

# COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>  
Courriel : [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)  
INFO PROF : Québec (418) 528-7763  
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec



## POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

### Assistance aux professionnels

Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480

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

### Télécopieur

Québec (418) 646-9251  
Montréal (514) 873-5951

Sillery, le 18 août 1999

À l'attention des médecins spécialistes

## Modification n° 19 à l'Accord-cadre

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont convenu de la Modification n° 19 à votre Accord-cadre. Ses dispositions introduisent l'Annexe 38 relative au mode de rémunération mixte et elles prendront effet le 1<sup>er</sup> septembre 1999.

**Pour les services rendus à compter du 1<sup>er</sup> septembre, et ce, jusqu'au 8 novembre 1999**, la Régie recevra et prépayera tous les services rendus par les médecins spécialistes autorisés au mode de rémunération mixte et cela, peu importe le lieu de dispensation des services.

Ces services paraîtront sur les états de compte en code de transaction 03 (demande de paiement payée avant appréciation).

**À compter du 8 novembre**, les critères d'application du mode de rémunération mixte auront été intégrés dans les systèmes de traitement, et les demandes de paiement pour des services rendus depuis le 1<sup>er</sup> septembre seront appréciées et payées final si elles ne comportent pas d'erreur.

Nous vous mentionnons ci-après les points importants du mode de rémunération mixte et les instructions particulières qui s'y rattachent. Nous vous transmettons le texte de l'Annexe 38 qui établit l'ensemble des critères d'application généraux et les tableaux de rémunération par spécialité qui déterminent les particularités d'application propres à chacune d'entre elles. Nous vous invitons à prendre connaissance du document officiel et des tableaux de rémunération comprenant des instructions de facturation intégrées sous forme d'AVIS.

## 1 - FAITS SAILLANTS DE L'ANNEXE 38

### A - ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES (ARTICLES 1.1 À 1.3)

Un médecin classé dans une spécialité visée peut être autorisé au mode de rémunération mixte par les parties négociantes pour la pratique médicale active au sein d'un établissement, dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité.

Les activités rémunérées par ce mode sont les activités médicales (article 1.2), les activités médico-administratives et les activités d'enseignement sauf celles rémunérées par le milieu universitaire (article 1.3); les activités de recherche clinique ne sont pas rémunérées selon ce mode.

Le mode de rémunération mixte est un mode exclusif dans l'établissement où le médecin spécialiste (ou son remplaçant) est autorisé (article 16.1). Si le médecin spécialiste oeuvre dans plus d'un établissement, il pourra se prévaloir de ce mode de rémunération s'il est également autorisé dans cet autre établissement sinon il est rémunéré selon tout autre mode de rémunération qui y est applicable (article 14).

Le mode de rémunération mixte pourrait aussi être autorisé en cabinet privé en autant que ce cabinet est associé à un établissement et que les médecins spécialistes y oeuvrant acceptent de fournir des soins en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés dans l'établissement (article 11.2). Les conditions et les modalités d'application sont à convenir par les parties négociantes.

## B - DISPOSITIONS DE RÉMUNÉRATION

Les différentes dispositions composant le mode de rémunération mixte sont le *per diem* ou le *demi per diem* ainsi que le *supplément d'honoraires*. À cela s'ajoutent la majoration des honoraires pour les urgences, le supplément de garde en disponibilité, le forfait réseau et le ressourcement.

### • *Per diem* ou *demi per diem* (article 2)

Un montant de 600 \$ est versé au médecin pour une période moyenne d'activités de 7 heures ou de 300 \$ pour une période moyenne d'activités de 3,5 heures, réalisées entre **7 h et 17 h du lundi au vendredi sauf un jour férié** (voir l'article 15.3 pour les 13 congés fériés accordés aux fins de la présente annexe);

La période de facturation s'étend sur deux semaines (14 jours du dimanche au samedi) au cours desquelles le médecin peut, selon les heures d'activités réalisées au cours d'une journée, réclamer un *per diem* en autant qu'il a fait au moins 3,5 heures. S'il a réalisé des activités pour moins de 3,5 heures, le médecin peut réclamer un *demi per diem*. Un seul *per diem* (ou deux *demi per diem*) est facturable et rémunérable par jour;

Le médecin dispose de la période de facturation concernée pour compléter les heures manquantes en regard du *per diem* (7 heures) ou du *demi per diem* (3.5 heures) facturé;

Pour déterminer le nombre de *demi per diem* payables, on divise par 3,5 le nombre total d'heures d'activités réalisées au cours de la période de facturation.

Un nouveau formulaire de demande de paiement a été développé pour la facturation du *per diem* ou du *demi per diem*. Le médecin spécialiste doit l'utiliser pour facturer les honoraires de chaque activités réalisées au cours d'une période.

(Voir les instructions de facturation relatives au formulaire de rémunération mixte #3743 et le calendrier des périodes de facturation.)

### • *Supplément d'honoraires* (articles 3.1 et 3.2)

Du lundi au vendredi sauf un jour férié, entre 7 h et 17 h, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base pour certains services médicaux et certains services de laboratoire à l'acte qu'il dispense;

Les services de même que le supplément d'honoraires (%) auxquels ils sont rémunérés sont variables et sont inscrits au tableau de rémunération de chaque spécialité visée. De plus, certaines règles permettent de déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable selon le service (voir l'article 3.1 i à v);

Un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toutefois pour toutes les spécialités et en tout temps, sur les services identifiés à l'article 3.2 de l'Annexe 38, page A-3;

Selon la spécialité concernée, les services non identifiés au tableau ne peuvent être facturés puisqu'ils sont inclus dans le *per diem* ou le *demi per diem* versé;

Lorsque le médecin réclame un *per diem* pour ses activités au cours d'une journée, il ne peut réclamer d'autres honoraires pour des services rendus entre 7 h et 17 h, en cabinet ou selon certains protocoles (voir les articles 11.1 et 13).

Dans l'établissement où il est autorisé au mode de rémunération mixte, le médecin qui effectue de l'assistance chirurgicale (rôle 4) entre 7 h et 17 h a droit de réclamer un *per diem* ou un *demi per diem* pour ses heures d'activités, mais n'a pas droit au supplément d'honoraires (%) pour les services médicaux dispensés (article 9).

- **Autre rémunération et majoration pour les services rendus en urgence (articles 4.1 et 4.2)**

Le samedi, le dimanche ou un jour férié ainsi que du lundi au vendredi entre 17 h et 7 h, les services médicaux et les services de laboratoire sont rémunérés selon le tarif de base (100 %);

**La majoration des honoraires, lorsque le médecin autorisé au mode de rémunération mixte est appelé pour une urgence, s'applique à compter de 21 h.** Par conséquent, les dispositions de la Règle 14 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie ainsi que de la Règle 4 du Tarif de la médecine de laboratoire, ne s'appliquent plus dans l'établissement où le médecin est autorisé à ce mode.

De nouveaux modificateurs sont introduits pour réclamer la majoration selon l'heure en semaine, le week-end ou un jour férié (voir l'article 4.2 pour connaître les pourcentages de majoration et les modificateurs).

- **Rémunération lors de la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'Annexe 29 (article 15.2 iii)**

Le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte dans l'établissement et qui prend charge d'une unité de soins intensifs est rémunéré au cours de cette journées, selon les dispositions de l'Annexe 29 et des dispositions générales de l'Accord-cadre.

- **Supplément de garde en disponibilité (article 6)**

Lorsque le médecin assure la garde en disponibilité dans une spécialité et un centre hospitalier visés à l'Annexe 25, il doit se conformer aux dispositions de cette annexe ainsi qu'aux instructions de facturation spécifiques à ce cas.

Dans tout autre établissement, un supplément de garde spécifique est payable pour la garde en disponibilité effectuée au cours d'une journée lorsque le tableau de rémunération de la spécialité en fait état. De nouveaux codes d'acte sont ajoutés et paraissent à l'article 6.1.

- **Forfait réseau (article 7)**

Les parties négociantes peuvent accorder le paiement d'un supplément au médecin, membre d'un groupe concerté, qui participe à la prestation de services médicaux dans un établissement autre que celui où il exerce de façon principale.

- **Ressourcement (article 8)**

Le médecin autorisé au mode de rémunération mixte peut bénéficier d'un maximum de 7 jours de ressourcement par année civile pour sa participation à un programme de perfectionnement ou dans le cadre d'un séjour de perfectionnement;

Le crédit d'une journée de ressourcement est accordé pour chaque tranche de 30 demi *per diem* payés par la Régie au cours de l'année. Les jours de ressourcement non utilisés ne peuvent être cumulés d'une année à l'autre. Toutefois, le médecin peut utiliser des jours de ressourcement par anticipation sans dépasser le maximum fixé;

Le médecin spécialiste qui est établi en territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé et y exerce sa profession sur une base régulière, continue de bénéficier de l'article 3.1 de l'Annexe 19.

