

COMMUNIQUÉ

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



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 26 octobre 2001

À l'attention des médecins spécialistes

Modification n° 27 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° 27 à l'Accord-cadre.

Les nouvelles dispositions qui sont introduites viennent modifier votre rémunération et certaines règles qui régissent votre tarification. La plupart de celles-ci entrent en vigueur le 1^{er} novembre 2001. Cependant, certaines dispositions entrent en vigueur à des dates antérieures en 2001. Les dates d'entrée en vigueur sont précisées, au fur et à mesure, dans la partie FAITS SAILLANTS. Nous avons jugé utile de vous présenter sous forme de faits saillants, les principaux changements qui touchent directement votre rémunération.

Les changements introduits par la Modification n°27 et qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2002, feront l'objet d'un autre communiqué. Ces nouvelles dispositions concernent notamment l'hématologie-oncologie médicale et la médecine nucléaire.

Vous trouverez à la [partie II](#), les textes officiels des nouvelles lettres d'entente. La [partie III](#) vous informe des changements à l'Annexe 38 relative à la rémunération mixte. La [partie IV](#) vous indique les changements de tarifs, les nouveaux codes d'actes et les codes modifiés et contient l'annexe concernant la tarification des actes inclus dans le forfait de prise en charge de l'unité, prévu à l'Annexe 29.

Les manuels « *Manuel des médecins spécialistes - régime d'assurance maladie* » et « *Brochure n°1* » ont été mis à jour et sont disponibles **uniquement** dans Internet. Vous pouvez les consulter sur le site de la Régie à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca. Une mise à jour papier est prévue ultérieurement dans l'année. Toutefois, le manuel « *Brochure n° 5* » sera mis à jour et acheminé par la poste en décembre prochain.

FAITS SAILLANTS

1. TARIF DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE (ANNEXE 6)

TARIFICATION NOMENCLATURE ET TABLEAUX D'HONORAIRES

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001**

La valeur de l'unité d'anesthésie est de 12,05 \$.

D'autres changements ont été apportés à certains tarifs, vous les retrouvez dans les tableaux annexés en [partie IV](#). Veuillez noter que les modifications au Tableau des honoraires de la chirurgie cardiaque (section J) de votre manuel entrent en vigueur le **30 janvier 2001** et que la modification du tarif en rôle 1 de l'acte codé 6243 (page N-6) entre en vigueur le **1^{er} juillet 2001**.

Pour les changements de tarif dont l'entrée en vigueur est rétroactive au 30 janvier ou au 1^{er} juillet 2001, **la Régie effectuera la révision des demandes de paiement pour les services rendus avant le 1^{er} novembre 2001**.

Réf.: Manuel des médecins spécialistes – Régime d'assurance maladie.

2. PROTOCOLE RELATIF AUX PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE, AUX PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS ET AUX RÈGLES D'APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES (ANNEXE 8)

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001**

2.1. Règle d'application n° 4: le troisième paragraphe de cette règle est remplacé par les suivants:

« De plus, nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4 – Chirurgie, lorsqu'un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par ce médecin est également payée à plein tarif.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas à l'égard du médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline. »

Réf.: Annexe 8, Règle d'application n° 4.

3. LETTRES D'ENTENTE (ANNEXE 11)

3.1. Modification de lettres d'entente

- **Lettre d'entente n° 102**

Date d'entrée en vigueur : **dates prévues à la lettre d'entente**

Ajout du C.H. Anna-Laberge

Retrait de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

Centre Universitaire de Santé de Sherbrooke (Site Fleurimont)

Ajout en anesthésie-réanimation

C.H. Anna-Laberge

Ajout en obstétrique-gynécologie

C.H. régional du Suroît

Ajout en radiologie

Centre de santé de la Basse Côte-Nord

Ajout en chirurgie générale

Réseau SSS des Aurores boréales – C.H La Sarre

C.H. d'Amqui

CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin

- **Lettre d'entente n° 112**

Date d'entrée en vigueur : **dates prévues à la lettre d'entente**

Retrait de la chirurgie générale

C.H. Charlevoix

Réseau SSS des Aurores Boréales – CH La Sarre

CLSC – CHSLD – CH de la MRC Denis-Riverin

Retrait de la radiologie diagnostique

Centre de santé de la Basse Côte-Nord

Ajout de l'anesthésie-réanimation

C.H. de Charlevoix

Ajout de la chirurgie générale

C.H. St-Joseph de la Malbaie

Centre Maria-Chapdeleine

Ajout de l'obstétrique-gynécologie

C.H de l'Archipel

Ajout de la médecine

C.H Beauce-Etchemin

Ajout de la pédiatrie

C.H.V.O. (Pavillon de Gatineau)

Ajout de la chirurgie orthopédique

C.H. régional de Sept-Îles

- **Lettre d'entente n° 122**
Date d'entrée en vigueur : **15 août 2001**
Ajout de la spécialité Anesthésie-réanimation au C.H. Anna-Laberge
Veuillez utiliser ces **codes d'acte** : garde de **24 heures 9841**
garde de **12 heures 9842**

- **Lettre d'entente n° 124**
Date d'entrée en vigueur : **date prévue à la lettre d'entente**
Ajout de l'hématologie et de l'ophtalmologie
Complexe hospitalier de la Sagamie *
*seuls les bénéficiaires prévus à l'article 1.2 s'appliquent

- **Lettre d'entente n° 128**
Date d'entrée en vigueur : **date prévue à la lettre d'entente**
Ajout des établissements **Période d'application**
C.H. de Jonquière 22 juin au 15 octobre 2001
C.H. régional de Baie-Comeau 24 juin au 15 octobre 2001
C.H. de l'Archipel 22 février au 15 octobre 2001

- **Lettre d'entente n° 132**
Date d'entrée en vigueur : **date prévue à la lettre d'entente**
Ajout des établissements Période d'application
CLSC – CHSLD -CH de la MRC Denis- À compter du 1^{er} juillet 2001
Riverin (Hôpital des Monts)
Carrefour SSS de la Saint-Maurice À compter du 1^{er} juillet 2001
Réseau de santé du Témiscouata – À compter du 1^{er} juillet 2001
CH Notre-Dame-du-Lac
Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie À compter du 15 juin 2001

- **Lettre d'entente n° 135**
Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**
Augmentation du forfait à 500 \$

3.2. Adoption de lettres d'entente

- **Lettre d'entente n° 136**
Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**
Ajout d'un forfait de 200 \$ pour prolongation de disponibilité en radio-oncologie
- **Lettre d'entente n° 137**
Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**
Montant forfaitaire en médecine d'urgence
- **Lettre d'entente n° 138**
Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**
Ajout du Centre de Santé Sainte-Famille en chirurgie générale

- **Lettre d'entente n° A-48: 1^{er} juillet 2001**
Concernant la mammographie de dépistage.
Pour cette lettre d'entente, la Régie effectuera la révision des services dès la réception de l'avis transmis par les parties négociantes.

