicoutimi - Complexe hospitalier de la Sagamie	1	520
Région 03 : Québec			
02047	Centre hospitalier universitaire de Québec - Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec	1	1560
02137	- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	1	
02107	- Pavillon Saint-François d'Assise	1	
02317	CSSS de Charlevoix - Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie	3	416
02377	- Centre hospitalier de Charlevoix	3	
02037	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus	1	1040
02127	- Hôpital du Saint-Sacrement	1	
02067	Hôpital Laval - Hôpital Laval	1	520
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs			
01777	CSSS de la St-Maurice - CSSS de la Saint-Maurice	3	208
01837	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Sainte-Marie	1	520
02757	CSSS d'Arthabaska-Érable - Hôtel-Dieu d'Arthabaska	1	520

N°	Nom de l'établissement	Groupe	Forfaits annuels
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs (suite)			
02777	CSSS Drummond - Hôpital Sainte-Croix	1	520
01857	CSSS de l'Énergie - Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	1	520
Région 05 : Estrie			
01167	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - C.H. universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont	1	1040
01107	- C.H. universitaire de Sherbrooke – Hotel-Dieu	1	
01067	Centre de santé Memphrémagog - Centre de santé Memphrémagog – Siège social	2	312
01127	Centre de santé du Granit - Centre de santé du Granit (Siège social)	3	208
01007	CSSS de la MRC-d'Asbestos - Centre hospitalier d'Asbestos	3	208
Région 06 : Montréal-Centre			
00067	Centre hospitalier de l'Université de Montréal - Hôtel-Dieu du CHUM	1	1560
00207	- Hôpital Notre-Dame du CHUM	1	
00307	- Hôpital Saint-Luc du CHUM	1	
00407	CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis - Hôpital général du Lakeshore	1	520
00147	CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine - Centre hospitalier de Lasalle	1	832
00287	- Centre hospitalier de Lachine	2	
00367	CSSS de Verdun/C. St-Paul, St-Henri et P. St-Charles - Centre hospitalier de Verdun	1	520
00057	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord - Centre hospitalier Fleury	1	520
00107	CSSS de la Petite Patrie et Villeray - Hôpital Jean-Talon	1	520
00357	Hôpital Santa Cabrini - Hôpital Santa Cabrini	1	520
00277	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	1	520
00187	Centre universitaire de santé McGill - Hôpital général de Montréal	1	1040
00257	- Hôpital Royal Victoria	1	
00117	L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis - L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis	1	520
00317	Centre hospitalier de St. Mary - Centre hospitalier de St. Mary	1	520
00157	Hôpital Maisonneuve-Rosemont - Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel-Lamoureux	1	520
Région 07 : Outaouais			
01307	Centre de santé du Pontiac - Centre hospitalier du Pontiac	3	208
01337	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau - Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau	3	208
07697	CSSS de Gatineau - Pavillon de Gatineau	1	1040
01267	- Pavillon de Hull	1	
01257	CSSS de Papineau - Pavillon du Centre-hospitalier	2	312

N°	Nom de l'établissement	Groupe	Forfaits annuels
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01557	Centre de santé Sainte-Famille - Centre de santé Sainte-Famille	3	208
01527	Réseau santé et services sociaux des Aurores Boréales - Centre hospitalier Lasarre	3	208
01507	CSSS Les Eskers de l'Abitibi - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	2	312
01537	CSSS de Rouyn-Noranda - Centre hospitalier de Rouyn-Noranda	2	312
01547	CSSS de la Vallée-de-l'Or - Centre hospitalier de Val-d'Or	2	312
Région 09 : Côte-Nord			
07547	CSSS de Manicouagan - Centre hospitalier régional Baie-Comeau	2	312
02697	Centre hospitalier régional de Sept-Iles - Centre hospitalier régional de Sept-Iles	2	312
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine			
03417	CSSS de la Haute-Gaspésie - Hôpital des Monts	3	208
03277	CSSS du Rocher-Percé - Centre hospitalier de Chandler	2	312
03307	CSSS Baie-des-Chaleurs - Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs	2	312
03287	CSSS de la Côte-de-Gaspé - Pavillon Hôtel-Dieu	3	208
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02807	CSSS de la région de Thetford - Centre hospitalier de la région de l'Amiante	2	312
03037	CSSS de Montmagny-L'Islet - Hôtel-Dieu de Montmagny	2	312
02857	CSSS du Grand Littoral - Point de service : Charny	3	208
02877	CSSS de Beauce - Centre hospitalier Beauce-Etchemin	1	520
03007	Hôtel-Dieu de Lévis - Hôtel-Dieu de Lévis	1	520
Région 13 : Laval			
00447	CSSS de Laval - Cité de la santé de Laval	1	520
Région 14 : Lanaudière			
01417	CSSS de Lanaudière - Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	1	520
00857	CSSS du Nord de Lanaudière - Centre hospitalier régional de Lanaudière	1	520

N°	Nom de l'établissement	Groupe	Forfaits annuels
Région 15 : Laurentides			
01437	CH-CLSC-CHSLD des Sommets - Centre hospitalier Laurentien	1	520
01427	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle - Centre de Mont-Laurier	2	520
00787	- Centre de L'Annonciation	3	
01457	CSSS Deux-Montagnes / Sud-de-Mirabel - Centre hospitalier Saint-Eustache	1	520
01447	CSSS Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel - Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	1	520
01277	L'Hôpital d'Argenteuil - L'Hôpital d'Argenteuil	3	208
Région 16 : Montérégie			
07537	CSSS du Vieux Longueuil et de la Lajemmerais - Centre hospitalier Pierre-Boucher	1	520
00427	CSSS Haut Richelieu / Rouville - Hôpital du Haut-Richelieu	1	520
00927	CSSS de Sorel-Tracy - Hôtel-Dieu de Sorel	1	520
01137	CSSS La Pommeraie - Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	2	312
00947	CSSS Richelieu-Yamaska - Centre hospitalier Honoré-Mercier	1	520
01087	CSSS du Haut-St-Laurent - L'Hôpital Barrie Memorial	3	208
01037	CSSS de la Haute-Yamaska - Centre hospitalier de Granby	1	520
00957	Hôpital Charles Lemoyne - Hôpital Charles Lemoyne	1	520
07767	CSSS Jardins-Roussillon - Centre hospitalier Anna-Laberge	1	520
01147	CSSS de Suroît - Centre hospitalier régional du Suroît	1	520

Annexe effective le 1^{er} février 2005.

*EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ****PRÉAMBULE**

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

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et la rémunération de la garde en disponibilité effectuée sous la responsabilité du centre de santé et de services sociaux (CSSS) auprès de la population du territoire d'un réseau local de services, ainsi que celle effectuée auprès d'un établissement, CHSLD non fusionné au CSSS ou d'un centre de réadaptation (CR), qui n'ont pas convenu d'ententes de services à cet effet avec un CSSS.

En outre, la présente entente particulière couvre les établissements du réseau de la santé reconnus à titre de centres désignés aux fins des interventions médico-légales et medicosociales auprès des personnes victimes d'agression sexuelle.