- **Services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe 24 de l'Accord-cadre) (article 12)**

Les services médico-administratifs inscrits à l'Annexe 24 sont rémunérés à 100 %. Toutefois, si le médecin facture un *per diem* au cours d'une journée, seuls les services médico-administratifs, identifiés à l'article 3.2 de l'Annexe 38, sont payables entre 7 h et 17 h cette même journée. À l'extérieur de cette période, tous les services médico-administratifs peuvent être facturés.

## 2 - INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES

### • Plage horaire (P.H.)

Le médecin spécialiste, durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire durant laquelle chaque service médical, service médico-administratif, forfait ou supplément de garde en disponibilité a été dispensé, et ce, non seulement dans l'établissement où il détient cette autorisation mais également en tout autre lieu (autre établissement, en cabinet, à domicile, etc.).

Les plages horaires déterminées pour l'application des dispositions de la rémunération mixte et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de minuit à 7 h 00 (nuit)	1
de 7 h 00 à 12 h 00 (A.M.)	2
de 12 h 00 à 17 h 00 (P.M.)	3
de 17 h 00 à minuit (soir)	4

Le médecin spécialiste doit donc facturer **tous ses services dans la section ACTES et non plus dans la section VISITES**, en inscrivant la valeur de référence dans la case « P.H. » (plage horaire). En l'absence de cette information obligatoire, **le service sera refusé** avec le message explicatif 600.

À cette fin, les formulaires « Demande de paiement - Médecins » #1200 et #1063 (en continu) ainsi que le formulaire « Demande de paiement ou de remboursement à la personne assurée » ont été modifiés pour ajouter la case « P.H. » (plage horaire) dans la section ACTES.

### IMPORTANT

Étant donné qu'à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999, le médecin doit inscrire la plage horaire durant laquelle le service est rendu, il sera obligatoire de facturer sur des demandes de paiement différentes les services rendus avant le 1<sup>er</sup> septembre et ceux rendus à compter de cette date.

### • Services de laboratoire en établissement

Le formulaire #1606 permettant la facturation des services de laboratoire en établissement à l'acte n'a pas été modifié. Pour facturer ses services en conformité avec les dispositions du mode de rémunération mixte, le médecin doit inscrire le modificateur correspondant à la période au cours de laquelle le service a été rendu.

Vous pouvez vous référer aux articles 3.1, 4.1 et 4.2 de l'Annexe 38 pour connaître les modificateurs applicables selon la situation.

### IMPORTANT

Étant donné qu'à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999 le médecin doit inscrire de nouveaux modificateurs pour la facturation de ses services rémunérés au mode mixte, **il sera nécessaire de facturer les services rendus jusqu'au 31 août 1999 sur une demande de paiement différente** de celle utilisée pour facturer les services rendus à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999.

### • Demande d'autorisation de paiement au mode de rémunération mixte

En juillet, la Régie a informé les directeurs des services professionnels et hospitaliers des établissements, des dispositions de même que du processus à suivre par les médecins spécialistes, pour faire une demande d'autorisation au mode de rémunération mixte.

Une fois complétée, cette demande est transmise au comité conjoint qui est responsable de l'analyser et de recommander aux parties négociantes, son acceptation ou son refus.

Si la demande est acceptée, le comité conjoint transmet une copie de l'autorisation de paiement à l'établissement concerné et à la Régie, laquelle comporte notamment la date de début d'application du mode de rémunération mixte pour chaque médecin spécialiste identifié.

Une autorisation de paiement au mode de rémunération mixte ne peut avoir une date de début d'application rétroactive à la date d'entrée en vigueur de ce mode ( 1<sup>er</sup> septembre 1999) ou à la date de la demande d'autorisation transmise au comité conjoint par l'établissement.

Tant que la Régie n'a pas confirmé l'inscription au mode de rémunération mixte d'un médecin qui en a fait la demande, celui-ci doit retenir l'ensemble de sa facturation pour tout service rendu à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999. En effet, tant que l'autorisation de paiement n'a pas été reçue et traitée par la Régie, les demandes de paiement ne pourront pas être validées conformément aux dispositions du mode de rémunération mixte, ce qui entraînera le refus de paiement des services.

**Par conséquent, il est donc très important que le médecin spécialiste qui fait l'objet d'une demande d'autorisation de paiement au mode de rémunération mixte, retienne l'ensemble de sa facturation pour les services rendus à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999, peu importe le lieu de dispensation des services rendus, jusqu'à la réception de la lettre confirmant son inscription au mode de rémunération mixte transmise par la Régie et indiquant la date de début d'application à ce mode.**

- **Rémunération lors de la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'Annexe 29**

Au cours de la journée où il a la charge de l'unité des soins intensifs, le médecin doit **obligatoirement** inscrire le modificateur 117 ou un de ses multiples pour chaque service facturé sur sa demande de paiement (voir l'Avis de l'article 15.2 iii).

Cependant, pour réclamer la majoration d'honoraires pour une urgence à laquelle il répond, il doit utiliser les modificateurs prévus à l'article 4.2, et ses congés fériés sont ceux de l'article 15.3 de l'Annexe 38.

- **Jours fériés et calendrier des dates**

Dans l'établissement où il est autorisé au mode de rémunération mixte, le médecin bénéficie de 13 congés fériés dont la liste est présentée à l'article 15.3 de l'Annexe 38.

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999 et pour l'ensemble des médecins spécialistes, la Régie appliquera le calendrier des dates qu'elle a déterminées pour chaque congé férié sauf si un établissement lui a fait connaître une date de célébration différente du congé férié pour son personnel infirmier (voir le calendrier des congés fériés annexé à l'Annexe 38).

À cet effet, un communiqué a été transmis en juillet dernier, aux directeurs des services professionnels et hospitaliers afin d'obtenir la confirmation des dates de célébration pour chaque établissement. Dorénavant, il ne sera plus nécessaire pour le médecin d'inscrire des renseignements complémentaires sur sa demande de paiement pour spécifier la date de célébration d'un de ses 13 ou 9 congés fériés selon qu'il est rémunéré au mode de rémunération mixte ou non.

- **Facturation des frais de déplacement et de séjour**

La facturation des frais de déplacement et de séjour (Annexe 23 de l'Accord-cadre) du médecin autorisé au mode de rémunération mixte se fait à l'aide du formulaire #1200 « Demande de paiement - Médecins » ou du formulaire #1606 « Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation » si le médecin est classé dans une spécialité de laboratoire. De plus, si une description détaillée des déplacements effectués est requise, le médecin doit compléter le formulaire #1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement ». (Vous référer aux instructions de facturation de l'onglet « Frais de déplacement et de séjour » du *Manuel des médecins spécialistes - régime d'assurance maladie ou régime d'assurance hospitalisation*).

#### • Facturation informatisée

Des représentants de la Régie ont rencontré les développeurs de logiciels de facturation le 26 mai dernier pour leur faire part des dispositions d'application du mode de rémunération mixte et des changements devant être apportés aux logiciels pour permettre la facturation des services rendus à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999.

**Nous vous mentionnons qu'il est de la responsabilité du médecin spécialiste, qui est ou qui désire être autorisé au mode de rémunération mixte, d'en informer son agence de traitement ou son développeur de logiciel et de s'assurer que son logiciel de facturation supporte cette facturation spécifique.**

De plus, selon la spécialité dans laquelle il est classé, le médecin peut se voir reconnaître une modalité particulière de rémunération par les parties négociantes. Si c'est le cas, le médecin doit également informer son agence de traitement ou son développeur de logiciel, le cas échéant (voir les tableaux de rémunération par spécialité).

### 3 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

#### • Formulaires de demande de paiement

Le nouveau formulaire #3743 pour la facturation du *per diem* et les formulaires modifiés #1200, 1063 et 1800 pour la facturation des services à l'acte seront disponibles à compter du 18 août 1999.

Ils peuvent être commandés à la RAMQ à partir du site Internet à l'adresse : ([http://www.ramq.gouv.qc.ca/pro/form\\_pro/commande.htm](http://www.ramq.gouv.qc.ca/pro/form_pro/commande.htm)), par télécopieur au numéro (418) 646-9251 ou par INFO PROF au numéro (418) 528-7763 ou 1 800 463-7763.

#### • Modification à l'état de compte

À compter du paiement du 1<sup>er</sup> octobre 1999, une nouvelle section réservée au mode de rémunération mixte sera ajoutée dans la partie « DÉTAIL » de votre état de compte.

À compter du 8 novembre 1999, de nouveaux messages explicatifs seront utilisés pour le mode de rémunération mixte. La description de cette nouvelle section de l'état de compte ainsi que la liste de ces nouveaux messages explicatifs feront partie d'un prochain communiqué.

#### • Rémunération à l'acte

##### Annexe II - Liste des modificateurs

##### Annexe 38

Rémunération à un pourcentage déterminé par les parties négociantes pour les services médicaux dispensés dans une spécialité.

Pour les soins d'urgence rendus entre 21 heures et minuit, du lundi au vendredi	MOD = 109
Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 heures, tous les jours	MOD = 110
Pour les soins d'urgence rendu entre 7 heures et minuit, le week-end et les jours fériés	MOD = 111

**Note :** Les modificateurs de la Règle 14 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie ne s'appliquent plus à un médecin spécialiste, dans l'établissement où il est autorisé au mode de rémunération mixte à la période de facturation.