Voir Partie II, Lettres d'entente pour consulter le texte intégral des lettres d'entente.

4. LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (ANNEXE 19)

4.1. Rémunération différente et territoires concernés

La période de 3 ans de résidence et de pratique dans une des régions identifiées au paragraphe 1.3 premier alinéa, se calcule maintenant de façon cumulative et non plus consécutive.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2000**

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (point de service Chibougamau) est ajouté au dernier alinéa du paragraphe 1.3, en faisant un lieu de dispensation où la majoration de 40% de la rémunération de base s'applique en tout temps.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001**

Réf.: Annexe 19 paragraphe 1.3

4.2. Prime de rétention

La prime de rétention s'applique maintenant à compter du 1^{er} jour du mois suivant le troisième anniversaire de pratique et de résidence dans un territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001**

La période de 3 ans de résidence et de pratique dans un de ces territoires, se calcule de façon cumulative et non consécutive. Toutefois pour avoir droit de conserver le temps cumulatif effectué, le médecin ne doit pas avoir cessé d'exercer ni de résider dans un tel territoire pour une période consécutive de plus de deux ans.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} octobre 1999**

Réf.: Annexe 19, paragraphes 2.1.

4.3. Frais de séjour

L'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) est augmentée de 148 \$ à 180 \$ par jour de ressourcement.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001**

Réf.: Annexe 19 paragraphe 3.4 iii

5. ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS EN CENTRE HOSPITALIER (ANNEXE 29)

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001**

La liste des procédés diagnostiques et thérapeutiques compris dans le forfait de prise en charge d'un patient est modifiée. Les codes 0439, 0440, 0901 et 9304 sont ajoutés, alors que les codes 0125, 0243, 0487, 0492, 0557, 0647 et 9330 sont enlevés.

À la liste des procédés diagnostiques et thérapeutiques permis dans une unité de soins intensifs pédiatriques sont ajoutés les codes 0901 et 9304.

(voir [liste des actes inclus dans le forfait de prise en charge d'un patient](#) à la Partie IV)

Le tableau « [Tarification des codes d'actes inclus dans le forfait de prise en charge de l'unité](#) » est modifié (voir annexe à la Partie IV).

Réf.: Annexe 29, article 4.4 et Annexe.

6. RÉMUNÉRATION MIXTE (ANNEXE 38)

6.1. Modification aux tableaux des suppléments d'honoraires de rémunération mixte.

Pour les changements aux différents tableaux de suppléments d'honoraires dont l'entrée en vigueur est antérieure au 1^{er} novembre 2001, la Régie effectuera la révision des demandes de paiement pour les services payés avant cette date.

6.1.1. Tableaux de suppléments d'honoraires remplacés

Les tableaux des spécialités suivantes sont remplacés : [anesthésie-réanimation](#) et [chirurgie cardio-vasculaire et thoracique](#).

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} novembre 2001** sauf pour le code d'acte **0901** en anesthésie-réanimation qui s'ajoute **au 1^{er} juillet 2001**

Voyez le point 1 de la partie III « Rémunération mixte ».

6.1.2. Chirurgie orthopédique

Le service médical codé 0485 est ajouté à la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraire de 50 %.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**

6.1.3. Anatomicopathologie

Le service médical codé 10201 est enlevé de la liste des services visés par le supplément d'honoraires de 30 % et est ajouté à celle des services visés par le supplément d'honoraires de 60 %.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**

6.1.4. Pédiatrie

Le nombre de suppléments de garde payable au CH des Vallées de l'Outaouais-Pavillon de Gatineau/Pavillon de Hull est augmenté à 2 par jour.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} octobre 2001**

6.1.5. Cardiologie

Le service médical codé 0764 est supprimé de la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, et le service médical codé 9304 y est ajouté.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} juillet 2001**

6.1.6. Physiatrie

Pour les services médicaux codés 9147, 9176 et 9296 visés par le supplément d'honoraires de 35 %, la date d'entrée en vigueur de ce changement est modifiée au 20 novembre 2000 au lieu du 1^{er} juillet 2001 tel que publié dans le communiqué 028/2001-06-26.

Date d'entrée en vigueur : **20 novembre 2000**

7. Renseignements administratifs

Messages modifiés

- 765** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102 ou 112 (Brochure n°1) et déjà facturé par un ou plusieurs professionnel(s).
- 766** Le code d'acte utilisé ne correspond pas à l'avis de service que vous détenez dans l'établissement visé à la Lettre d'entente 102, 112, 135 ou 138 (Brochure n°1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 841** Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures précisées à l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-35, 96, 98 ou 123 (Brochure n°1)

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

- p. j. [Partie II, Documents officiels de la Modification n° 27](#)
[Partie III, Rémunération mixte \(Annexe 38\)](#)
[Partie IV, Tableaux des codes d'acte \(Rémunération à l'acte\)](#)
- c.c. Développeurs de logiciels et
Agences commerciales de traitement de données – Médecine
Directeurs des services professionnels (CHSGS)

Partie II

Lettres d'entente

LETTRE D'ENTENTE N° 102

CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS AU SEIN DE CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS.