1.02 L'adhésion d'un CSSS à la présente entente couvre toutes les gardes en disponibilité effectuées pour le compte du CSSS ainsi que celles effectuées pour les ressources d'un réseau local de services ayant convenu d'une entente de services à cet effet avec celui-ci.

1.03 La présente entente particulière s'applique également à la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée dans un établissement ou une partie du CSSS dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence de première ligne ainsi qu'à certaines gardes effectuées au bénéfice de la clientèle en obstétrique.

En outre, la présente entente couvre la garde en disponibilité assurée au bénéfice des patients admis dans le département de psychiatrie d'un établissement ayant la mission d'un CHSGS ainsi qu'au bénéfice des patients admis dans un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) à la condition qu'une garde sur place ne soit pas effectuée pour les soins physiques ou pour les soins psychiatriques, selon le cas.

1.04 L'annexe I fait état de la liste des CSSS, ainsi que des CHSLD et des CR non fusionnés à un CSSS et désignés par le comité paritaire aux fins de la présente et précise le nombre de forfaits alloués à chacun pour les jours de la semaine ainsi que pour les jours de fin de semaine et les jours fériés. La désignation d'un CSSS fait également état des installations et des ressources privées couvertes par la désignation du CSSS.

1.05 L'annexe II fait état des CLSC du réseau de garde intégré désignés par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

1.06 L'annexe III fait état des CHSGS et des CHSP faisant partie ou non d'un CSSS et désignés par le comité paritaire et précise le nombre de forfaits alloués hebdomadairement, à chacun ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits alloués par journée fériée.

1.07 L'annexe IV fait état des centres désignés à partir desquels une garde médicale est assumée en disponibilité auprès des victimes d'agression sexuelle dans le cadre d'une garde régionale ou dans le cadre d'une garde sous-régionale.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** La garde en disponibilité effectuée par un médecin se prévalant de la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits quotidiens réguliers 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 : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité :

- utiliser une « Demande de paiement » n° 1200 distincte pour chaque personne assurée;
- pour les services reliés à cette garde : inscrire la lettre « E » dans la case C.S;
- pour les services non reliés à la garde en disponibilité, (ex. tournée des malades) : ne pas inscrire la lettre «E» dans la case C.S.

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

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

AVIS :

Tableau des codes de forfait du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007

CSSS, CHSLD, CR (Annexe I)				CLSC du Réseau de garde intégré (Annexe II)				CHSGS et CHSP (Annexe III)			
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
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		
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	Toute la semaine, du lundi 8 h 00 au lundi suivant 8 h 00		
Code	Forfait	Code	Forfait	Code	Forfait
# 19088	26,48 \$	19087	26,48 \$	19089	51,00 \$
Non divisible			Non divisible		

4.00 PROCÉDURES ET COMITÉ PARITAIRE

4.01 Toute question relative à la mise en œuvre et au suivi de la présente entente particulière est soumise au comité paritaire prévu par l'article 32.00 de l'Entente. Le comité paritaire fait aux parties les recommandations appropriées. En outre, il assume les fonctions suivantes :

- a) il informe l'établissement, la Régie ainsi que, le cas échéant, l'Agence du nombre de forfaits quotidiens alloués;
- b) il prend les mesures qu'il considère justifiées en cas de non-respect récurrent ou régulier du nombre de forfaits alloués à un établissement;

4.02 Mensuellement et globalement pour l'ensemble du mois, la Régie transmet à l'établissement les données sur le nombre de forfaits de garde en disponibilité facturés pour l'ensemble de l'établissement ainsi que pour chacune de ses installations. Sur demande de l'établissement, la Régie transmet les données de façon détaillée.

4.03 Sur une base trimestrielle mais ventilées par mois, la Régie transmet au comité paritaire les données sur le nombre de forfaits facturés pour chaque établissement.

5.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

5.01 Participation

Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dans un CSSS, un CHSLD ou un CR visé à la présente ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

La nomination spécifique doit préciser les secteurs d'activités et les territoires dans lesquels le médecin peut être appelé à effectuer de la garde en disponibilité.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service identifiant le médecin, la période concernée et le secteur d'activités visé.*

5.02 Modalités spécifiques de rémunération

5.02.1 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures.

5.02.2 Lorsqu'une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde de huit (8) heures, le forfait prévu par la présente entente particulière devient, quant à cette portion de garde, divisible sur base horaire. Dans ce cas, il est alors payé par la Régie, au prorata du temps de garde effectuée par le médecin.

5.02.3 Le forfait est réduit ou majoré de 50 % lorsque, selon l'Agence, sur recommandation du DRMG, le nombre de lits ou de patients, d'installations ou pavillons ou la distance à couvrir le justifie.

AVIS : ⁽¹⁾ *Veillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

En semaine du lundi au vendredi de 0 h 00 à 8 h 00; autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « Actes » le code d'acte approprié par quart de 8 heures de garde :
 - le code **19059** (forfait majoré), honoraires de **79,43 \$**;
 - le code **19060** (forfait régulier), honoraires de **52,95 \$**;
 - le code **19061** (forfait réduit), honoraires de **26,48 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Fin de semaine (du samedi 0 h 00 au dimanche suivant à 24 h 00) et les jours fériés (0 h 00 à 24 h 00) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « Actes »
 - le code **09856** (forfait majoré), honoraires de **79,43 \$**;
 - le code **09857** (forfait régulier), honoraires de **52,95 \$**;
 - le code **09727** (forfait réduit), honoraires de **26,48 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

(1) Les montants figurant dans cet avis reflètent les honoraires décrits à 3.01 pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007.

5.02.4 En ce qui a trait à la garde en disponibilité assurée par le médecin pour un CLSC du réseau de garde intégré inscrit à l'annexe II de la présente entente, la garde en disponibilité est rémunérée durant les périodes suivantes :

- à compter du samedi à 0 h 00 au dimanche suivant à 24 h 00 et les jours fériés de 0 h 00 à 24 h 00;
- tous les jours de la semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement, entre 20 h 00 et 8 h 00 ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement.

AVIS : *Veillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

En semaine du lundi au vendredi entre 20 h 00 et 8 h 00 ou, le cas échéant, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement, autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19069** dans la section « Actes »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Fin de semaine (du samedi 0 h 00 au dimanche suivant 24 h 00), et les jours fériés (0 h 00 à 24 h 00) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19070** dans la section « Actes »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

5.03 Clientèle visée

La garde en disponibilité rémunérée selon les dispositions de la présente entente particulière peut être effectuée au bénéfice de l'une ou les clientèles suivantes :

- a) les personnes hébergées dans la partie du CSSS ayant la mission d'un CHSLD ou dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD;
- b) les personnes inscrites dans un programme de soutien à domicile sous la responsabilité de la partie du CSSS ayant la mission de CLSC et ce, pour la clientèle qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- c) la clientèle inscrite dans un GMF qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- d) la clientèle d'un CR dispensant des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes ayant une déficience physique et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- e) la clientèle sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire et nécessitant un accès aux soins médicaux 24/7;
- f) toute autre clientèle du réseau local de services, telle que recommandée par le DRMG, et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- g) la population en général sous la responsabilité d'un CLSC du réseau de garde intégré.