## - Modificateurs multiples

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple
050 - 109	MOD = 239
050 - 110	MOD = 240
050 - 111	MOD = 241
094 - 109	MOD = 242
094 - 110	MOD = 243
094 - 111	MOD = 244
109 - 117	MOD = 245
110 - 117	MOD = 246
111 - 117	MOD = 247
050 - 117	MOD = 248
094 - 117	MOD = 249

**Remarque :** Une constante (facteur de multiplication) ne peut être utilisée avec ces modificateurs multiples. Les honoraires demandés doivent être calculés séquentiellement à l'aide de chaque modificateur constituant le multiple, le cas échéant.

## - Nouveaux messages explicatifs

- 424 Le médecin bénéficiant du mode de rémunération mixte n'a pas droit à un supplément d'honoraires pour son travail d'assistance chirurgicale (rôle 4) (Réf. : article 9 de l'Annexe 38).
- 600 La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (Réf. : Annexe 38).
- 630 Conformément à l'Annexe 38, seuls les médecins désignés à l'Annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.
- 646 Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38.
- 776 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 825 Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 847 En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (Réf. : Annexe 38).
- 883 Conformément au maximum prévu à l'Annexe 38, les honoraires de ce service ne sont pas payables.
- 884 Conformément au maximum prévu à l'Annexe 38, les honoraires de ce service ne sont pas payables car *facturés par un autre professionnel*.
- 885 Selon les annexes et les lettres d'entente régissant la garde en disponibilité, un seul supplément de garde est payable le même jour.

## - Messages explicatifs modifiés

- 590 Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 665 Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.

## • Rémunération des services de laboratoire en établissement - Acte

### Annexe I - Liste des modificateurs

#### Annexe 38

Rémunération à un pourcentage déterminé par les parties négociantes pour les services de laboratoire en établissement dispensés dans une spécialité.

Pour les services dispensés entre 7 heures et 17 heures, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés	MOD = 118
Pour les services dispensés entre 17 heures et 7 heures, du lundi au vendredi; également le week-end et les jours fériés	MOD = 119
Pour les soins d'urgence rendus entre 21 heures et minuit, du lundi au vendredi	MOD = 109
Pour les soins d'urgence rendus entre minuit et 7 heures, tous les jours	MOD = 110
Pour les soins d'urgence rendu entre 7 heures et minuit, le week-end et les jours fériés	MOD = 111

**Note : Les modificateurs de la Règle 4 du Préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire ne s'appliquent plus à un médecin spécialiste dans l'établissement où il est autorisé au mode de rémunération mixte à la période de facturation.**

#### - Nouveaux messages explicatifs

- 646 Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38.
- 825 Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 847 En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur ne peuvent être payés (Réf. : Annexe 38).

#### - Messages explicatifs modifiés

- 323 Les services pour lesquels vous demandez paiement ne peuvent vous être payés car la période de facturation chevauche la période de désignation dans cet établissement (Réf. : Lettre d'entente n° 109 (fin : 1998-12-31) ou Annexe 38).
- 324 À la date de facturation pour cet établissement, nous n'avons pas reçu l'autorisation de paiement des parties négociantes (Réf. : Lettre d'entente n° 109 (fin : 1998-12-31) ou Annexe 38).
- 576 Seuls les médecins autorisés peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement (Réf. : Lettre d'entente n° 109 (fin: 1998-12-31) ou Annexe 38).
- 581 Vous n'avez pas utilisé les modificateurs prévus à la Lettre d'entente n° 109 (fin : 1998-12-31) ou à l'Annexe 38.
- 665 Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.

Source : Direction de la normalisation et des services techniques  
Comm. 042/99-08-18

c.c. Développeurs de logiciels de facturation  
Agences commerciales de traitement de données

## ANNEXE 38

### CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE.

#### 1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

**AVIS :** Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire #3743 « Demande de paiement - Rémunération mixte ».

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

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

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

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

- 6530** (Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 6556** (Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 6553** (Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 6557** (Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 6532** (Travail en équipe multidisciplinaire)

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activité **6522** (Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'université).

Les activités médico-administratives désignent :

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

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

- 6521** (Activités comme chef de département ou de service).
- 6520** (Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP)
- 6519** (Activités à titre de responsable de programme clinique)

#### 2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM

**AVIS :** Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire # 3743 « Demande de paiement - Rémunération mixte »..

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

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

**2.2** Une journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de sept heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

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

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

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

**AVIS :** La période est établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte. Voir la section 1.5 des instructions de facturation relatives au formulaire «Demande de paiement - Rémunération mixte» #3743.

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

**AVIS :** Un *per diem* équivaut à deux demi *per diem* .

**2.4** Le montant du *per diem* est de 600 \$. Le montant du demi *per diem* est de 300 \$.

### 3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

**AVIS :** Les honoraires demandés par le médecin spécialiste doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de sa spécialité pour les services médicaux (formulaire #1200 «Demande de paiement - Médecins»), et pour les services de laboratoire (SLE) (formulaire # 1606 «Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation»).

**AVIS** Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** inscrire dans la case "P.H." sur le formulaire #1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu et ce, peu importe le lieu de dispensation (établissement, cabinet, domicile, etc.) :

De minuit à 7 h 00 (nuit), la plage horaire	= 1
De 7 h 00 à 12 h 00 (A.M.), la plage horaire	= 2
De 12 h 00 à 17 h 00 (P.M.), la plage horaire	= 3
De 17 h 00 à minuit (soir), la plage horaire	= 4

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

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

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

- i. Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un supplément d'honoraires, on retient le supplément d'honoraires le plus élevé;

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

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

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

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

- Constat de décès (code 9200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 9100 et 9101);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (codes 0089, 0090 et 9069);
- Examen d'un enfant suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse* (codes 9071 et 9073);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes 9800 et 9801);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes 9825 et 9826);
- Services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (codes 9907, 9908, 9914, 9915, 9916, 9926, 9927, 9928, 9929, 9930, 9970, 9971 et 9972).

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

#### 4. AUTRE RÉMUNÉRATION

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

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

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

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

- i. La majoration est du tiers entre 7 h et minuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, et entre 21 h et minuit les autres jours;
- ii. La majoration est de la moitié entre minuit et 7 h, tous les jours.

Toutefois, pour le médecin classé en anesthésie-réanimation ou en médecine interne, la majoration est de la moitié pour la période visée à l'alinéa 4.2 (i.) et de 100 % pour la période visée à l'alinéa 4.2 (ii.). Pour le médecin classé en chirurgie générale, la majoration est de 40 % pour la période visée à l'alinéa 4.2 (i.) et de 75 % pour la période visée à l'alinéa 4.2 (ii.).

**AVIS :** Les modificateurs de la règle 14 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie et de la Règle 4 du Préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire, ne s'appliquent plus à un médecin dans l'établissement où il est autorisé au mode de rémunération mixte à la date des services.  
Utiliser les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des Règles 4 et 14.

### MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

	Début de l'opération (Tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
<b>SOIR, du lundi au vendredi de 21 heures à minuit.</b>	MOD = 109	MOD = 112
<b>NUIT, de minuit à 7 heures.</b>	MOD = 110	MOD = 113
<b>WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 heures à minuit</b>	MOD = 111	MOD = 114
<b>JOUR, du lundi au vendredi, de 7 heures à 21 heures (aucune majoration).</b>	-	MOD = 115

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

## 5. RÈGLE D'APPLICATION

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

- i - On retient l'heure du début de prestation du service.
- ii - En obstétrique, on retient l'heure de la naissance.
- iii - À l'égard des procédés d'anesthésie-réanimation tarifés en unités : pour les unités de durée, on retient le temps de prestation du service qui coïncide avec les périodes visées aux articles précités; pour les unités de base, on retient l'heure du début de prestation du service.

**AVIS :** En urgence, vous référer aux modificateurs prévus à l'article 4.2. Sinon, pour la suite de l'opération vous devez inscrire le **MOD=116** et ce, peu importe la plage horaire.  
Exemple : Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires et payable à 28 % pour les plages horaires 2 et 3.

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Honoraires
99-10-01	2	4505	2		25	75.25
99-10-01	3	4505	2	116	53	159.53
99-10-01	4	4505	2	116	12	129.00

## 6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ

**6.1** Un supplément de garde en disponibilité peut être payable au médecin spécialiste qui est assigné de garde dans sa spécialité au cours d'une journée. Les spécialités visées ainsi que le montant du supplément sont indiqués en annexe. Le montant du supplément varie selon que la garde est effectuée du lundi au vendredi ou le samedi, dimanche ou un jour férié.

Un seul supplément de garde est payable par jour, par spécialité et par établissement.

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

Les suppléments de garde prévus en annexe ne s'appliquent toutefois pas au sein des disciplines et centres hospitaliers visés à l'Annexe 25, lesquels continuent d'être régis par l'Annexe 25.

**AVIS :** Pour les spécialités et les établissements visés par l'Annexe 25, vous référer à cette annexe pour connaître les codes d'acte et les tarifs à réclamer.