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs prévalant au sein de certains centres hospitaliers ;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la prestation de soins au sein de ces centres ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation a droit au montant forfaitaire suivant pour les services qu'il dispense dans sa discipline au sein de l'Hôtel-Dieu de Sorel, du CH du Centre-de-la-Mauricie (site CHRM), du CH Saint-Eustache ou du CH Anna-Laberge :

- i) pour le médecin n'œuvrant pas de façon principale dans l'un ou l'autre de ces centres et qui s'y rend afin de participer à la prestation de soins dans sa discipline, ce montant forfaitaire est de 350 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline ;

AVIS: Voir le tableau des codes d'acte et des tarifs à la page suivante.

- ii) pour le médecin œuvrant déjà de façon principale dans l'un ou l'autre de ces centres, si tel est le cas, ce montant forfaitaire est de 150 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline.

AVIS: Voir le tableau des codes d'acte et des tarifs à la page suivante.

Ce montant forfaitaire s'applique également pour le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie, pour les services qu'il dispense au CH de Chandler, au CH Beauce-Etchemin, à l'Hôtel-Dieu de Sorel, au CH du Centre-de-la-Mauricie (site CHRM) ou au CH régional du Suroît, pour le médecin spécialiste en pédiatrie pour les services qu'il dispense au CH du Centre-de-la-Mauricie (Site CHRM) ou au Complexe hospitalier de la Sagamie, pour le médecin spécialiste en radiologie pour les services qu'il dispense au CH de Val-d'Or ou au Centre de santé de la Basse Côte-Nord, pour le médecin spécialiste en chirurgie générale pour les services qu'il dispense au Réseau SSS des Aurores boréales - CH La Sarre, au CH Amqui ou au CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin, pour le médecin spécialiste en médecine interne pour les services qu'il dispense au CH Rouyn-Noranda, pour le médecin spécialiste en cardiologie pour les services qu'il dispense au CH régional de Rimouski.

2. Le montant forfaitaire mentionné à l'alinéa 1. i) ne peut être versé à plus de trois médecins par jour en anesthésie-réanimation au CH du Centre-de-la-Mauricie (site CHRM), au CH Saint-Eustache ou au CH Anna-Laberge, à plus de deux médecins par jour en anesthésie-réanimation à l'Hôtel-Dieu de Sorel, à plus d'un médecin par jour en obstétrique-gynécologie au CH de Chandler, au CH Beauce-Etchemin, au CH du Centre-de-la-Mauricie (site CHRM), à l'Hôtel-Dieu de Sorel ou au CH régional du Suroît, à plus d'un médecin par jour en pédiatrie au CH du Centre-de-la-Mauricie (site CHRM) ou au Complexe hospitalier de la Sagamie, à plus d'un médecin par jour en radiologie au CH de Val-d'Or ou au Centre de santé de la Basse Côte-Nord, à plus d'un médecin par jour en chirurgie générale au Réseau SSS des Aurores Boréales - CH La Sarre, au CH Amqui ou au CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin, à plus d'un médecin par jour en médecine interne au CH Rouyn-Noranda, à plus d'un médecin par jour en cardiologie au CH régional de Rimouski.
3. De plus, le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ou en obstétrique-gynécologie qui assume la garde en semaine dans sa discipline à l'Hôtel-Dieu de Sorel a droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.

AVIS: Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9836 (forfait en semaine à l'exception des jours fériés) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires de 50 \$ et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9836.

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

4. Les montants forfaitaires prévus à l'article 1 ne sont pas considérés aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.
5. La présente lettre d'entente s'applique pour les disciplines et établissements visés, aux dates déterminées par les parties négociantes. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte des effectifs disponibles dans ces disciplines.

AVIS: Cette lettre d'entente ne s'applique pas aux médecins bénéficiant ou ayant bénéficié du programme d'allocation de fin de carrière

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins spécialistes
du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Week-end et jours fériés		Autres jours	
	Parag. 1i)	Parag. 1ii)	Parag. 1i)	Parag. 1ii)
	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 350 \$	Codes d'acte 150 \$
Anesthésie-réanimation	9832	9834	9833	9835
Obstétrique-gynécologie	9762	9764	9763	9765
Cardiologie	9746	9748	9747	9749
Pédiatrie	9738	9740	9739	9741
Radiologie	9710	9712	9711	9713
Médecine interne	9714	9716	9715	9717
Chirurgie générale	9700	9701	9702	9703

AVIS: Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

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

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

LETTRE D'ENTENTE N° 112

CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS DANS CERTAINES DISCIPLINES ET ÉTABLISSEMENTS VISÉS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe, par le biais d'un groupe concerté, à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés.
2. Ce montant forfaitaire est de 170 \$ par jour, la semaine, le week-end et les jours fériés. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, pour chaque jour où ce médecin dispense des soins ou assume la garde dans un établissement visé.

AVIS : *Cette lettre d'entente ne s'applique pas aux médecins bénéficiant ou ayant bénéficié du programme d'allocation de fin de carrière.*

3. Seuls les groupes de médecins assurant une prestation continue des soins dans un établissement visé et ayant été reconnus comme tels par les parties négociantes peuvent se qualifier au titre du paiement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente. Le médecin qui exerce dans un établissement qui compte moins de trois médecins de sa spécialité ne peut s'inscrire comme membre d'un groupe concerté aux fins de la présente lettre d'entente, à moins d'autorisation des parties négociantes.
4. Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement visé à l'exception de la psychiatrie à l'Hôpital du Haut-Richelieu, au CH régional Baie-Comeau et au CH de la région de l'Amiante pour lesquels on applique un maximum de deux montants forfaitaires par jour.
5. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les disciplines et les établissements visés sont les suivants :

AVIS : *Les dates déterminées par les parties négociantes sont inscrites en italique dans le tableau suivant.*

ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	
Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie	Anesthésie-réanimation et chirurgie générale	98-02-22 01-10-19
Centre régional de santé et de services sociaux Baie-James (Point de service Chibougamau)	Anesthésie-réanimation et chirurgie générale	98-08-28 98-06-01
Centre hospitalier de Gaspé (Pavillon Hôtel-Dieu)	Anesthésie-réanimation, chirurgie générale et radiologie diagnostique	99-09-01 00-09-18 98-12-06
CH de Val-d'Or	Anesthésie-réanimation	99-01-29
CH Hôtel-Dieu d'Amos	Chirurgie orthopédique	00-02-01
Réseau SSS des Aurores boréales – CH La Sarre	Anesthésie-réanimation et radiologie diagnostique	99-01-29 --

ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	
Centre de santé Sainte-Famille de Ville-Marie	Anesthésie-réanimation, chirurgie générale et radiologie diagnostique	99-01-29 99-06-01 --
CLSC – CHSLD – CH de la MRC Denis-Riverin (Hôpital des Monts)	Anesthésie-réanimation	99-09-01
Hôtel-Dieu de Montmagny	Psychiatrie	99-06-01
CH de la Région de l'Amiante	Psychiatrie	99-06-01
CH régional de Baie-Comeau	Psychiatrie	99-06-15
CH Baie-des-Chaleurs	Anesthésie-réanimation	99-09-01
Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	Anesthésie-réanimation et chirurgie générale	99-09-14 00-06-04
CH de Chandler	Anesthésie-réanimation et chirurgie générale	99-09-01 01-01-10
CH d'Amqui	Anesthésie-réanimation	99-09-01
CH de Matane	Anesthésie-réanimation	99-09-01
Réseau de santé du Témiscouata – Hôpital Notre- Dame-du-Lac	Anesthésie-réanimation et chirurgie générale	99-09-01 --
Réseau Santé Kamouraska / Hôpital Notre-Dame de Fatima	Anesthésie-réanimation	99-09-01
CH de l'Archipel	Anesthésie-réanimation, psychiatrie et obstétrique-gynécologie	99-09-01 99-07-12 01-03-15
Hôpital du Haut-Richelieu	Psychiatrie (hospitalisation)	00-07-01
CH de Rimouski	Psychiatrie	00-07-01
CLSC-CH-CHSLD des Forestiers – CH de Maniwaki	Chirurgie générale et anesthésie-réanimation	00-06-05 01-02-22
Centre Maria-Chapdelaine	Anesthésie-réanimation et chirurgie générale	00-12-01 01-10-01
CH de Charlevoix	Anesthésie-réanimation	01-04-01
CH régional de Trois-Rivières	Psychiatrie	01-03-15
CH Pierre-Boucher	Pneumologie	01-01-27
CH régional du Grand-Portage	Psychiatrie	01-07-01
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	Anesthésie-réanimation	01-03-01
Centre de santé Inuulitsivik	Anesthésie-réanimation	01-03-01
Carrefour santé du Granit – CH Lac-Mégantic	Radiologie diagnostique	01-03-01
CH Beauce-Etchemin	Médecine	01-05-15
CHVO (Pavillon de Gatineau)	Pédiatrie	--
CH régional de Sept-Îles	Chirurgie orthopédique	01-10-24

6. La présente lettre d'entente s'applique, pour les disciplines et établissements visés, aux dates déterminées par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
 Ministre
 Ministère de la santé et des
 services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
 Président
 Fédération des médecins
 spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTES ET DES TARIFS

Spécialités	Montant forfaitaire quotidien En semaine, Le week-end et les jours fériés Code d'acte
	170\$
Anesthésie-réanimation	9843
Chirurgie générale	9844
Radiologie diagnostique	9845
Psychiatrie	9846
Chirurgie orthopédique	9775
Pneumologie	9721
Pédiatrie	9699
Médecine	9704
Obstétrique-gynécologie	9771

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

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

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

LETTRE D'ENTENTE N° 124

CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES FAVORISANT LE SOUTIEN DES MÉDECINS EXERÇANT DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS

CONSIDÉRANT le nombre précaire d'effectifs médicaux exerçant dans certaines disciplines et centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la récurrence des gardes en disponibilité;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures de soutien aux médecins qui exercent dans ces centres;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Peut se prévaloir des mesures suivantes, le médecin spécialiste qui se rend dans un centre hospitalier visé afin d'exercer sa discipline, le tout dans un contexte de support aux médecins spécialistes de cette discipline qui y œuvrent de façon principale.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels de la Régie en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service », n° 3121. Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.*

1.1 Il a droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, les week-ends et les jours fériés, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.

1.2 Il peut, plutôt que d'être rémunéré selon la tarification à l'acte, se prévaloir en semaine (à l'exclusion d'un jour férié), de la rémunération au per diem prévue à l'Annexe 15, selon les conditions prévues aux articles 1 à 8 de cette annexe. Toutefois, s'il exerce dans une spécialité visée par l'Annexe 38, il peut plutôt se prévaloir, pour ses activités médicales, du mode de rémunération mixte prévu à l'Annexe 38 pour sa spécialité, selon les conditions qui y sont énoncées.

2. Les disciplines et centres hospitaliers visés de même que la période d'application des mesures prévues à la présente lettre d'entente sont les suivantes :

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
CH Beauce-Etchemin	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} février 1999
	Pédiatrie	À compter du 1 ^{er} décembre 1997
	Radiologie diagnostique	À compter du 2 octobre 2000
CH Brome-Missisquoi-Perkins	Obstétrique-gynécologie	À compter du 2 octobre 2000
CH de Granby	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} octobre 1997

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
CH de la région de l'Amiante	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} octobre 1997
CH de Val-d'Or	Obstétrique-gynécologie	À compter du 17 septembre 1998
CH du Centre-de-la-Mauricie (Site CHRM)	Obstétrique-gynécologie Radiologie diagnostique	À compter du 1 ^{er} août 1998 À compter du 8 septembre 2000
CH régional Baie-Comeau	Radiologie diagnostique	À compter du 2 octobre 2000
CH de Gaspé	Médecine interne Chirurgie générale	À compter du 1 ^{er} juillet 1999 À compter du 1 ^{er} juillet 1999
CH Saint-Eustache	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} février 1999
Hôpital Sainte-Croix	Obstétrique-gynécologie	À compter du 10 décembre 1998
Hôtel-Dieu de Sorel	Obstétrique-gynécologie Chirurgie orthopédique	À compter du 1 ^{er} février 1999 À compter du 1 ^{er} avril 1999
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Chirurgie orthopédique	À compter du 1 ^{er} avril 1999
CHVO (Pavillon de Gatineau)	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} décembre 2000
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} avril 2001
CHUS	Chirurgie plastique	Du 2 au 16 mai 2001
Complexe hospitalier de la Sagamie	Hématologie Ophtalmologie*	À compter du 21 juin 2001 À compter du 27 juin 2001