Toutefois, la garde en disponibilité prévue par la présente entente particulière ne vise pas la clientèle d'un service d'urgence d'un CHSGS ou d'un CLSC du réseau de garde intégré lorsqu'un médecin assume la garde sur place.

6.07.4 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans l'établissement qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir du forfait annuel de garde en disponibilité en obstétrique en vertu des dispositions de l'article 9 du préambule particulier de l'obstétrique de l'annexe V.

AVIS : *Veillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

En semaine du lundi au vendredi de 0 h 00 à 8 h 00, autre qu'un jour férié:

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « Actes »
 - le code **19057** (garde en disponibilité); ou
 - le code **19058** (garde en disponibilité en obstétrique);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX3** (ou **0XXX8** pour les CHSP désignés);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

Fin de semaine (du samedi 0 h 00 au dimanche suivant 24 h 00), et les jours fériés (0 h 00 à 24 h 00)(voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « Actes »
 - le code **09847** (garde en disponibilité); ou
 - le code **09705** (garde en disponibilité en obstétrique);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX3** (ou **0XXX8** pour les CHSP désignés);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

7.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA GARDE EN DISPONIBILITÉ AU BÉNÉFICE DES PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

7.01 Clientèle visée

L'article 7.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle.

7.02 Nomination

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue à l'article 7.00 doit détenir une nomination au sein de l'établissement reconnu à titre de centre désigné auprès des personnes victimes d'agression sexuelle ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, un avis de service identifiant le médecin, la période concernée et le secteur d'activité visé.*

7.03 Modalités spécifiques de rémunération

Dans le cadre de son plan d'organisation des services de gardes en disponibilité, l'agence, sur recommandation du DRMG, détermine si elle met en place sur son territoire, sur une base régionale, une seule et unique garde en disponibilité ou plutôt, si elle met en place, sur une base sous-régionale, une garde en disponibilité par centre désigné en activité sur son territoire. Sauf exceptionnellement, le médecin qui assume cette garde lorsqu'il est de garde sur place au service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde ne peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues au présent paragraphe.

- + **7.03.1** Dans le cas où l'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.

Le médecin de garde appelé à se déplacer dans le cadre d'une garde régionale ne peut toutefois se prévaloir du forfait de déplacement prévu à l'article 2.2.7 A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Un seul forfait par quart de garde est attribué pour cette garde régionale.

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

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

AVIS : *Veillez utiliser une demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

Fin de semaine (du samedi 0 h 00 au dimanche suivant à 24 h 00) et les jours fériés (0 h 00 à 24 h 00) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code **19087** dans la section « Actes » ;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS ;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES ;
- la lettre « E » dans la case C.S. ;
- le code d'établissement ;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

En semaine du lundi au vendredi de 0 h 00 à 8 h 00; autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code **19088** dans la section « Actes » ;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS ;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES ;
- la lettre « E » dans la case C.S. ;
- le code d'établissement ;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

7.03.2 Dans le cas où l'agence opte pour la mise en place des gardes sous-régionales sur son territoire, elle fait connaître au comité paritaire la liste des établissements reconnus comme centres désignés auprès des personnes victimes d'agression sexuelle où une garde en disponibilité médicale est assumée.

Deux forfaits hebdomadaires sont attribués à chacun des centres désignés reconnus par l'agence.

- + 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.

Régions				Forfaits quotidiens		Période d'application	
Établissement désigné	Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)	
Montréal-Centre (06) (suite)							
04224	La Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides	Centre hospitalier gériatrique Maimonides	Régulier	3	1	05-05-01	
00164	CSSS des Faubourgs, Pl. Mont-Royal et St-Louis du Parc : - Centre hospitalier Jacques-Viger	Pavillon Ernest Routhier Centre hospitalier Jacques-Viger	Régulier Majoré	6 9	2 3	05-05-01 05-05-01	
15355	- Centre Jean-De La Lande	Centre Chevalier De Lorimier Centre Jean-De La Lande					
10095	- CHSLD Emilie-Gamelin	CHSLD Armand Lavergne CHSLD Emilie-Gamelin					
04154	- Résidence Saint-Charles-Borromée	Pavillon Marquette Manoir l'Age-d'or Pavillon Louisiane Résidence Saint-Charles-Borromée					
90802	- CLSC des Faubourgs (pt de service Visitation)	CLSC des Faubourgs (pt de service Visitation) : <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical</i>					
+ + 17775	CSSS d'Achutes et Montréal Nord : - Résidence Laurendeau	Résidence Louvain Résidence Légaré Résidence Berthiaume-Dutremblay Résidence Laurendeau CHSLD Gouin CHSLD Paul Lizotte CHSLD Villa Bellerive	Majoré	6	2	06-08-06	
16525	CSSS de Verdun/C. St-Paul, St-Henri et P. St-Charles : - Résidence Yvon-Brunet	Centre d'accueil Réal Morel Centre d'accueil Louis Riel Résidence Yvon-Brunet	Régulier Majoré	9 6	3 2	05-05-01 05-05-01	
95072	- CLSC Verdun/Côte St-Paul	CLSC Verdun/Côte St-Paul <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical incluant les patients requérant des soins palliatifs</i>					
04244	- Pavillon Champlain	Pavillon Manoir Pavillon Champlain					
12965	- Pavillon des Seigneurs (CHSLD)	Pavillon St-Henri (CHSLD) Pavillon Auclair (CHSLD) Pavillon des Seigneurs (CHSLD)					
10365	Centre d'accueil St-Margaret	Les Foyers presbytériens de St-Andrew Centre d'accueil Father Dowd- Father Dowd Home Centre d'accueil St-Margaret	Régulier	3	1	05-05-01	

Régions		Forfaits quotidiens		Période d'application		
Établissement désigné	Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)
Montréal-Centre (06) (suite)						
00204	Centre hospitalier de l'Université de Montréal : - Hôpital Notre-Dame du CHUM	Hôpital Hôtel-Dieu du CHUM Hôpital St-Luc du CHUM Pavillon Bruchesi Hôpital Notre-Dame du CHUM	Régulier	3	1	05-05-01
23645	Vigi Santé Ltée : - CHSLD Mont Royal	CHSLD Mont Royal	Régulier Majoré	3 3	1 1	05-05-01 05-05-01
29475	- CHSLD Dollard-des-Ormeaux	CHSLD Ste-Rita CHSLD Ste-Germaine Cousin CHSLD Pierrefonds CHSLD Ville-Émard CHSLD St-Félix de Longueuil CHSLD Montérégie CHSLD Dollard-des-Ormeaux				
04134	CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent : - Pavillon Notre-Dame de la Merci	Pavillon La Visitation Pavillon Notre-Dame de la Merci	Régulier Majoré	6 6	4 1	05-12-12 05-12-12
12275	- CHSLD-CLSC Saint-Laurent	Centre d'hébergement St-Vincent-Marie CHSLD-CLSC Saint-Laurent				
95122	- CLSC Nord de l'Île	CLSC Nord de l'Île <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical</i>				
10435	- Manoir Cartierville	Pavillon Saint-Joseph de La Providence Manoir Cartierville : <i>Cette garde couvre la clientèle du Manoir Cartierville tous les jours de la semaine et couvre la clientèle du Pavillon Saint-Joseph de la Providence et le Manoir Cartierville les jours de fin de semaine et les jours fériés.</i>				
04164	- Pavillon Saint-Joseph de La Providence	Pavillon Saint-Joseph de La Providence <i>Cette garde couvre la clientèle du Pavillon Saint-Joseph de La Providence durant les jours de semaine</i>				
05054	Centre Le Cardinal Inc.	Centre Le Cardinal	Régulier	3	1	05-05-01