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

<b>Spécialités</b>	<b>Garde Week-end et jour férié</b>		<b>Garde les autres jours</b>	
	<b>Code d'acte et tarif</b>		<b>Code d'acte et tarif</b>	
<b>Pédiatrie</b>				
• <i>Établissements désignés au tableau de la pédiatrie</i>				
<i>Département pédiatrie</i>	9783	275,00 \$		N/A
<i>Département néonatalogie</i>	9784	275,00 \$		N/A
<i>Département soins intensifs</i>	9785	275,00 \$		N/A
<i>Département pouponnière</i>	9786	275,00 \$		N/A
• <i>Établissements différents de l'Annexe 25 (Brochure n° 1)</i>				
	9782	275,00 \$		N/A
<b>Pneumologie</b>				
• <i>Hôpital Ste-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants</i>				
	9788	350,00 \$	9787	150,00 \$
• <i>Établissement différents de l'Annexe 25 (Brochure n° 1)</i>				
	9782	200,00 \$	9781	100,00 \$
<b>Autres spécialités</b>	9782	*	9781	*

**AVIS :** \* Voir le tableau de rémunération de chaque spécialité pour savoir si le supplément de garde en disponibilité y est permis ou non et pour connaître le tarif applicable, s'il y a lieu. Selon la spécialité, le supplément de garde peut être restreint à des établissements spécifiques.

**AVIS :** Pour la facturation des codes d'acte précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - Médecin » (#1200) de la façon suivante :

- inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- inscrire le code d'établissement;
- inscrire le code d'acte correspondant à la spécialité dans laquelle le médecin est assigné de garde, dans la case ACTES;
- inscrire les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

**7. FORFAIT RÉSEAU**

**7.1** Un supplément peut être payable au médecin spécialiste qui, comme membre d'un groupe concerté, participe à la prestation des services médicaux dans un établissement autre que celui où il exerce de façon principale.

Seuls les groupes de médecins assurant de façon permanente la prestation des soins et ayant été reconnus par les parties négociantes peuvent réclamer le paiement de ce supplément au cours de la période autorisée. L'avis d'autorisation indique le nom du médecin, la spécialité et l'établissement visé, la période d'application ainsi que le montant du supplément.

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

Spécialités	Code d'acte	
<b>Anatomo-pathologie</b>		
• Médecins de l'Hôpital Ste-Justine pour services dispensés à l'Hôpital de Montréal pour enfants	9795	170,00 \$
• Autres	9780	170,00 \$
<b>Autres disciplines</b>	9780	170,00 \$

**AVIS :** Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - Médecin » (#1200) de la façon suivante :

- inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- inscrire le code d'établissement;
- inscrire l'un ou l'autre des codes d'acte susmentionnés dans la case ACTES;
- inscrire les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

**8. RESSOURCEMENT**

**8.1** Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte bénéficie d'un maximum de sept jours de ressourcement par année civile. Les jours de ressourcement sont calculés et octroyés au crédit du médecin à raison d'un jour de ressourcement pour chaque tranche de trente (30) demi *per diem* payés par la Régie au cours de l'année.

**AVIS :** Un *per diem* équivaut à deux demi *per diem*.

**8.2** Le médecin spécialiste peut utiliser ses jours de ressourcement par anticipation, jusqu'à concurrence de sept jours de ressourcement par année civile. À la fin d'une année civile, si le médecin a utilisé, par anticipation, plus de jours de ressourcement que ce à quoi il a droit en vertu de l'article 8.1, les jours en excédent viennent réduire le nombre de jours auquel il a droit lors de l'année subséquente.

**8.3** Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement ou dans le cadre d'un séjour de perfectionnement.

**8.4** Le médecin spécialiste qui désire bénéficier d'un séjour de ressourcement doit donner un préavis d'un mois au chef de département ou de service.

**8.5** Le médecin spécialiste qui bénéficie d'un séjour de ressourcement a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 375 \$ par jour de ressourcement, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

**8.6** Le médecin qui réclame le paiement du montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.

**8.7** Le médecin spécialiste doit, pour obtenir paiement de ce montant forfaitaire, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation de séjour de perfectionnement.

**AVIS :** Pour réclamer une journée de ressourcement, utiliser le code d'activité **6501** (Ressourcement) et l'inscrire sur le formulaire #3743 « Demande de paiement - Rémunération mixte ».

**8.8** Les jours de ressourcement non utilisés au cours d'une année ne peuvent être cumulés. Ils ne peuvent également faire l'objet d'une indemnisation.

**8.9** Le médecin spécialiste auquel s'applique l'article 3.1 de l'Annexe 19 ne peut bénéficier des mesures de ressourcement prévues au présent article.

**9. ASSISTANCE CHIRURGICALE**

**9.1** Le médecin spécialiste qui assiste un chirurgien au cours d'une journée a droit, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie sa présence, au paiement d'un *per diem* ou d'un demi *per diem*, selon sa période d'activité, mais n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu à l'article 3.1 pour son travail d'assistance chirurgicale.

## 10. MODALITÉS PARTICULIÈRES

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

## 11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

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

**AVIS :** *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucun service dispensé avant 17 h en cabinet.*

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

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

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

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

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

## 13. PROTOCOLE D'ACCORD

**13.1** Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale et au Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice du Conseil médical du Québec.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe entre 7 h et 17 h.

**AVIS :** *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucune activité réalisée avant 17 h en regard de ces deux protocoles d'accord.*

## 14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

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

## 15. DIVERS

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

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

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

**AVIS :** *Inscrire le **modificateur 117** (ou ses multiples) pour tous les services rendus lorsque le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 (codes d'acte 9294 et 9295) au cours d'une journée.*

*Les services rendus en urgence doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'Annexe 38. Les jours fériés qui s'appliquent sont ceux de l'Annexe 38, article 15.3.*

*Les multiples du modificateur 117 sont les suivants :*

- 109 - 117 = MOD 245*
- 110 - 117 = MOD 246*
- 111 - 117 = MOD 247*
- 050 - 117 = MOD 248*
- 094 - 117 = MOD 249*

- iv. En ce qui a trait à l'Annexe 30, seules les dispositions prévues à l'article 1.2 de cette annexe s'appliquent. Les services médicaux visés sont sujets au supplément d'honoraires prévu en annexe.

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

**AVIS :** *La RAMQ appliquera le calendrier des jours fériés en annexe (page 10) sauf si l'établissement concerné par les services facturés, lui a fait connaître une date de célébration du jour férié différente pour son personnel infirmier.*

**16. LIMITATION**

**16.1** Le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui exercent dans un département, service ou secteur d'activité où s'applique ce mode. Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle pour les médecins qui ne satisfont pas aux critères de pratique active ainsi que pour le médecin visé par l'Annexe 16 de l'Accord-cadre; ce dernier pouvant plutôt conserver le mode de rémunération au salariat.

Le médecin spécialiste visé par le mode de rémunération mixte, ou son remplaçant, ne peuvent toucher d'autres honoraires de la Régie que ceux prévus à la présente annexe.

**17. PROCÉDURE D'AUTORISATION**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE**

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ 19\_\_.

**PAULINE MAROIS**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

## CALENDRIER R.A.M.Q. DES JOURS FÉRIÉS

**REMARQUE :** La période de référence pour les jours fériés s'étend du 1<sup>er</sup> mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

Jour férié	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Fête de Dollard	-----	22 mai 2000	21 mai 2001
Fête nationale du Québec	-----	23 juin 2000	25 juin 2001
Fête du Canada	-----	31 juin 2000	2 juillet 2001
Fête du travail	6 septembre 1999	4 septembre 2000	3 septembre 2001
Action de Grâce	11 octobre 1999	9 octobre 2000	8 octobre 2001
Veille de Noël	24 décembre 1999	22 décembre 2000	24 décembre 2001
Fête de Noël	27 décembre 1999	25 décembre 2000	25 décembre 2001
Lendemain de Noël	28 décembre 1999	26 décembre 2000	26 décembre 2001
Veille du Jour de l'An	31 décembre 1999	29 décembre 2000	31 décembre 2001
Jour de l'An	3 janvier 2000	1 <sup>er</sup> janvier 2001	1 <sup>er</sup> janvier 2002
Lendemain du Jour de l'An	4 janvier 2000	2 janvier 2001	2 janvier 2002
Vendredi Saint	21 avril 2000	15 avril 2001	7 avril 2002
Lundi de Pâques	24 avril 2000	18 avril 2001	10 avril 2002

**AVIS :** La Régie applique les dates du présent calendrier pour les 13 jours fériés (article 15.3 de l'Annexe 38) ou pour les 9 jours fériés (Règle 14.5 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie ou Règle 4.5 du Préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire) selon que le médecin spécialiste est autorisé ou non au mode de rémunération mixte dans l'établissement

## LETTRE D'ENTENTE NO 120

### CONCERNANT LES IMPLICATIONS FINANCIÈRES DE L'IMPLANTATION DE L'ANNEXE 38

**CONSIDÉRANT** l'engagement des parties négociantes dans le cadre du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, de mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement;

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération mixte constitue une mesure structurante en vue de maintenir la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec;

**CONSIDÉRANT** que l'implantation du mode de rémunération mixte entraîne des coûts reliés à l'effet des suppléments d'honoraires, d'urgence, de garde en disponibilité, des forfaits réseau et, le cas échéant, universitaires et des modifications de pratique;

**CONSIDÉRANT** le coût d'implantation de ce nouveau mode de rémunération dans certaines spécialités ou dans certains établissements de même que pour le paiement de certaines activités non rémunérées dans le cadre du mode de rémunération à l'acte;

**ATTENDU** que les parties négociantes s'engagent à financer tous les coûts d'implantation du mode de rémunération mixte à partir de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée et de crédits additionnels spécifiques pouvant atteindre un maximum de 20 M \$ sur une base annuelle récurrente;

**ATTENDU** que les parties s'entendent à l'effet que les jours de ressourcement octroyés à l'Annexe 38 ne doivent générer aucun coût additionnel;

**ATTENDU** les dispositions de la lettre d'intention concernant la mise en place du mode de rémunération mixte;

**ATTENDU** que le mode de rémunération mixte doit être disponible en milieu pédiatrique, en respect des dispositions de cette lettre d'intention et pour l'ensemble des médecins spécialistes à compter du 1<sup>er</sup> avril 1999;

**ATTENDU** que l'implantation du mode de rémunération mixte présente plusieurs incertitudes au niveau des hypothèses économiques retenues.