* Seuls les bénéfiques prévus à l'article 1.2 s'appliquent

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Garde de 24 heures Week-end et jours fériés	Garde de 12 heures les autres jours
	Code d'acte 350 \$	Code d'acte 50 \$
Obstétrique-gynécologie		
CH Région Amiante	9277	9831
CH Beauce-Etchemin	9868	9869
CH de Granby	9839	9840
Obstétrique-gynécologie	9829	9831
CH du Centre-de-la-Mauricie (site CHRM)	9829	9331
CH Brome-Missisquoi-Perkins	9829	9831
CH de Val-d'Or	9829	9831
Hôpital Sainte-Croix	9829	9831
CH Saint-Eustache	9829	9831
Hôtel-Dieu de Sorel	9829	9831
CHVO (Pavillon de Gatineau)	9829	9831
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	9829	9831
Pédiatrie	9837	9838
Chirurgie orthopédique	9766	9767
Médecine interne	9750	9751
Chirurgie générale	9752	9753
Radiologie diagnostique	9732	9731
Chirurgie plastique	9707	9706
Hématologie	9169	9276

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

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

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

LETTRE D'ENTENTE N° 128

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ À DISTANCE EN RADIOLOGIE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre hospitalier de Jonquière au cours de la période du 22 juin au 15 octobre 2001.
2. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau au cours de la période du 24 juin au 15 octobre 2001.
3. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre hospitalier de l'Archipel au cours de la période du 22 février au 15 octobre 2001.
4. Le supplément de garde en disponibilité à distance est de 50 \$ un jour de semaine et de 200 \$ pour le samedi, le dimanche ou un jour férié.
5. Un seul supplément de garde est payable par jour, par établissement.
6. Un médecin ne peut réclamer le paiement de plus d'un supplément de garde par jour.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialité	Garde de 24 heures Week-end et jour férié	Garde de 12 heures les autres jours
	Code d'acte 200,00 \$	Code d'acte 50,00 \$
Radiologie	9774	9773

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- l'un ou l'autre des codes d'acte susmentionnés dans la case ACTES;
- le code d'établissement
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- identifier le centre hospitalier à partir duquel est effectuée la garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9774 ou 9773.
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

LETTRE D'ENTENTE N° 132

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN CHIRURGIE GÉNÉRALE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payable en semaine, les week-ends et les jours fériés au médecin spécialiste en chirurgie générale qui est établi dans un centre hospitalier visé et qui assume une garde spécifique pour les césariennes.
2. Le supplément est de 200 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 50 \$ pour les autres jours.
3. Un seul supplément de garde spécifique pour les césariennes est payable par jour, par établissement et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 40 jours par année, par établissement, pour le supplément de 50 \$, et de 21 jours par année, par établissement, pour le supplément de 200 \$.
4. Un même médecin ne peut réclamer, au cours d'une même journée, le supplément de garde prévu à la présente lettre d'entente et le supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25.
5. Les centres hospitaliers visés de même que la période d'application de la présente lettre d'entente sont les suivants :

ÉTABLISSEMENT	PÉRIODE D'APPLICATION
RSSS des Aurores Boréales – CH La Sarre	À compter du 1 ^{er} juillet 1999
Centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins	À compter du 2 octobre 2000
CLSC – CHSLD – CH de la MRC Denis-Riverin (Hôpital des Monts)	À compter du 1 ^{er} juillet 2001
Carrefour SSS de la Saint-Maurice	À compter du 1 ^{er} juillet 2001
Réseau de santé du Témiscouata – CH Notre-Dame-du-Lac	À compter du 1 ^{er} juillet 2001
Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie	À compter du 15 juin 2001

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialité	Week-end et jours fériés	Autres jours
	Code d'acte 200 \$	Code d'acte 50 \$
Chirurgie générale	9768	9769

AVIS: Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

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

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

LETTRE D'ENTENTE N° 135

CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements et disciplines qu'elles désignent.
2. Les parties négociantes désignent les disciplines et établissements visés à la présente lettre d'entente en tenant compte des critères suivants :
 - Seules les disciplines de base nécessitant une permanence sont considérées ;
 - L'établissement doit être situé dans un secteur géographiquement isolé qui rend difficile le recrutement dans la discipline visée ;
 - Aucun médecin n'exerce de façon principale dans l'établissement et la discipline désignés.
3. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux dans une discipline et un établissement désignés par les parties négociantes.
4. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

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

5. Le montant forfaitaire est de 500 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin se rend dans l'établissement désigné afin d'assurer la prestation continue des services médicaux dans sa discipline.

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

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

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

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

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

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

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

8. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale de vingt et un (21) jours au cours de l'année.

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

9. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 500 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.
10. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services médicaux au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services médicaux au cours de cette journée dans la discipline et l'établissement désignés.

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

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

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

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et de la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 135. L'autorisation du MSSS n'est pas requise*

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

AVIS : *Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).*

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

AVIS : *L'établissement doit indiquer à la Régie le nom du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 135. L'autorisation du MSSS n'est pas requise.*

12. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le lieu d'exercice principal d'un médecin est celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique.
13. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente dans une discipline ou un établissement désignés ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.
14. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente comprenant la désignation de la discipline et de l'établissement visés ainsi que la période d'application.
15. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'acte 9708 (forfait en semaine, week-end et jours fériés), dans la case ACTES ;
- le code d'établissement ;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

LETTRE D'ENTENTE N° 136

CONCERNANT L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

CONSIDÉRANT les recommandations du comité de radio-oncologie ;

CONSIDÉRANT les nouveaux investissements effectués par le Ministre pour réduire les listes d'attente en radio-oncologie ;

CONSIDÉRANT que les services de radio-oncologie de plusieurs centres hospitaliers ont été appelés à accroître leur capacité de traitement ;