Régions		Forfaits quotidiens			Période d'application	
Établissement désigné	Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)
Montréal-Centre (06) (suite)						
CSSS de la Pointe-de-l'Île :		Régulier	3	1	05-05-01	
		Majoré	6	2	05-05-01	
		Réduit	3	1	05-05-01	
91342	- CLSC Pointe-aux-Trembles/ Montréal Est	Résidence Notre-Dame Centre François Séguenot Foyer Lachapelle Enr. CLSC Pointe-aux-Trembles/ Montréal Est :	<i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical</i>			
10375	- Centre Biermans	Centre Triest Centre Biermans				
95012	- CLSC Mercier Est / Anjou	CLSC Hochelaga-Maisonneuve CLSC Olivier-Guimond CLSC Patt / Montréal-Est CLSC Rivière des Prairies CLSC de Rosemont CLSC Saint-Léonard CLSC Mercier Est / Anjou :	<i>Garde sous-régionale du maintien à domicile pour les patients en perte sévère d'autonomie pour les territoires desservis par la Centrale Info-Santé Rosemont</i>			
16285	- Centre d'accueil Judith-Jasmin de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Centre d'accueil Judith-Jasmin de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont				
04114	Centre de soins prolongés Grace Dart	Hôpital Grace Dart Centre de soins prolongés Grace Dart	Régulier	3	1	05-05-01
CSSS de La Salle et du Vieux Lachine:			Régulier	6	2	05-05-01
12245	- Centre d'accueil de Lachine	Centre d'accueil Nazaire Piché Foyer Dorval Centre d'accueil de Lachine	Majoré	6	2	05-05-01
15655	- Centre d'accueil La Salle	Centre d'accueil La Salle				
07834	- Pavillon Camille Lefebvre	Pavillon Camille Lefebvre				
95032	- CLSC du Vieux Lachine	CLSC Bordeaux-Cartierville CLSC Lasalle CLSC Pierrefonds CLSC Lac St-Louis CLSC St-Laurent CLSC du Vieux Lachine :	<i>Garde sous-régionale du maintien à domicile pour les patients en perte sévère d'autonomie pour les territoires desservis par la Centrale Info-Santé Lachine</i>			
Institut universitaire de gériatrie de Montréal :			Majoré	3	1	05-05-01
08004	- Pavillon Côte-des-Neiges	Pavillon Alfred-Desrochers Pavillon Côte-des-Neiges				

Régions		Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Forfaits quotidiens Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Période d'application	
Établissement désigné						Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)
Montréal-Centre (06) (suite)							
28145	Manoir Pierrefonds	Manoir Pierrefonds Château Westmount	Régulier	3	1	05-05-01	
05774	Groupe Roy Santé Inc. : - CHSLD St-Georges	CHSLD St-Georges	Régulier	3	1	05-05-01	
25065	Groupe Champlain Inc.: - Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	Centre d'hébergement Champlain-Villeray Hôpital St-Denis (1980) Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	Régulier	3	1	05-05-01	
20995	Résidence Angélica	Hôpital Marie-Clarac Résidence Angélica	Majoré	3	1	05-05-01	
04033	Hôpital Marie-Clarac des Soeurs de la Charité de Ste-Marie (1995) Inc. : - Hôpital Marie-Clarac	Hôpital Marie-Clarac : <i>L'ensemble des patients en convalescence ou en réadaptation qui nécessitent un suivi médical.</i>	Régulier	3	1	05-05-01	
16335	CSSS René-Cassin et Notre-Dame-de-Grace/Montréal Ouest : - Centre d'accueil Henri Bradet	Association montréalaise pour les aveugles Résidence Gilman Centre d'accueil Henri Bradet	Régulier	6	2	05-05-01	
95052	- CLSC Notre-Dame-de-Grace/ Montréal-Ouest	CLSC Notre-Dame-de-Grace/ Montréal-Ouest : <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi</i>					
+ 15725	CSSS de l'Ouest-de-l'Île : - Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger	CHSLD Bayview Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger	Régulier	6	2	05-05-01	
95042	- CLSC Lac St-Louis	CLSC Lac St-Louis <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile en soins palliatifs des CLSC Lac St-Louis et Pierrefonds</i>					
00324	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel : - CHSLD Saint-Michel	CHSLD Les Havres CHSLD Saint-Michel	Majoré	3	1	05-05-01	

Régions		Forfaits quotidiens		Période d'application		
Établissement désigné	Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)
Montréal-Centre (06) (suite)						
91122	CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension : - CLSC Côte-des-Neiges (point de service)	CLSC Côte-des-Neiges (point de service) : <i>l'ensemble des patients admis au projet SIPA</i>	Régulier Majoré	3 3	1 1	05-05-01 05-05-01
91402	- CLSC Métro	CLSC Côte des Neiges CLSC NDG / Montréal Ouest CLSC Parc Extension Clinique Pointe St-Charles CLSC René-Cassin CLSC St-Henri CLSC Verdun CLSC Métro : <i>Garde sous-régionale du maintien à domicile pour les patients en perte sévère d'autonomie pour les territoires desservis par la Centrale Info-Santé Métro</i>				
05764	Villa Médica Inc. : - Villa Médica	Villa Médica	Régulier	3	1	05-05-01
25165	Les Résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées : - Résidence Griffith McConnell	Résidence Griffith McConnell	Régulier	3	1	05-05-01
15835	Hôpital Santa Cabrini : - Centre d'accueil Dante	Hôpital Santa Cabrini Centre d'accueil Dante	Réduit	3	1	05-05-01
10023	La Corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	Réduit	3	1	05-05-01
26445	Groupe Roy Santé Inc. : - CHSLD Le Royer	CHSLD Le Royer	Réduit	3	1	05-05-01
04084	L'Hôpital chinois de Montréal (1963)	L'Hôpital chinois de Montréal (1963)	Réduit	3	1	05-05-01
04124	CHSLD Providence Notre-Dame Lourdes Inc.	CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes CHSLD Bourget	Régulier	3	1	05-05-01
04044	CHSLD Juif de Montréal : - Centre hospitalier Juif de l'Espérance	Centre d'accueil David et Sylvia Kastner Centre hospitalier Juif de l'Espérance	Régulier	3	1	05-05-01