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

1. L'évaluation prospective est vérifiée à chaque semestre par les parties négociantes en fonction des données transmises par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les parties négociantes ajustent leur évaluation en conséquence sur la base de ces données.
2. Advenant que l'implantation du mode de rémunération mixte dans un département, service ou secteur d'activité excède les évaluations effectuées par les parties négociantes, les parties analysent les résultats observés et apportent les correctifs appropriés.
3. Advenant que les données indiquent que le coût d'implantation dépasse les crédits additionnels maxima de 20 M \$ sur base annuelle récurrente, les parties négociantes apportent les correctifs appropriés en ajustant la rémunération des différentes composantes du mode de rémunération mixte, pour assurer le respect des engagements des parties à l'effet de ne pas excéder le montant des crédits additionnels consentis.
4. Advenant que les jours de ressourcement octroyés dans le cadre de la rémunération mixte entraînent une augmentation des coûts, les parties négociantes apportent les correctifs appropriés en ajustant la rémunération des différentes composantes du mode de rémunération mixte.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 19\_\_.

**PAULINE MAROIS**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

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

## LETTRE D'ENTENTE NO 121

### CONCERNANT L'IMPLANTATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

**CONSIDÉRANT** l'engagement des parties négociantes dans le cadre du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, de mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement;

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération mixte constitue une mesure structurante en vue de maintenir la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec;

**CONSIDÉRANT** que l'implantation du mode de rémunération mixte peut avoir des impacts non prévisibles à ce stade-ci (*per diem*, rythme d'implantation, enseignement, période visée par le *per diem*, système d'information, etc.);

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

De mesurer et d'évaluer, en cours d'implantation du mode de rémunération mixte, les impacts pouvant en découler sur la pratique médicale et l'organisation des services médicaux spécialisés en établissement et d'apporter les ajustements appropriés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 19\_\_.

**PAULINE MAROIS**  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

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

**TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES (%)**

**ET**

**DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ**

**PAR SPÉCIALITÉ**

## B-2

### ALLERGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30 %	Les services médicaux codés 0100, 0101, 0107, 0112, 0150, 0151, 0152, 0161, 0162, 0163, 0211, 0334, 0367, 0815, 0836, 9060, 9094, 9095, 9096, 9150, 9160, 9162 et 9170.

### ANATOMO-PATHOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30 %	Services médicaux codés 10033, 10101, 10151, 10153, 10154, 10158, 10160, 10165, 10170, 10171, 11095, 11140, 12010, 13030, 13061 et 13062.
60 %	Services médicaux codés 10020, 10021, 10022, 10030, 10052, 10054, 10120, 10132, 10133, 10134, 10142, 10143, 10144, 10145, 10146, 10147, 10148, 10149, 10152, 10155, 10157, 10159, 10180, 11020 et 11025.
100 %	Services médicaux codés 10042 et 10050.

### Modalités particulières

1. Aux fins de l'application de l'article 4 de l'Annexe 38, seuls les services médicaux visés ci-dessus par un supplément d'honoraires peuvent faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article.
2. Un forfait de 300 \$ par semaine s'applique pour les médecins désignés par les parties négociantes pour la prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.

**AVIS :** Pour la facturation du forfait pour la prise en charge d'un laboratoire, remplir le formulaire « Demande de paiement - Médecin » (#1200) de la façon suivante :

- inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- inscrire le code d'acte 9792 dans la case ACTES;
- inscrire la plage horaire durant laquelle le forfait a débuté;
- inscrire le code d'établissement;
- inscrire les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

*Ce forfait s'applique seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.*

3. Les médecins anatomo-pathologistes de l'Hôpital Sainte-Justine bénéficient d'un forfait réseau pour les services médicaux qu'ils dispensent à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Ce forfait est de 170 \$ par jour. Il s'applique du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, et ne peut être réclamé plus de 100 fois par année au total, pour l'ensemble des médecins anatomo-pathologistes de l'Hôpital Sainte-Justine.

**AVIS :** Pour la facturation du forfait réseau à l'Hôpital de Montréal pour enfants, vous référer au tableau de l'article 7 de l'Annexe 38.

**ANESTHÉSIE-RÉANIMATION**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
28 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services codés 0080, 0915, 8925, 9135, 9145, 9148 et 9246.
45 %	Les services médicaux codés 9095 et 9096. Tous les services médicaux dispensés dans les centres de douleur chronique des centres hospitaliers suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHUQ : Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval ( # 42131)</li> <li>• CHUM : Campus Hôtel-Dieu ( # 40061)</li> <li>• Hôpital Général de Montréal ( # 40181)</li> <li>• Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis ( # 40111)</li> <li>• Hôpital Maisonneuve-Rosemont : Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux ( # 40151)</li> <li>• Hôpital Royal Victoria ( # 40251)</li> <li>• Hôpital Sainte-Justine ( # 40341)</li> <li>• Hôpital de Montréal pour enfants ( # 40171)</li> <li>• Hôtel-Dieu de Lévis ( # 43001)</li> <li>• Cité de la Santé de Laval ( # 40441)</li> <li>• Hôpital Charles-Lemoyne ( # 40951)</li> </ul>
53 %	Tous les services médicaux de 12 unités de base et plus.
70 %	Les services médicaux codés 0910, 0911, 0912, 0921, 0923, 0927, 0928, 0933, 0935, 0939, 0940, 0942, 0943, 0945, 0984, 0990, 0991, 9403, 9404 et 9405. Les services médicaux codés 0243, 0489, 0515, 0519, 0585, 0871, 0872, 0914, 3019, 9135, 9150, 9160, 9362 et 9363 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs non reconnus en vertu de l'Annexe 29. Les services médicaux codés 0123, 0170, 0176, 0251, 0435, 0469, 0515, 0530, 0542, 0559, 0575, 0617, 0639, 0648, 0707, 0753, 0799, 0973, 0975, 3019, 3026, 3028, 3029, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3120, 3122, 3123, 3124, 3125, 3133, 5022, 5023, 5025, 5027, 5029, 5057, 5060, 5067, 5077, 5080, 5081, 5083, 5090, 5140, 5141, 5142, 5146, 5147, 5150, 5154, 5158, 5160, 5161, 5164, 5166, 5194, 5241, 5242, 5245, 5253, 5279, 5280, 5304, 5329, 5335, 5338, 5339, 5350, 5353, 5362, 5363, 5364, 5374, 5379, 5384, 5385, 5386, 5389, 5396, 5405, 5412, 5418, 5421, 5423, 5426, 5428, 5429, 5434, 5436, 5437, 5450, 5452, 5467, 5470, 5473, 5474, 5475, 5478, 5480, 5485, 6101, 6113, 6114, 6115, 6141, 6199, 6311, 6312, 6331, 6332, 6334, 6335, 6336, 6340, 6357, 6374, 6383, 9351, 9352, 9353, 9360, 9362, 9363, 9419, 9420, 9422, 9423, 9436, 9439, 9444, 9446, 9447, 9448, 9449, 9450, 9492, 9493, 9494, 9495, 9496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.
100 %	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet " Appareil cardiovasculaire " lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.  Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet " Système nerveux " lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

**Modalités particulières :**

Le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation qui réclame le paiement du supplément d'honoraires de 45 %, entre 7 h et 17 h, dans un des centres de douleur chronique ci-dessus mentionnés ne peut réclamer le paiement d'un autre supplément d'honoraires au cours de cette période de 7 h à 17 h.

**AVIS :** Inscrire le code d'établissement 4XXX1 correspondant au centre de douleur chronique de l'établissement désigné dans le présent tableau, pour la facturation du supplément d'honoraires de 45 %. Le code d'établissement 4XXX1 doit être **utilisé exclusivement** par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation qui est autorisé au mode de rémunération mixte dans un des établissements identifiés ci-dessus.

**CARDIOLOGIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9148, 9152, 9164, 9246, 30010, 30110 et 30120.
60 %	Les services médicaux codés 0102, 0108, 0130, 0133, 0134, 0170, 0176, 0191, 0224, 0225, 0243, 0294, 0300, 0310, 0313, 0323, 0488, 0530, 0542, 0575, 0597, 0617, 0631, 0632, 0639, 0648, 0662, 0883, 0886, 0887, 4502, 4503, 4504, 4614, 4617, 4618, 4628, 8309, 8310, 9095, 9096, 9108, 9207, 9221, 9302, 9303, 9334, 9345, 9360, 9361, 9403, 9404, 9405, 9419, 9420, 9422, 9492, 9493.

**CHIRURGIE GÉNÉRALE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30 %	Les services médicaux codés 2000 à 7999 et 9500 à 9599 et dont le tarif est inférieur à 100 \$. Les services médicaux codés 0276, 0277, 0295, 0296, 0414, 0524, 0558, 0626, 0634, 0696, 9331, 9338 et 9485
40 %	Les services médicaux codés 9060, 9095, 9096, 9150, 9160, 9162 et 9170. Les services médicaux codés 0303, 0365, 0691, 0692, 0697, 0700, 0703, 0863 et 9337.
52 %	Les services médicaux codés 2000 à 7999 et 9500 à 9599 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$. Les services médicaux codés 1201, 1202, 1203, 1204 et 1230.
57 %	Les services médicaux codés 2000 à 7999 et 9500 à 9599 et dont le tarif est de 300 \$ et plus. Les services médicaux codés 1228, 1231 et 1232.
100%	Les services médicaux 2000 à 7999 et 9500 à 9599 et dont le tarif est de 100 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
30%	Les services médicaux codés 9060, 9150 et 9162.	75 \$	200 \$
40%	Les services médicaux codés 9160, 9170, 9282, 9283, 9287 et 9288.		
50%	Les services médicaux codés 1000 à 7999 et 9500 à 9599 à l'exception des services médicaux codés 2505, 2531, 2559, 2569, 2578, 2585, 2588, 2590, 2592, 2593, 2594, 2595, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2611, 2639, 2641, 2645, 2653, 2656, 2660, 2675, 2681, 2683, 2684, 2685, 2693, 2728, 2768, 2800, 2804, 2805, 2806, 2809, 2810, 2820, 2823, 2824, 2827, 2829, 2842, 2848, 2852, 2853 et 2854.		
	Les services médicaux codés 9060, 9150 et 9162 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.		
60%	Les services médicaux codés 9160, 9170, 9282, 9283, 9287 et 9288 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.		
90%	Les services médicaux codés 2000, 2001, 2002, 2006, 2013, 2016, 2023, 2025, 2029, 2030, 2033, 2041, 2054, 2059, 2060, 2061, 2068, 2070, 2074, 2075, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2109, 2119, 2130, 2131, 2132, 2137, 2152, 2153, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2193, 2194, 2208, 2209, 2211, 2222, 2227, 2230, 2234, 2240, 2241, 2242, 2244, 2246, 2247, 2252, 2253, 2264, 2274, 2277, 2283, 2284, 2286, 2291, 2293, 2322, 2324, 2325, 2326, 2344, 2346, 2349, 2352, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2364, 2365, 2368, 2374, 2376, 2377, 2378, 2379, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2394, 2395, 2396, 2398, 2399, 2405, 2406, 2412, 2413, 2414, 2419, 2426, 2432, 2433, 2434, 2445, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2466, 2467, 2471, 2474, 2481, 2482, 2484, 2485, 2486, 2494, 2495, 2496, 2500, 2501, 2538, 2541, 2542, 2543, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2560, 2561, 2562, 2563, 2565, 2596, 2625, 2658, 2674, 2700, 2702, 2706, 2713, 2717, 2718, 2722, 2741, 2746, 2747, 2748, 2774, 2778, 2779, 2780, 2781, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2796, 2797, 2798, 2799, 2801, 2802, 2803, 2808, 2811, 2812, 2813, 2816, 2822, 2839, 2840, 2841, 2860, 2861, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2874, 2892, 2897, 2906, 2907, 2908, 2909, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2934, 2936, 2937, 2938, 2939, 2944, 2948, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 9502, 9505, 9506, 9507, 9508, 9509, 9510, 9511, 9512, 9515, 9516, 9524, 9530, 9531, 9532, 9535, 9536, 9543, 9544, 9545, 9554, 9555, 9556, 9557, 9558, 9559, 9563, 9564, 9578, 9580, 9582, 9583, 9586, 9587 et 9588 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.		

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 9781 ( en semaine) ou le code d'acte 9782 (Week-end ou jour férié). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

**DERMATOLOGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
36 %	Les services médicaux codés 9061, 9183 et 9186.	50 \$	50 \$
49 %	Les services médicaux codés 9184 et 9250.		
75 %	Les services médicaux codés 1110 et 1302.		

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 9781 ( en semaine) ou le code d'acte 9782 (Week-end ou jour férié). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

**ENDOCRINOLOGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
28 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9078, 9080, 9148, 9152 et 9164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l'addendum 7 - Médecine nucléaire, sous la rubrique " Épreuves in vitro ".	75 \$	0 \$
40 %	Tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9078, 9080, 9148, 9152 et 9164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l'addendum 7 -Médecine nucléaire, sous la rubrique " Épreuves in vitro ".		

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 9781 ( en semaine). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

**GASTRO-ENTÉROLOGIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
75%	Les services médicaux codés 9060, 9147, 9150, 9160, 9162, 9170, 9176 et 9296.

**NÉPHROLOGIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
34 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9148, 9152, 9164 et 9246.
44 %	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9148, 9152, 9164 et 9246.

**NEUROCHIRURGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
20 %	Les services médicaux codés 9160 et 9170.	100 \$ (*)	200 \$ (*)
79 %	Les services médicaux codés 1000 à 7999 et 9500 à 9599.		

(\*) Le supplément de garde en disponibilité ne s'applique qu'au sein des centres hospitaliers suivants :

Hôpital Sainte-Justine  
Hôpital de Montréal pour enfants

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 9781 ( en semaine) ou le code d'acte 9782 (Week-end ou jour férié). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

**NEUROLOGIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
22 %	Les services médicaux codés 40070, 40080, 40090, 40100, 40110, 40120, 40130, 40140, 40150, 40160, 40170, 40180, 40190, 40200, 40210 et 40220.  Les services médicaux codés 0117, 0145, 0158, 0208, 0209, 0210, 0216, 0355, 0356, 0357, 0358, 0359, 0360, 0363, 0366, 0378, 0386, 0388, 0509, 0787, 0788, 0889, 0890, 0891, 9409, 9411, 9412 et 9423.
31 %	Les services médicaux codés 0596, 9060, 9108, 9150, 9160, 9162, 9170, 40010, 40020, 40030, 40040, 40050 et 40060.

**OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
32%	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 9148, 9152, 9156, 9164, 9166, 8925 et 9246.	0	200 \$ (*)
55%	Les services médicaux codés 0109, 0354, 0470, 0472, 0490, 0558, 0582, 0583, 0603, 0734, 0817, 0818, 0834, 0861, 0871, 4243, 4244, 5011, 6069, 6072, 6073, 6074, 6141, 6146, 6149, 6156, 6157, 6158, 6169, 6191, 6194, 6216, 6225, 6233, 6249, 6270, 6271, 6272, 6275, 6278, 6279, 6288, 6289, 6412, 6416, 6419, 6420, 6426, 6428, 6434, 6452, 6455, 6457, 6458, 6460, 6811, 6908, 6909, 6913, 6915, 6919, 6920, 6924, 6925, 6926, 6928, 6929, 6930, 6940, 6942, 6945, 6946, 6948, 6949, 6950, 6952, 6960, 6961, 9064, 9065, 9157, 9160, 9167, 9170, 9192, 9282, 9283, 9287, 9288, 9300 et 9467.		

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 9781 ( en semaine). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

\* Le supplément de garde en disponibilité ne s'applique qu'au sein des centres hospitaliers suivants :

- Hôpital Jean-Talon
- CHUM Campus Notre-Dame
- Hôpital Royal Victoria
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital Santa Cabrini
- Hôpital général du Lakeshore
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Centre hospitalier régional de Lanaudière
- RSRV – Pavillons Honoré Mercier et Saint-Charles
- Hôpital Charles Le Moyne
- Centre hospitalier de Granby
- Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
- Centre hospitalier régional du Suroît
- Centre hospitalier Le Gardeur
- Centre hospitalier Laurentien
- Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
- Centre hospitalier Saint-Eustache
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (Pavillon Sainte-Marie)
- Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (Site CHRM)
- CHUQ Pavillon Hôtel-Dieu de Québec et Pavillon CHUL
- Complexe hospitalier de la Sagamie
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- Centre hospitalier Beauce-Etchemin
- Hôtel-Dieu de Lévis
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Centre hospitalier Anna-Laberge

**Modalités particulières :**

Au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le médecin qui exerce en cabinet privé et qui doit se rendre d'urgence à l'hôpital est rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte (100%) pour les services médicaux suivants qu'il y dispense : services médicaux codés 6903, 6912, 6913, 6919, 6929, 6940, 6945, 6946 et 6950. Il ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* ou demi *per diem* pour la durée de prestation de ces services.