CONSIDÉRANT la nécessité de rémunérer l'ensemble des professionnels de la santé concernés par la prolongation des heures de service.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin spécialiste en radio-oncologie qui prolonge sa disponibilité de service afin d'assurer le traitement des patients en radio-oncologie dans un centre hospitalier qui a été appelé à accroître sa capacité de traitement, a également droit à un forfait de 200 \$ pour chaque jour où il est ainsi appelé à prolonger sa disponibilité de service.
2. Les parties négociantes transmettent à la Régie pour chaque centre hospitalier visé, le nom des médecins spécialistes en radio-oncologie ayant prolongé leur disponibilité de service ainsi que le montant auquel ils ont droit en vertu de la présente lettre d'entente.
3. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 137

CONCERNANT LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE

CONSIDÉRANT la reconnaissance de la spécialité de la médecine d'urgence par le Collège des médecins du Québec depuis le 3 septembre 1998 ;

CONSIDÉRANT la délivrance par le Collège des médecins du Québec de certificats de spécialiste en médecine d'urgence depuis octobre 1999 ;

CONSIDÉRANT les dispositions de la lettre d'entente n° 127 concernant des mesures transitoires de rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence ;

CONSIDÉRANT la nécessité d'établir dans les meilleurs délais les différentes composantes de la rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties reconnaissent la nécessité de poursuivre leurs discussions afin d'établir les modes de rémunération et les conditions d'exercice et de rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence en tenant compte des objectifs suivants.
 - La reconnaissance de la pratique dite lourde ;
 - Une participation équitable aux activités cliniques de l'unité ; et
 - Une juste rémunération de leurs activités médico-administratives en fonction de l'achalandage et de la lourdeur de la clientèle.

Les parties réitèrent également que la rémunération du médecin spécialiste en médecine d'urgence doit rechercher l'utilisation optimale de ses compétences en favorisant la pratique en établissement auprès des usagers de l'urgence et non en cabinet privé ou d'autres lieux que les unités d'urgence.

2. Les parties conviennent que les différentes composantes de la rémunération seront définies afin de permettre, sur la base des données de rémunération de l'année 1999-2000, une rémunération moyenne de 197 000 \$ pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence qui satisfont aux critères de gains de pratique minimums.
3. Les parties conviennent que d'ici à l'adoption de ces différentes composantes de la rémunération, les médecins spécialistes en médecine d'urgence demeurent rémunérés selon les dispositions de la lettre d'entente n° 127. De plus, un montant forfaitaire compensatoire est versé à chaque médecin spécialiste en médecine d'urgence, à compter de la date de sa certification, ou au plus tôt à compter du 1^{er} avril 2000, si la date de certification est antérieure au 1^{er} avril 2000. Ce montant forfaitaire est équivalent à 19,4 % de l'ensemble des honoraires versés au médecin par la Régie à compter de cette date, à l'exception des honoraires gagnés en cabinet privé et de ceux gagnés pour des 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.

Aux fins du calcul du montant forfaitaire compensatoire, les honoraires sont ajustés, le cas échéant, à compter de l'année 2001-2002, pour chaque période visée du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante, sur la base de la tarification applicable le 1^{er} juillet 2001.

4. Les parties négociantes transmettent à la Régie le montant auquel a droit chaque médecin spécialiste en médecine d'urgence.
5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE n° 138

CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CENTRE DE SANTÉ SAINTE-FAMILLE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.
2. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.
3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

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

4. Le montant forfaitaire est de 500 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin assure la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour.

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 500 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.
9. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services au cours de cette journée.

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

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

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

AVIS: *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et de la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 138. L'autorisation du MSSS n'est pas requise.*

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

AVIS: Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).

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

AVIS: L'établissement doit indiquer à la Régie le nom du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 138. L'autorisation du MSSS n'est pas requise.

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

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

12. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.
13. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.
14. Le montant forfaitaire prévu à l'article 4 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS: Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'acte 9028 (forfait en semaine, week-end et jours fériés), dans la case ACTES ;
- le code d'établissement ;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

LETTRE D'ENTENTE A-48

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS RADIOLOGISTES

1. La Régie assure la rémunération des médecins radiologistes pour les mammographies de dépistage qui ont été effectuées et qui n'ont pu être rémunérées en raison de la fréquence de dispensation de ces services.
2. Les parties négociantes avisent la Régie du nom des médecins radiologistes concernés et du montant devant leur être versé.
3. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la santé et des
services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Partie III

Rémunération mixte

(Annexe 38)

1. Tableaux des suppléments d'honoraires remplacés

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	
%	Services médicaux visés
65 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9148, 9152, 9164 et 9246.
70 %	Les services médicaux codés 3017, 3020, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3035, 3036, 3120, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3162, 3178, 3179, 3180, 3181, 3195, 3196, 3232, 3240, 3252, 3311, 3312, 3313, 3314, 3317, 3357, 3362, 3365, 3370, 3372, 3373 et 3374.
90 %	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans, à l'exception des services médicaux codés 0080, 8925, 9148, 9152, 9164 et 9246.

ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	
%	Services médicaux visés
30 %	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 0080, 0915, 8925, 9135, 9145, 9148 et 9246.
45 %	Les services médicaux, codés 9095 et 9096.
63 %	Tous les services médicaux de 12 unités de base et plus.
70 %	<p>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.</p> <p>Les services médicaux codés 0489, 0515, 0519, 0585, 0901, 0902, 0903, 0914, 3019, 9150, 9160, 9362 et 9363 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs non reconnus en vertu de l'annexe 29.</p> <p>Les services médicaux codés 0123, 0170, 0176, 0251, 0435, 0469, 0515, 0530, 0542, 0575, 0559, 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.</p> <p>Tous les services médicaux dispensés dans les centres de douleur chronique des centres hospitaliers suivants, à l'exception des services codés 0080, 0915, 8925, 9135, 9145, 9148 et 9246:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CHUQ: Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval (42131) ▪ CHUM: Campus Hôtel-Dieu (40061) et Campus Notre-Dame (40201) ▪ CUSM (Centre universitaire de santé McGill) (40181) ▪ L'Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis (40111) ▪ Hôpital Maisonneuve-Rosemont: Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux (40151) ▪ Hôpital Royal Victoria (40251) ▪ Hôpital Saint-Justine (40341) ▪ L'Hôpital de Montréal pour enfants (40171) ▪ Hôtel-Dieu de Lévis (43001) ▪ Cité de la Santé de Laval (40441) ▪ Hôpital Charles-Lemoyne (40951)
100 %	<p>Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.</p> <p>Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.</p>