Régions		Forfaits quotidiens		Période d'application		
Établissement désigné	Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)
Montréal-Centre (06) (suite)						
93642	CSSS de la Petite Patrie et Villeray : - CLSC Villeray	CLSC des Faubourgs CLSC Ahuntsic CLSC Montréal-Nord CLSC La Petite Prairie CLSC du Plateau Mont-Royal CLSC St-Louis du Parc CLSC St-Michel CLSC Villeray : <i>Garde sous-régionale du maintien à domicile pour les patients en perte sévère d'autonomie pour les territoires desservis par la Centrale Info-Santé Villeray</i>	Majoré	3	1	05-05-01
23705	Petites Sœurs des Pauvres : - Ma Maison St-Joseph	Ma Maison St-Joseph	Réduit	3	1	05-05-01
05614	CHSLD Marie-Claret	CHSLD Marie-Claret	Réduit	3	1	05-05-29
17983	Le Centre Dollard-Cormier : - Centre Dollard-Cormier	Centre Dollard-Cormier <i>l'ensemble de la clientèle desservie par Le Centre Dollard-Cormier et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7</i>	Réduit	3	1	05-06-12
+ +29585	Centre d'hébergement Vincenzo-Navarro inc. : - Centre d'hébergement Vincenzo-Navarro	Centre d'hébergement Vincenzo-Navarro : <i>l'ensemble des patients hébergés en longue durée incluant l'ensemble des résidents nécessitant un suivi médical</i>	Régulier	3	1	2006-07-02

Régions		Forfaits quotidiens		Période d'application		
Établissement désigné	Installation(s) ou établissement(s) couverts(s)	Type de forfaits	Jrs fin de sem. et journée fériée	Jrs de semaine	Début (AA-MM-JJ)	Fin (AA-MM-JJ)
Montérégie (16) (suite)						
01044	CSSS du Haut St-Laurent : - Centre hospitalier du Comté de Huntingdon	CLSC Huntingdon Centre hospitalier du Comté de Huntingdon : <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical</i>	Régulier	3	1	05-05-01
93512	CSSS de la Haute-Yamaska : - CLSC de la Haute-Yamaska	CLSC de la Haute-Yamaska : <i>l'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical</i>	Régulier	6	2	05-05-01
01034	- Centre hospitalier de Granby	Centre d'accueil Marie-Berthe Couture Pavillon Omer-Deslauriers Résidence Le Riverin Centre hospitalier de Granby				

Annexe mise à jour le 8 septembre 2006.

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN II

ANNEXE II

Les CLSC du réseau de garde intégré désignés à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE MISE EN APPLICATION
	Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	
93422	CSSS de la Haute-Gaspésie : - CLSC des Berges (Point de service Mont-Louis)	2005-05-01
	Région 12 : Chaudière-Appalaches	
93382	Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral :	2005-05-01
93782	- CLSC Nouvelle-Beauce - CLSC de Bellechasse	2005-05-01
	Région 15 : Laurentides	
80085	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle : - Point de services Notre-Dame-du-Laus	2005-05-01

Annexe effective le 1^{er} mai 2005

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN III

ANNEXE III

Établissements désignés à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité en vertu de l'article 6. (CHSGS, CHSP)

1. Établissements désignés en vertu de l'article 6.03 :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NBRE FORFAITS HEBDOMADAIRES	NBRE FORFAITS QUOTIDIENS ADDITIONNELS PAR JOURNÉE FÉRIÉE (EN SUS DES FORFAITS HEBDOMADAIRES)	DATE DE MISE EN APPLICATION	
			DÉBUT	FIN
Région du Bas St-Laurent (01)				
03043 Réseau santé Kamouraska : Centre Notre-Dame-de-Fatima	26	5	2005-05-01	
03343 CSSS de Rimouski-Neigette : Hôpital régional de Rimouski	95	17	2006-03-19	
03403 CSSS de Rivière-du-Loup : Centre hospitalier régional du Grand-Portage	27	5	2005-05-01	
Région Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)				
02503 Centre Maria-Chapdelaine : Centre Maria-Chapdelaine – Centre de service Dolbeau	26	5	2005-05-01	
02483 CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau : Hôpital de la Baie des Ha! Ha!	14	3	2005-05-01	
02513 CSSS de Jonquière : Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière	64	12	2006-02-06	
02453 CSSS de Piekouagami : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma	54	10	2005-05-01	
02523 CSSS Domaine-du-Roy : Hôtel-Dieu de Roberval	62	11	2005-05-01	
+02473 CSSS de Chicoutimi : Pavillon Saint-Vallier	115	21	2006-09-10	

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NBRE FORFAITS HEBDOMADAIRES	NBRE FORFAITS QUOTIDIENS ADDITIONNELS PAR JOURNÉE FÉRIÉE (EN SUS DES FORFAITS HEBDOMADAIRES)	DATE DE MISE EN APPLICATION		
			DÉBUT	FIN	
Région Capitale Nationale (03)					
02133	Centre hospitalier universitaire de Québec : - Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	11	2	2005-05-01	
02103	- Pavillon Saint-François d'Assise	21	4	2005-05-01	
02043	- Pavillon Hôtel-Dieu de Québec	19	4	2005-05-01	
02313	CSSS de Charlevoix : Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie	27	5	2005-05-01	
	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec :				
02033	- Hôpital de l'Enfant-Jésus	40	7	2005-05-01	
+02123	- Hôpital du Saint-Sacrement	18	3	2006-10-01	
02063	Hôpital Laval : Hôpital Laval	7	1	2005-05-01	
+	CSSS de Québec-Nord :				
+02323	- Centre hospitalier Chauveau (Voir Accord 624)	3	1	2006-09-10	
Région Mauricie et du Centre-du-Québec (04)					
01773	CSSS de la Saint-Maurice : CSSS de la Saint-Maurice	25	5	2005-05-01	
#01833	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : Pavillon Sainte-Marie	94	17	2005-05-01	
02753	CSSS d'Arthabaska-Érable : Hôtel-Dieu d'Arthabaska	72	13	2005-05-01	
02773	CSSS Drummond : Hôpital Sainte-Croix	70	13	2005-05-01	
01853	CSSS de l'Énergie : Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	100	18	2005-05-29	
Région Estrie (05)					
	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :				
01103	- C.H. universitaire de Sherbrooke – Hôtel- Dieu	11	2	2005-05-01	
01163	- C.H. universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont	6	1	2005-06-05	
01003	Centre de santé de la MRC d'Asbestos : Centre hospitalier d'Asbestos	9	2	2005-05-01	2006-01-08
01063	Centre de santé Memphrémagog : Centre de santé Memphrémagog – Siège social	23	4	2005-05-01	