**AVIS :** Inscire le **modificateur 120** pour les services énumérés ci-dessus lorsque le médecin exerce en cabinet privé et qu'il doit se rendre d'urgence à l'hôpital.

**OPHTALMOLOGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
52 %	Les services médicaux apparaissant à l'Annexe 6 au chapitre " Appareil visuel ", sous la rubrique " cristallin ".	100 \$	200 \$
60 %	Les services médicaux codés 9060, 9124, 9125, 9150, 9160, 9253, 9255, 9282, 9283, 9287 et 9288.		
68 %	Les services médicaux codés 1000 à 7999 et 9500 à 9599, à l'exception des services médicaux apparaissant à l'Annexe 6 au chapitre " Appareil visuel ", sous la rubrique " cristallin ".		

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, réclamer le code d'acte 9781 ( en semaine) ou le code d'acte 9782 (Week-end ou jour férié). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

**PÉDIATRIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
30 %	Services médicaux codés 0086, 0489, 0596, 0691, 0697, 0700, 0703, 0749, 0750, 0777, 0823, 0824, 0862, 0874, 1320, 1323, 2589, 2621, 2623, 2657, 2675, 9095, 9096, 9150, 9160, 9162, 9170, 9377, 9378, 9379, 9380, 9381, 9403, 9404 et 9405.	0	275 \$

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

**Modalités particulières**

Nonobstant le deuxième alinéa de l'article 6.1, le supplément de garde est payable pour chacun des centres hospitaliers ou pavillons mentionnés ci-dessous, jusqu'à concurrence du nombre de suppléments de garde indiqué par service.

Centre hospitalier	Nombre de supplément	Service
<b>CH affilié universitaire de Québec :</b>		
- Pavillon Enfant-Jésus	1	Pédiatrie
- Pavillon Saint-Sacrement	1	Pédiatrie
<b>CHUQ :</b>		
- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	3	Pédiatrie (1) néonatalogie (1) et soins intensifs (1)
- Pavillon Saint-François d'Assise	2	Pédiatrie (1) et néonatalogie (1)

Centre hospitalier (suite)	Nombre de supplément	Service
<b>CUSE :</b> - Site Fleurimont	2	Pédiatrie (1) et néonatalogie (1)
<b>CHUM :</b> - Campus Notre-Dame - Campus Saint-Luc	1 1	Pédiatrie Pédiatrie
<b>Hôpital Maisonneuve-Rosemont :</b> - Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel-Lamoureux	2	Pédiatrie (1) et néonatalogie (1)
<b>Hôpital Sainte-Justine</b>	8	Pédiatrie (6), néonatalogie (1) et pouponnière (1)
<b>Hôpital de Montréal pour enfants</b>	4	Pédiatrie (3) et néonatalogie (1)
<b>CH des Vallées de l'Outaouais :</b> - Pavillon de Gatineau / Pavillon de Hull	1	Pédiatrie

**PNEUMOLOGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
79 %	Les services médicaux codés 9095, 9096, 9160, 9170, 9403, 9404 et 9405.  Les services médicaux codés 0900, 0927, 0928, 0990 et 0991 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs.	100 \$	200 \$
100 %	Les services médicaux codés 9060, 9095, 9096, 9150, 9154, 9160, 9162, 9170, 9403, 9404 et 9405, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.		

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

**Modalités particulières**

1. Aux fins de l'application de l'article 4 de l'Annexe 38, les services médicaux mentionnés à l'Annexe 7, au chapitre "Épreuves de fonctions respiratoires" ne peuvent faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article.
2. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le supplément de garde en disponibilité est de 150 \$ en semaine et de 350 \$ les week-ends et les jours fériés.

**PSYCHIATRIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30%	Tous les services médicaux à l'exception des services médicaux codés 0080, 8822, 8824, 8826, 8925, 8941, 8972, 8982 et 9246.
45%	Les services médicaux 8823, 8834 et 8835.
60%	Les services médicaux codés 8854, 8932, 8936, 8937, 8971 et 8981.

**RADIO-ONCOLOGIE**

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
79 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9060, 9078, 9080, 9094, 9136, 9141, 9144, 9146, 9147, 9148, 9152, 9162, 9164, 9246 et 9296.	50 \$	200 \$

**AVIS :** Pour le supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 9781 ( en semaine) ou le code d'acte 9782 (Week-end ou jour férié). Vous référer au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour les instructions de facturation.

**Modalités particulières**

Un seul supplément de garde en disponibilité en semaine, le week-end ou les jours fériés peut être réclamé à l'intérieur des regroupements d'hôpitaux suivants :

- 1) Hôpital Royal-Victoria  
Hôpital général de Montréal  
Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis
- 2) Hôtel-Dieu de Montréal  
Hôpital Notre-Dame

**RHUMATOLOGIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
45 %	Les services médicaux codés 0034, 0036, 0042, 0043, 9150, 9160, 9162 et 9170.
80 %	Le service médical codé 9402.

**SANTÉ COMMUNAUTAIRE****Modalités particulières**

1. Aucun supplément d'honoraires ne s'applique en santé communautaire.

**AVIS :** Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire # 3743 «Demande de paiement - Rémunération mixte»..

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

**AVIS :** Utiliser les codes d'activité 66XX sauf dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité du travail où on doit utiliser les codes d'activité 67XX..

2.1 L'ensemble des activités suivantes effectuées par le médecin spécialiste en santé communautaire rattaché à un département clinique en santé publique et ayant des mandats confiés ou approuvés par le directeur (régional) de santé publique ou le président directeur général de l'institut national de santé publique du Québec ou le directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la réalisation du programme de santé publique ou des responsabilités légales spécifiques des directeurs de santé publique :

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

**AVIS :** Utiliser les codes d'activité 6637 ou 6737 (planification-programmation-évaluation), 6638 ou 6738 (coordination), 6647 ou 6747 (exécution)

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activité 6637 ou 6737 (planification-programmation-évaluation).

- ii. Protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.);
- iii. Prévention de la maladie et promotion de la santé (santé mentale, personnes âgées, santé cardiovasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.);

**AVIS :** Utiliser le code d'activité 6647 ou 6747 (exécution).

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activité 6638 ou 6738 (coordination).

- La planification et la coordination des activités des intervenants en santé publique.

**AVIS :** Utiliser les codes d'activité 6637 ou 6737 (planification-programmation-évaluation) ou 6638 ou 6738 (coordination)

- La prestation de services médicaux, incluant :

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activité 6630.

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activité 6632.

iii. La prestation d'avis médicaux auprès de :

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activité 6691.

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

**AVIS :** Utiliser les codes d'activité 67XX.

ou :

2.2 L'activité clinique du médecin spécialiste en santé communautaire exerçant à l'intérieur d'un département clinique d'un établissement, après avoir été autorisé par les parties négociantes.

**AVIS :** Utiliser les codes d'activité 66XX sauf dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité du travail où on doit utiliser les codes d'activités 67XX.

3. Le médecin visé à l'article 2.1 qui doit se rendre dans un établissement de santé ou au site d'une mission pour une intervention urgente pendant l'horaire de garde, est payé suivant un tarif horaire particulier.

Ce tarif horaire est de 115 \$ sauf pour un déplacement entre minuit et 7 heures; il est alors de 130 \$.

La tarification d'une heure exige un temps de service continu de 60 minutes.

L'horaire de garde s'entend du week-end, des jours considérés comme fériés et de la période de 17 h à 7 h en semaine.

**AVIS :** Voir l'AVIS sous l'article 15.3 de l'Annexe 38.  
Utiliser les codes d'acte 9793 (garde-intervention urgente pour les périodes autres que de minuit à 7h00) ou 9794 (garde-intervention urgente de minuit à 7h00)

FORFAIT À TARIF HORAIRE			
Spécialités	Code d'acte		
Santé communautaire	9793	115,00 \$	17 h à minuit (la semaine, du lundi au vendredi) 7 h à minuit (Week-end et jours fériés),
	9794	130,00 \$	Minuit à 7 h (la semaine, du lundi au vendredi) et Week-end et jours fériés.

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - Médecin » (#1200) de la façon suivante :

- inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- inscrire l'un ou l'autre des codes d'acte susmentionnés dans la case ACTES;
- inscrire la plage horaire durant laquelle le forfait a débuté;
- inscrire le code d'établissement;
- inscrire le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- inscrire les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Seul le rôle 1 peut être facturé avec le code d'acte 9793 ou 9794.  
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

**INSTRUCTIONS DE FACTURATION RELATIVES**

**AU FORMULAIRE # 3743**

**DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE**

C-2

FORMULAIRE - RÉMUNÉRATION MIXTE (#3743)

# 1. DEMANDE DE PAIEMENT RÉMUNÉRATION MIXTE (*Formulaire #3743*)

## 1.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte treize parties :

1. Professionnel;
2. Établissement;
3. Période;
4. Horaire;
5. Activités;
6. *Per diem*
7. Total des heures travaillées;
8. Nombre de *per diem*
9. C.S. (Considération spéciale);
10. Renseignements complémentaires;
11. Nombre de documents annexés;
12. Signature du professionnel ou du mandataire;
13. Signature du chef de département clinique ou du chef de service.