Modalités particulières :

Le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation qui réclame le paiement du supplément d'honoraires de 70 %, 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 70 %. Le code d'établissement 4XXX1 doit être **utilisé exclusivement** par le médecin anesthésiologiste qui est autorisé au mode de rémunération mixte dans un des établissements identifiés ci-dessus.*

Partie IV

Tableaux des codes d'acte (Rémunération à l'acte)

1. **Changements de tarifs:** entrée en vigueur au **1^{er} novembre 2001** à moins d'une date différente précisée pour un tableau spécifique.

1.1. Anesthésie-réanimation

LA VALEUR DE L'UNITÉ D'ANESTHÉSIE EST DE 12,05 \$

1.2. Procédés diagnostiques et thérapeutiques

Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2
0325	C-59	----	4	0320	C-59	----	4	0731	C-59	----	4
0327	C-60	----	4								

1.3. Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses

Code d'acte	Page	R=1	R=2
1172	F-4	16,50	

1.4. Respiratoire

Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2
3042	H-6	----	5	3035	H-8	----	5

1.5. Système cardiaque: entrée en vigueur rétroactive au 30 janvier 2001

Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2
4508	J-2	484,00	--	4509	J-2	181,00	--	4510	J-2	423,00	--
4511	J-2	4 233,00	--	4512	J-2	181,00	--	4513	J-2	847,00	--
4514	J-2	248,00	--	4519	J-3	121,00	--	4522	J-3	375,00	--
4523	J-3	423,00	--	4524	J-3	484,00	--	4526	J-3	544,00	--
4527	J-3	544,00	--	4528	J-3	2 419,00	--	4529	J-3	4 233,00	--
4490	J-3	60,00	--	4491	J-3	121,00	--	4493	J-3	121,00	--
4494	J-3	212,00	--	4495	J-3	242,00	--	4497	J-3	2 117,00	--
4498	J-3	91,00	--	4533	J-3	302,00	--	4537	J-4	847,00	--
4538	J-4	968,00	--	4542	J-4	929,00	--	4543	J-4	968,00	--
4544	J-4	242,00	--	4545	J-4	1 089,00	--	4546	J-4	2 328,00	--
4547	J-4	2 117,00	--	4548	J-4	3 024,00	--	4550	J-4	726,00	--
4551	J-4	968,00	--	4554	J-4	968,00	--	4555	J-4	1 210,00	--
4553	J-4	1 210,00	--	4556	J-4	484,00	--	4557	J-4	630,00	--
4558	J-4	630,00	--	4559	J-4	242,00	--	4561	J-5	726,00	--
4562	J-5	968,00	--	4563	J-5	1 089,00	--	4564	J-5	302,00	--
4567	J-5	629,00	--	4568	J-5	813,00	--	4569	J-5	1 633,00	--
4570	J-5	2 177,00	--	4571	J-5	929,00	--	4572	J-5	1 814,00	--
4573	J-5	2 419,00	--	4576	J-5	1 210,00	--	4577	J-5	1 814,00	--
4578	J-5	968,00	--	4579*	J-5	1 814,00	--	4581	J-5	1 814,00	--
4582	J-5	968,00	--	4583	J-5	1 210,00	--	4584	J-6	1 814,00	--
4585	J-6	605,00	--	4587	J-6	605,00	--	4588	J-6	605,00	--
4590	J-6	3 629,00	--	4591	J-6	3 024,00	--	4592	J-6	2 056,00	--
4593	J-6	1 451,00	--	4594	J-6	1 633,00	--	4847	J-6	363,00	--

Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2
4848	J-6	484,00	--	4849	J-6	605,00	--	4850	J-6	605,00	--
4854	J-6	242,00	--	4855	J-6	315,00	--	4856	J-6	315,00	--
4860	J-6	393,00	--	4861	J-6	484,00	--	4862	J-6	575,00	--
4863	J-6	605,00	--	4864	J-6	635,00	--	4865	J-6	695,00	--
4595	J-6	302,00	--	4596	J-7	605,00	--	4597	J-7	302,00	--
4598	J-6	1 451,00	--	4601	J-7	786,00	--	4602	J-7	968,00	--
4603	J-6	1 150,00	--	4604	J-7	1 210,00	--	4605	J-7	1 270,00	--
4606	J-6	1 390,00	--	4600	J-7	363,00	--	4607	J-7	91,00	--
4611	J-6	121,00	--	4612	J-7	151,00	--	4608	J-7	248,00	--
4609	J-6	302,00	--	4610	J-7	1 210,00	--	4620	J-8	242,00	--
4622	J-8	605,00	--	4630	J-9	1 210,00	--	4631	J-9	2 419,00	--
4632	J-9	726,00	--	4633	J-9	423,00	--	4634	J-9	726,00	--
4637	J-9	847,00	--	4638	J-9	968,00	--	4639	J-9	1 210,00	--
4640	J-9	484,00	--	4641	J-9	605,00	--	4642	J-9	1 814,00	--
4643	J-9	363,00	--	4644	J-9	726,00	--	4647	J-9	1 814,00	--
4648	J-9	1 451,00	--	4650	J-10	1 693,00	--	4651	J-10	363,00	--
4652	J-10	726,00	--	4655	J-10	1 451,00	--	4785	J-14	----	5

* Le maximum d'honoraires pour le service codé 4579 lorsque combiné à tout autre service médical à la même séance, passe à 3 100,00 \$ au 30 janvier 2001.

1.6. Digestif

Code d'acte	Page	R=1	R=2	Code d'acte	Page	R=1	R=2
5258	L-13	----	5	5248	L-13	----	5

1.7. **Génital Mâle:** entrée en vigueur rétroactive au **1^{er} juillet 2001** pour le rôle 1.