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NBRE FORFAITS HEBDOMADAIRES	NBRE FORFAITS QUOTIDIENS ADDITIONNELS PAR JOURNÉE FÉRIÉE (EN SUS DES FORFAITS HEBDOMADAIRES)	DATE DE MISE EN APPLICATION	
			DÉBUT	FIN
Région Montréal (06)				
00063 Centre hospitalier de l'Université de Montréal - Hôtel-Dieu du CHUM	11	2	2005-05-01	
00203 - Hôpital Notre-Dame du CHUM	22	4	2005-05-01	
00303 - Hôpital Saint-Luc du CHUM	33	6	2005-05-01	
00403 CSSS de l'Ouest-de-l'Île : Hôpital général du Lakeshore	62	11	2005-10-02	
00143 CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine : CH de Lasalle	23	4	2005-05-01	
00363 CSSS de Verdun/C. St-Paul, St-Henri et P. St-Charles : Centre hospitalier de Verdun	77	14	2005-05-01	
00053 CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord : Centre hospitalier Fleury	57	10	2005-05-01	
+ 00103 CSSS du Coeur-de-l'Île : Hôpital Jean-Talon	65	12	2006-10-08	
00353 Hôpital Santa Cabrini : Hôpital Santa Cabrini	128	23	2005-05-01	
00273 Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	36	7	2005-05-01	
00183 Centre universitaire de santé McGill : - Hôpital général de Montréal	7	1	2005-05-01	
00253 - Hôpital Royal Victoria	41	7	2005-05-01	
00113 L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis : L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis	22	4	2005-05-01	
00313 Centre hospitalier de St. Mary : Centre hospitalier de St. Mary	50	9	2005-05-01	
00153 Hôpital Maisonneuve-Rosemont : Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel-Lamoureux	36	7	2005-05-01	

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NBRE FORFAITS HEBDOMADAIRES	NBRE FORFAITS QUOTIDIENS ADDITIONNELS PAR JOURNÉE FÉRIÉE (EN SUS DES FORFAITS HEBDOMADAIRES)	DATE DE MISE EN APPLICATION	
			DÉBUT	FIN
Région Outaouais (07)				
01303 Centre de santé du Pontiac : Centre hospitalier du Pontiac	21	4	2005-05-01	
01313 CSSS des Collines : Centre hospitalier Gatineau Memorial	9	2	2005-05-01	
07693 CSSS de Gatineau : - Pavillon de Gatineau	76	14	2005-05-01	
01263 - Pavillon de Hull	87	16	2005-05-01	
01253 CSSS de Papineau : Pavillon du Centre- hospitalier	33	6	2005-05-01	
00823 La corporation du Centre hospitalier Pierre- Janet : Centre hospitalier Pierre-Janet	11	2	2005-05-01	
Région Abitibi-Témiscamingue (08)				
01553 Centre de santé Sainte-Famille : Centre de santé Sainte-Famille	11	2	2005-05-01	
01503 CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	43	8	2005-05-01	
01543 CSSS de la Vallée-de-l'Or : Centre hospitalier de Val-d'Or	37	7	2005-05-01	
Région Côte-Nord (09)				
07543 CSSS de Manicouagan : Centre hospitalier régional Baie-Comeau	47	9	2005-05-01	
Région Chaudière-Appalaches (12)				
02803 CSSS de la région de Thetford : Centre hospitalier de la région de l'Amiante	37	7	2005-05-01	
03033 CSSS de Montmagny-L'Islet : Hôtel-Dieu de Montmagny	39	7	2005-05-01	
02873 CSSS de Beauce : Centre hospitalier Beauce-Etchemin	75	14	2005-05-01	
03003 Hôtel-Dieu de Lévis : Hôtel-Dieu de Lévis	30	5	2005-05-01	

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NBRE FORFAITS HEBDOMADAIRES	NBRE FORFAITS QUOTIDIENS ADDITIONNELS PAR JOURNÉE FÉRIÉE (EN SUS DES FORFAITS HEBDOMADAIRES)	DATE DE MISE EN APPLICATION	
			DÉBUT	FIN
Région Laval (13)				
00443	CSSS de Laval : Cité de la santé de Laval	171	31	2005-05-01
Région Lanaudière (14)				
01413	CSSS de Lanaudière : Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	122	22	2005-05-01
00853	CSSS du Nord de Lanaudière : Centre hospitalier régional de Lanaudière	123	22	2005-05-01
Région Laurentides (15)				
01433	CH-CLSC-CHSLD des Sommets : Centre hospitalier Laurentien	48	9	2005-05-01
00783	CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle : Centre de L'Annonciation	11	2	2005-05-01
01453	CSSS Deux-Montagnes / Sud-de-Mirabel : Centre hospitalier Saint-Eustache	114	21	2005-05-01
01443	CSSS Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel : Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	46	8	2005-12-11
01273	L'Hôpital d'Argenteuil : L'Hôpital d'Argenteuil	44	8	2005-05-01
Région Montérégie (16)				
07533	CSSS du Vieux Longueuil et de la Lajemmerais : Centre hospitalier Pierre-Boucher	149	27	2005-05-01
00423	CSSS Haut Richelieu / Rouville : Hôpital du Haut-Richelieu	146	27	2005-05-01
00923	CSSS de Sorel-Tracy : Hôtel-Dieu de Sorel	79	14	2005-05-01
01133	CSSS La Pommeraie : Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	48	9	2005-05-01

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NBRE FORFAITS HEBDOMADAIRES	NBRE FORFAITS QUOTIDIENS ADDITIONNELS PAR JOURNÉE FÉRIÉE (EN SUS DES FORFAITS HEBDOMADAIRES)	DATE DE MISE EN APPLICATION	
			DÉBUT	FIN
Région Montérégie (16) (suite)				
00943 CSSS Richelieu-Yamaska : Centre hospitalier Honoré-Mercier	114	21	2005-05-01	
01083 CSSS du Haut-St-Laurent : L'Hôpital Barrie Memorial	24	4	2005-05-01	
01033 CSSS de la Haute-Yamaska : Centre hospitalier de Granby	71	13	2005-05-01	
00953 Hôpital Charles Lemoyne : Hôpital Charles Lemoyne	66	12	2005-05-01	
+07763 CSSS Jardins-Roussillon : Centre hospitalier Anna-Laberge	102	19	2006-05-21	
01143 CSSS de Suroît : Centre hospitalier régional du Suroît	86	16	2005-05-01	

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NOMBRE DE FORFAITS QUOTIDIENS		DATE DE MISE EN APPLICATION	
	JOURNÉES DE SEMAINE	JOURNÉES DE FIN DE SEMAINE ET JOURNÉES FÉRIÉES	DÉBUT	FIN
Région Laurentides (15)				
01433 CH-CLSC-CHSLD des Sommets : Centre hospitalier Laurentien	1	3	2005-05-01	
01423 CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle : Centre de Mont-Laurier	1	3	2005-05-01	
01453 CSSS Deux-Montagnes / Sud-de-Mirabel : Centre hospitalier Saint-Eustache	1	3	2005-05-01	2005-12-31
Région Montérégie (16)				
07763 CSSS Jardins-Roussillon : Centre hospitalier Anna-Laberge	1	3	2005-05-01	
01143 CSSS de Suroît : Centre hospitalier régional du Suroît	1	3	2005-05-01	

Annexe effective le 1^{er} septembre 2006.