**NOTE :** *La partie supérieure gauche comporte un numéro d'identification à quatre (4) chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.*

**C-4**

FORMULAIRE - RÉMUNÉRATION MIXTE (#3743)

## 1.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

### PARTIE 1

#### Professionnel

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro de groupe assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à une société de professionnels dont il est membre.

### PARTIE 2

#### Établissement

L'identification de l'établissement où les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres) selon le Répertoire des établissements, disponible sur demande. Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription du contrat pour la rémunération mixte.
- le nom du département ou du service où est autorisé le mode de rémunération mixte pour la spécialité concernée.

### PARTIE 3

#### Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **quatorze (14) jours consécutifs débutant un dimanche et se terminant un samedi**, pour une période de deux semaines établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte fourni par la Régie (voir la section 1.5 du présent document).

### PARTIE 4

#### Horaire

##### - Quantième

Cette partie permet au médecin d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés. Le quantième s'exprime en utilisant deux chiffres.

##### - Plage horaire

Cette partie permet d'indiquer la période de la journée où les activités ont été accomplies et, s'il y a lieu, la période de la journée pour laquelle un demi *per diem* est réclamé.

Le médecin indique par un crochet ou un " X " dans quelle période de la journée les activités ont été réalisées. La journée indiquée par le quantième se divise en deux périodes qui sont les suivantes :

Avant-midi (A.M.) : de 07 h 00 à 12 h 00  
Après-midi (P.M.) : de 12 h 00 à 17 h 00

L'identification de la plage horaire est **essentielle**. Le médecin peut sélectionner une seule plage horaire ou les deux (A.M., P.M. ou les deux) pour une même ligne de facturation d'activités. Toutefois, lorsque l'activité chevauche deux périodes de plage horaire et **qu'un demi *per diem* seulement est réclamé** pour l'activité, le médecin doit obligatoirement cocher une seule période de plage horaire, selon la période de la journée où le plus grand nombre d'heures a été fait. Dans le cas d'égalité, le médecin doit indiquer un code de plage horaire à son choix.

Exemples :

Si un médecin effectue 2 heures d'activités de 10 h 30 à 12 h 30 et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher que la période A.M.

Si un médecin effectue 4 heures d'activités de 10 h 00 à 14 h 00 et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher qu'une seule période, soit A.M. ou P.M., à son choix.



## PARTIE 5

### Activités

Indication des heures effectuées.

Cette partie qui comporte 20 lignes ou 60 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il a accompli des activités visées par la rémunération mixte.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

#### - Codes d'activités

Le code d'activités est composé de quatre chiffres.

Le médecin indique habituellement les codes correspondant aux activités accomplies. Il doit utiliser une référence par type d'activités réalisées au cours de la journée.

Pour la nomenclature complète des codes d'activités et leur description, voir la section 1.3 du présent document.

#### - Secteur disp. (secteur de dispensation)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il doit être utilisé en tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

Cette information n'est pas requise si l'activité correspond à un ressourcement (code d'activité 6501).

Pour la nomenclature complète des codes " secteur de dispensation ", voir la section 1.4 du présent document.

#### - Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

**Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03.75.**

Cette case doit être à zéro si l'activité correspond à un ressourcement (code d'activité 6501).

## PARTIE 6

### *Per diem*

Inscrire le nombre de *per diem* (1) ou de demi *per diem* (0,5) réclamé pour les activités mentionnées sur la ligne.

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

Si aucun *per diem* n'est réclamé ou si l'activité correspond à un ressourcement (code d'activité 6501), cette case doit être laissée vide ou à zéro.

Aucun *per diem* ne peut être réclamé si aucune heure d'activité n'est présente sur la ligne.

Pour réclamer plus d'un demi *per diem*, soit un *per diem*, pour un quantième, au moins 3.50 heures d'activités doivent être présentes sur la ligne.



**PARTIE 7****Total des heures travaillées**

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

**PARTIE 8****Nombre de *per diem***

La somme des *per diem* inscrits.

Pour déterminer le nombre maximum de demi *per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de 14 jours, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues au cours de cette période et on arrondit à l'unité inférieure. Ainsi, 27 heures d'activités / 3.5 = 7,71  $\Rightarrow$  7 demi *per diem* =  $\Rightarrow$  3,5 *per diem*.

**PARTIE 9****C.S. (Considération spéciale)**

LETTRE A : Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

LETTRE B : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un " B " dans cette case et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

**PARTIE 10****Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 9, la lettre " A " ou " B " dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir d'un document complémentaire #1944 (Voir le Manuel des médecins spécialistes sous l'onglet " Formulaires ") et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

**PARTIE 11****Nombre de documents annexés**

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

**PARTIE 12****Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire.

**PARTIE 13****Signature du chef de département clinique ou du chef de service**

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

### 1.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS

#### Activités médicales :

**6530** : les activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

**6532** : le travail en équipe multidisciplinaire

**6553** : les activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

**6556** : les activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

**6557** : les activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

#### Activités médico-administratives :

**6519** : les activités à titre de responsable de programme clinique.

**6520** : la participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP.

**6521** : les activités comme chef de département ou de service.

#### Activités d'enseignement :

**6522** : les cours ou les exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés de l'université.

#### Ressourcement :

**6501** : Ressourcement

#### Remarque :

*Lorsque le médecin facture une journée de ressourcement, il doit fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation de séjour de perfectionnement. Celles-ci doivent être jointes à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer). De plus, les champs suivants doivent être complétés comme suit :*

- inscrire la lettre «A» dans la case C.S. (considération spéciale);
- inscrire le nombre de documents annexés dans la case prévue à cet effet;
- cocher les cases «AM et PM»;
- ne rien inscrire dans le secteur dispensation;
- inscrire 0.00 pour les heures travaillées;
- inscrire 0.0 dans la case «Per diem».

#### Santé communautaire :

##### Remarque :

*Le médecin doit utiliser les codes d'activités 66XX sauf dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité du travail où il doit utiliser les codes d'activités 67XX.*

**6637 ou 6737** : planification-programmation-évaluation

- connaissance et surveillance de la santé (épidémiologie)
- planification des activités des intervenants en santé publique

**6638 ou 6738** : coordination

- organisation des services préventifs, évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population
- coordination des activités des intervenants en santé publique

- 6647 ou 6747 :** exécution
- protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.)
  - prévention de la maladie et promotion de la santé (santé mentale, personnes âgées, santé cardiovasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.)
- 6630 :** prestation de services médicaux incluant
- les visites des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences et les cliniques externes
- 6632 :** prestation de services médicaux incluant
- les interventions faites auprès de personnes dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une activité du programme de santé publique
- 6691 :** prestation de services médicaux incluant
- a prestation d'avis médicaux auprès de médecins, de professionnels de la santé, de ressources du milieu, de groupes de bénéficiaires ou autres, incluant les communications avec les intervenants et les rédactions d'opinions

#### 1.4 SECTEURS DE DISPENSATION

S'applique dans tout centre sauf en CLSC.

- 01 clinique externe
- 02 moyen séjour
- 03 courte durée (section générale)
- 04 longue durée - soins prolongés
- 05 longue durée - hébergement
- 06 unité de soins coronariens ou de soins intensifs
- 07 clinique d'urgence
- 08 département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code en centre hospitalier de soins psychiatriques)
- 09 hôpital de jour
- 10 hôpital à domicile
- 11 laboratoire

## 1.5 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION

Du dimanche	Au samedi
29 août 1999 *	11 septembre 1999
12 septembre 1999	25 septembre 1999
26 septembre 1999	9 octobre 1999
10 octobre 1999	23 octobre 1999
24 octobre 1999	6 novembre 1999
7 novembre 1999	20 novembre 1999
21 novembre 1999	4 décembre 1999
5 décembre 1999	18 décembre 1999
19 décembre 1999	1 <sup>er</sup> janvier 2000
2 janvier 2000	15 janvier 2000
16 janvier 2000	29 janvier 2000
30 janvier 2000	12 février 2000
13 février 2000	26 février 2000
27 février 2000	11 mars 2000
12 mars 2000	25 mars 2000
26 mars 2000	8 avril 2000
9 avril 2000	22 avril 2000
23 avril 2000	6 mai 2000
7 mai 2000	20 mai 2000
21 mai 2000	3 juin 2000
4 juin 2000	17 juin 2000
18 juin 2000	1 <sup>er</sup> juillet 2000
2 juillet 2000	15 juillet 2000
16 juillet 2000	29 juillet 2000
30 juillet 2000	12 août 2000
13 août 2000	26 août 2000
27 août 2000	9 septembre 2000

\* La première période ne comprendra que onze jours de facturation en raison de l'entrée en vigueur du mode de rémunération mixte au 1<sup>er</sup> septembre 1999.