Code d'acte	Page	R=1	R=2
6243	N-6	922,00	10

1.8. Glandulaire

Code d'acte	Page	R=1	R=2
6076	R-2	----	4

1.9. Auditif

Code d'acte	Page	R=1	R=2
7270	U-4	----	7

2. Nouveaux codes d'acte

Tarification des visites: Microbiologie-Infectiologie

Code d'acte	Page	Remarque	Libellé	R = 1
9032*	B-55	Entre les codes d'acte 9044 et 9045: EXTERNE: antibiothérapie parentérale ambulatoire	Planification du traitement	50,00
9020*	B-56	Entre les codes d'acte 9109 et 9130: local sous gestion du gouvernement: Antibiothérapie parentérale ambulatoire	Planification du traitement	50,00

* Avis: voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 – Microbiologie - Infectiologie

Procédés diagnostiques et thérapeutiques

Code d'acte	Page	Remarque	Libellé	R = 1
0647	C-61	Sous le code d'acte 0622	Exsanguino-transfusion (chacune)	125,00 *

* En établissement seulement.

Appareil visuel

Code d'acte	Page	Remarque	Libellé	R = 1
7320	T-5	Entre les codes d'acte 7312 et 7314: Rétine: réparation	Thérapie photodynamique: Traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne)	150,00

3. Nouveaux codes d'actes de forfaits de garde en disponibilité introduits aux lettres d'entente suivantes et dont les dates d'entrée en vigueur sont spécifiques aux spécialités et aux établissements concernés

Lettre d'entente	Spécialité	Code d'acte	Tarif
102	Chirurgie générale – week-end et jours fériés, par. 1i)	9700	150 \$
102	Chirurgie générale - week-end et jours fériés, par. 1ii)	9701	150 \$
102	Chirurgie générale – autres jours, par. 1i)	9702	350 \$
102	Chirurgie générale – autres jours, par. 1ii)	9703	150 \$
112	Obstétrique-gynécologie	9771	170 \$
112	Médecine multidisciplinaire *	9704	170 \$
112	Pédiatrie – semaine, week-end et jours fériés	9699	170 \$
124	Hématologie – week-end et jours fériés	9169	350 \$
124	Hématologie – semaine	9276	50 \$
138	Chirurgie générale	9028	500 \$

4. Codes d'actes dont le libellé et/ou une note spécifique est modifié(e) ou ajouté(e) et/ou dont le tarif ou le nombre d'unités est modifié

Code	Référence (page)	Commentaires	Code	Référence (page)	Commentaires
0765	C-47	Libellé: ajout de (PG-23)	0909	D-9	Libellé: ajout de (PG-23)
0995	D-9	Libellé: ajout de (PG-23)	8144	V-19	Ajout du cabinet privé agréé par les parties négociantes comme lieu de dispensation de ce service Date d'entrée en vigueur: 1 ^{er} avril 2000

5. Annexe 29 – Procédés diagnostiques et thérapeutiques

5.1. Liste des actes inclus dans le forfait de prise en charge d'un patient

«4.4 Le forfait de prise en charge d'un patient comprend les procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) suivants, lorsqu'ils sont accomplis sur les lieux de l'unité visée:

- 0148 Aspiration duodénale ou intestinale
- 0149 Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage
- 0302 Cathétérisme vésical d'urgence
- 0336 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : artérielle (périphérique)
- 0337 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : veineuse
- 0439 Érythrocytaphérèse, bénéficiaire de moins de 14 ans
- 0440 Érythrocytaphérèse, bénéficiaire de plus de 14 ans
- 8458 Analyse de saturation en oxygène
- 0432 Injection de médicament par intubation trachéobronchique
- 0639 Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire
- 0777 Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence
- 0522 Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)
- 0585 Ponction artérielle pour prélèvement sanguin
- 0654 Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie
- 0751 Drainage veine fémorale ou jugulaire
- 0901 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant
- 9304 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz

Aucun médecin autre que celui qui reçoit le forfait de prise en charge d'un patient ne peut recevoir une rémunération pour la dispensation de ces PDT à l'égard de ce patient sauf à l'égard des procédés diagnostiques et thérapeutiques suivants, lorsqu'ils sont rendus dans une unité de soins intensifs pédiatriques:

- 0901 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant
- 9304 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz
- 0336 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter: artérielle (périphérique)
- 0337 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter: veineuse

Le forfait de prise en charge d'un patient comprend l'honoraire que le médecin pourrait autrement réclamer pour une réanimation cardio-respiratoire, sauf lorsqu'elle est faite durant la période située entre 19h00 et 07h00, quel que soit le jour visé.

Les autres médecins peuvent, en tout temps, réclamer le paiement de l'honoraire prévu pour la réanimation cardio-respiratoire.»

5.2. Actes inclus dans le forfait de prise en charge de l'unité

ANNEXE

Tarification des actes inclus dans le forfait de prise en charge de l'unité

Actes inclus:

0301	Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement
0307	Cathétérisme artère ombilicale: mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement
0276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie
0277	Drainage thoracique fermé par pleurotomie, pleurodèse, supplément
0489	Cardioversion électrique ou défibrillation
0530	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire
0573	Tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon
0574	Tamponnade oesophago-gastrique: supervision par jour
0582	Ponction abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques
0597	Ponction péricardique
0611	Ponction: vessie
0615	Traitement de pneumothorax: ponction évacuatrice
0616	Traitement de pneumothorax: aiguille et drainage continu
0350	ECG dynamique (bande de 24 heures)
***	Insertion d'un cathéter dans la veine-cave : patient de + de 16 ans *** (voir actes codés 0903, 0994, 9306)
***	Insertion d'un cathéter dans la veine-cave : patient de - de 16 ans *** (voir actes codés 0902, 0993, 9305)
0343	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables, initiation ou vérification du traitement, par patient, maximum 4 par patient, par période de 12 mois
9316	Insulinothérapie: perfusion continue d'insuline, par jour
9334	Mise en place d'un cathéter péricardique
9335	Administration de médicaments dans un cathéter péricardique
9418	Ponction pleurale