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN IV

+

ANNEXE IV

Établissements reconnus comme centres désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité en vertu de l'article 7.

1. Établissements désignés dans le cadre d'une garde régionale (article 7.03.1) :

ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ	FORFAITS PAR QUART DE 8 HEURES		PÉRIODE D'APPLICATION	
	JRS FIN DE SEM. ET JOURNÉE FÉRIÉE	JRS DE SEMAINE	DÉBUT (AA-MM-JJ)	FIN (AA-MM-JJ)
Région Estrie (05)				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :				
- CHU de Sherbrooke - Hôpital Fleurimont	1	1	2006-06-01	
Région Chaudière-Appalaches (12)				
CSSS du Grand Littoral :				
- Centre Paul-Gilbert - Centre d'hébergement de Charny	1	1	2006-06-01	

Annexe mise à jour le 5 septembre 2006.

- g) Elle offre des services sur rendez-vous en conformité avec les dispositions apparaissant au contrat qu'elle a conclu avec le CSSS.

AVIS: Tous les médecins omnipraticiens qui exercent au sein d'une clinique-réseau doivent respecter les modalités de facturation tant pour les activités sur rendez-vous que celles sans rendez-vous.

Dans la section « **ACTES** » d'une demande de paiement n° 1200, inscrire pour chaque service rendu sur rendez-vous **dans chaque site** de la clinique réseau :

- le modificateur **180** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à 100 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage % applicable du modificateur multiple utilisé;
- le code de la clinique-réseau où les services sur rendez-vous ont été rendus.

Les multiples du modificateur **180** sont :

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
002 – 046 – 179 – 180	916	1,1000
002 – 046 – 180	365	1,1000
002 – 179 – 180	369	1,0000
002 – 180	658	1,0000
032 – 180	659	0,4000
046 – 050 – 180	325	0,5500
046 – 050 – 093 – 180	910	0,5500
046 – 093 – 094 – 180	901	1,1000
046 – 093 – 180	347	1,1000
046 – 094 – 179 – 180	915	1,1000
046 – 094 – 180	348	1,1000
046 – 179 – 180	370	1,1000
046 – 180	649	1,1000
050 – 180	654	0,5000
093 – 094 – 180	322	1,0000
093 – 180	650	1,0000
094 – 179 – 180	371	1,0000
094 – 180	651	1,0000
179 – 180	661	1,0000

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez utiliser le code d'activité **076111** : Services cliniques **avec** rendez-vous.

3.02 Exceptionnellement, dans le cadre de sa mission de CLSC et avec l'autorisation du ministère, un point de services d'un CSSS est considéré comme admissible aux dispositions de la présente entente.

3.03 La désignation et l'inscription d'une clinique-réseau à l'annexe I des présentes fait mention du nombre total de forfaits alloués en vertu de l'article 4.01, sur base hebdomadaire, à cette clinique-réseau. Ce nombre correspond, toujours sur cette base, à l'addition des quarts de garde requis, par médecin, pour répondre aux services sans rendez-vous pendant les périodes décrites au paragraphe 4.01. Lorsque tel est le cas, cette désignation précise que la clinique-réseau en cause est également accréditée comme groupe de médecine de famille (GMF).

4.00 Horaires défavorables

- + **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.

AVIS : *Veillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

En semaine du lundi au vendredi entre 18 h 00 et 22 h 00 autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19100** dans la case CODE de la section ACTES;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le code de la clinique-réseau désignée à titre de lieu physique unique, 54XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT.

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

Fin de semaine de 8 h 00 et 16 h 00 et les jours fériés :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19101** dans la case CODE de la section ACTES;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire.
- le code de la clinique-réseau désignée à titre de lieu physique unique, 54XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT.

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

4.02 Ce forfait s'ajoute à la rémunération à l'acte dévolue aux médecins selon l'Entente pour les services médicaux qu'il dispense pendant ou à l'occasion d'une période de garde visée au présent article.

4.03 Le forfait visé au présent article est, sur base horaire, divisible. Le médecin est, quant au montant de ce forfait, payé par la Régie au prorata du temps où il a effectivement assumé la garde, dans le cadre ou dans la foulée d'une période de garde établie.

4.04 Le comité paritaire estime, sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière, le nombre hebdomadaire de forfaits correspondant au nombre de quarts de garde de quatre (4) heures nécessaires pour dispenser les services visés à la présente entente. Le comité paritaire en informe la clinique-réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de l'attribution de la banque de forfaits hebdomadaires, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes requises pour l'estimation du nombre de forfaits hebdomadaires.

4.05 Un médecin ne peut se prévaloir de plus d'un forfait par période de quatre (4) heures.

4.06 La clinique-réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon continue du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique-réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

5.00 Garde en disponibilité

5.01 Un médecin visé au paragraphe 1.01 de cette entente qui assume une garde en disponibilité relevant de la juridiction d'un CSSS est rémunéré selon les dispositions qu'édicté l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

6.00 Activités médico-administratives

6.01 Les activités professionnelles visées au présent article couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques de la clinique-réseau en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec le CSSS et autres intervenants du réseau local, à la confection des horaires de garde du sans rendez-vous et au recrutement.

Aux fins de l'application de ces obligations spécifiques, dont principalement la confection des horaires de garde du sans rendez-vous, le médecin responsable doit tenir compte des contraintes auxquelles le médecin dispensateur des services médicaux est confronté.

- + **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.

AVIS : *Veillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section ACTES;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique-réseau désignée à titre de lieu physique unique, 54XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

6.03 Le médecin responsable de la clinique-réseau se prévaut au moins de la moitié des forfaits prévus au présent article. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus.

6.04 Dans le cas où la clinique accréditée comme clinique-réseau est aussi accréditée comme GMF, le nombre de forfaits alloués pour la rémunération des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus est de trois (3) forfaits par semaine.

7.00 Exclusion

7.01 Sous réserve des paragraphes suivants, la rémunération que le médecin reçoit pour les services médicaux dispensés pendant une période de garde sans rendez-vous telle que stipulée aux alinéas e) et f) du paragraphe 3.01 est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même de la rémunération visée à l'article 6.00 de cette entente.

AVIS : *Les services rendus pendant une période sans rendez-vous doivent être facturés avec le modificateur 176 ou un de ses multiples. (Voir les instructions de facturation sous le paragraphe 3.01e). Toutefois, seuls les services rendus dans le lieu physique unique sont exclus de l'application du plafond trimestriel.*

7.02 Le comité paritaire établit le nombre maximal de médecins pouvant se prévaloir, pour une même période de garde, des dispositions du paragraphe précédent sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière. Ce nombre peut varier selon les périodes de garde en cause. Le comité paritaire en informe la clinique-réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de la détermination de ce nombre, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes.

7.03 La clinique-réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de médecins qui, pour une même période de garde, se prévalent des dispositions du paragraphe 7.01 ci-dessus. Dans le cas où ce nombre diffère significativement ou de façon continue du nombre tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique-réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

8.00 Procédures

8.01 La demande d'adhésion d'une clinique-réseau à la présente entente est formulée par la majorité des médecins qui y exercent ou le cas échéant, par le CSSS. Il en est ainsi d'une demande de retrait.

8.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une clinique-réseau aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité décrites au paragraphe 3.01 ci-dessus sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable.

8.03 Le comité paritaire a enfin pour mandat de veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, sur autorisation spécifique de ses mandants, le comité paritaire peut se pencher sur une problématique ayant un impact sur les conditions d'exercice des médecins. Le comité paritaire, après examen de la situation, pourra s'il le juge nécessaire, faire des recommandations aux parties.

8.04 La clinique-réseau dont l'accréditation n'est plus en vigueur est tenue d'en aviser le comité paritaire qui en informe la Régie.

8.05 Le comité paritaire informe la Régie du nom de la clinique-réseau dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée et ainsi que du nom du médecin responsable.

8.06 La Régie transmet mensuellement au CSSS et au comité paritaire les informations pertinentes sur la facturation des forfaits prévus à l'article 4.00 de la présente entente ainsi que sur le nombre de médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 7.00 de la présente.

8.07 Un CSSS visé à l'article 3.02 de la présente qui entend cesser d'assumer les mandats d'une clinique-réseau doit en informer les médecins dans un délai raisonnable.

8.08 Lorsque l'avis de résiliation ou de retrait d'un contrat intervenu entre un CSSS et une clinique-réseau fait, aux termes du processus d'arbitrage prévu à ce contrat, l'objet d'une contestation de la part de la clinique-réseau, ou des médecins qui y exercent leur profession, les médecins visés sont habilités à se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière jusqu'à ce que, par décision finale, la contestation en cause ait été tranchée finalement selon la procédure prévue à ce contrat.

9.00 Dispositions transitoires

9.01 Sous réserve du paragraphe 9.02, cette entente se limite aux quatorze (14) premières cliniques- réseau accréditées par l'Agence de Montréal.

9.02 Sous réserve de l'approbation gouvernementale, la présente entente devient applicable au plus tard le 1^{er} novembre 2005, à toutes les cliniques-réseau admissibles.

10.00 Mise en vigueur et durée

10.01 Cette entente particulière prend effet le 1^{er} juin 2005. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

6. PROTOCOLES D'ACCORD

PROTOCOLE D'ACCORD

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE D'UNE AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie d'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération des médecins visés au paragraphe 1.02 qui, à divers titres, exercent certaines activités professionnelles au bénéfice d'une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;

1.02 Aux fins du présent protocole d'accord, le vocable « médecin » signifie, selon le cas :

- a) le médecin qui, auprès d'une agence, agit à titre de médecin-conseil ou de médecin coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence, et exerce les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.01 ci-après;
- b) le médecin qui, élu ou nommé à une commission médicale régionale, exerce les activités professionnelles prévues au paragraphe 4.02 des présentes;
- c) le médecin, élu ou nommé au comité de direction du département régional de médecine générale et exerce les activités prévues au paragraphe 4.03 des présentes.
- d) le médecin mandaté par le chef de département régional de médecine familiale et qui exerce les activités prévues au paragraphe 4.04 des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé, sous réserve des stipulations contenues dans le présent protocole d'accord.

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole d'accord lie l'agence.

4.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

4.01 Pour le médecin qui, en cette qualité, agit à titre de médecin-conseil auprès d'une ou de plusieurs agences ou de coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui, reliée à la mission d'une agence, est relative à l'exercice, sur le plan médical, des attributions suivantes :

- a) les activités de conseil ou de coordination, en regard de dossiers relevant du domaine de la planification, de la programmation, de l'organisation et de l'évaluation;
- b) la gestion de certains dossiers spécifiques, notamment ceux ayant pour objet la coordination des services préhospitaliers d'urgence, les activités médicales particulières, le monitoring des effectifs médicaux ainsi que les mesures incitatives;
- c) pour le compte d'une agence, les interventions auprès de différentes organisations;

d) les activités de concertation inter-régionale et inter-sectorielle;

AVIS: *Un avis de service « Rémunération au tarif horaire », formulaire n° 3547, ou « Rémunération à honoraires fixes », formulaire n° 1897, doit être fourni pour les médecins agissant à titre de médecin-conseil et de médecin-coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence.*

e) l'exécution de tout mandat confié au médecin par le directeur général de l'agence;

AVIS: *Utiliser les codes d'activités suivants :*

- **049038** : *Coordination (coordonnateur)*
- **049067** : *Expertise professionnelle (médecin-conseil)*

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.

4.02 Pour le médecin qui est élu ou nommé à une commission médicale régionale, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'activité professionnelle effectuée pour le compte de l'agence à la demande de la commission médicale ou de l'agence elle-même, par l'intermédiaire de la commission médicale régionale;
- b) l'activité professionnelle requise pour l'exécution d'un mandat qui, relié à la mission d'une agence, est confié à la commission médicale régionale par une agence.

AVIS: *Utiliser le code d'activités suivant :*

- **049049** : *Participation à une commission médicale régionale (excluant la participation à une réunion de la commission médicale).*

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.

Aucun avis de service n'est requis sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes désire maintenir ce mode de rémunération.

4.03 Pour le médecin qui est élu ou nommé au comité de direction du département régional de médecine générale, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'activité professionnelle découlant des responsabilités dévolues au département régional de médecine générale en vertu de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux;
- b) l'activité professionnelle requise pour l'exécution d'un mandat qui, relié aux services médicaux généraux relevant de l'agence, est confié au comité de direction du département régional de médecine générale par le directeur général de l'agence.

AVIS: *Utiliser les codes d'activités suivants :*

- **049014** : *Participation au comité de direction DRMG*
- **049012** : *Chef du département régional de médecine générale (seulement pour tarif horaire).*

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.

Un avis de service est également nécessaire pour le médecin nommé chef du département régional de médecine générale.

4.04 Pour le médecin mandaté par le chef du département régional de médecine générale, l'activité professionnelle réalisée dans le cadre d'un mandat ad hoc ou d'une table territoriale lorsque, dans ce dernier cas, les conditions suivantes sont rencontrées :

- a) le département régional de médecine générale transmet au comité paritaire la description du fonctionnement des tables territoriales de sa région, la planification de leurs travaux ainsi que l'estimation des heures/médecin requises ;
- b) le comité paritaire autorise le département régional de médecine générale à se prévaloir du présent protocole pour la rémunération des activités faites dans le cadre des tables territoriales.

AVIS: *Utiliser les codes d'activités suivants :*

- **049108** : *Médecin mandaté pour participer à une table territoriale OU ;*
- **049109** : *Médecin participant à un mandat ad hoc.*

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.

Aucun avis de service n'est requis sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes désire maintenir ce mode de rémunération.