

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

Québec 
Régie de
l'assurance maladie
du 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 29 juin 2000

À l'attention des directeurs des services professionnels et des chefs de département clinique de médecine générale des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) visés par la présente entente

Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés(CHSGS)

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu de *l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés*. Les dispositions entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2000**, sous réserve des approbations gouvernementales.

Le présent communiqué contient des informations relativement à cette entente ainsi que des instructions de facturation qui permettront aux médecins omnipraticiens œuvrant dans votre établissement, dans le cadre de cette entente, de pouvoir être rémunérés adéquatement. Vous trouverez donc, ci-joint, le texte de ladite entente, lequel contient les avis administratifs pertinents. De plus, le communiqué fait le point sur l'ajout et les modifications de messages explicatifs. Les textes officiels et les renseignements administratifs seront intégrés dans la prochaine mise à jour du Manuel et de la Brochure n° 1 des médecins omnipraticiens.

Nous comptons sur votre collaboration pour informer les médecins concernés des modalités de cette nouvelle entente particulière et des modalités de facturation. (Le communiqué est transmis aux établissements visés et sera transmis aux médecins concernés lors de la confirmation de leur inscription dans le cadre de cette entente particulière).

FAITS SAILLANTS

- Rémunération selon un forfait quotidien de 500 \$, auquel s'ajoute 35 % du tarif des services médicaux, y compris 35 % du forfait octroyé pour des services dispensés dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs lorsque cela s'applique;
- **Période minimale de huit heures de services dispensés sur place** ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente;
- Les établissements sont désignés par accord des parties;
- L'établissement **doit** transmettre à la Régie des **avis de service**, afin d'informer cette dernière des noms des médecins visés;
- Les médecins effectuant du dépannage dans les établissements visés par l'Entente sont rémunérés selon les modalités de rémunération prévues à cette Entente, et les forfaits qu'ils utilisent font partie des forfaits alloués à l'établissement;
- Les médecins ayant des droits acquis et ne désirant pas se prévaloir de la rémunération prévue, sont désignés par le comité paritaire.

MESSAGES EXPLICATIFS

Nouveaux messages

- 194 : Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés).
- 255 : Selon la nomination que vous détenez dans l'établissement, vous ne pouvez réclamer ce forfait ou utiliser ce modificateur que les samedi et dimanche (Réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés).
- 294 : Les honoraires demandés ont été refusés : le nombre maximum prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés).

Messages explicatifs modifiés

- 217 : Seul le médecin autorisé à se prévaloir des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession au CH régional de Sept-Îles (MOD 121) ou de l'entente particulière auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (MOD 126) ou l'Annexe XVIII (MOD 125) peut demander 35 % des honoraires pour les services médicaux rendus dans ces établissements.
- 766 : Vous ne détenez pas d'avis de service vous permettant d'être rémunéré pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement (réf. : Entente particulière au CH régional de Sept-Îles, Annexe XVIII ou Entente particulière auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés).

Modifications d'avis

À l'attention des médecins rémunérés à honoraires fixes qui détiennent une nomination spécifique dans un établissement

Veillez noter que les avis suivants sont modifiés pour tenir compte des spécificités de cette entente particulière :

1. L'**AVIS** sous l'article **15.05 b)** de l'entente générale, est modifié en **ajoutant** la phrase suivante :

- Le médecin en CLSC, rémunéré à honoraires fixes, qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services dans un CHSGS visé par l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, doit se conformer aux instructions énoncées à cette entente particulière.

2. L'**AVIS** sous l'article **1.1** de la lettre d'entente **n° 77** est modifié en **ajoutant** la phrase suivante :

- Le médecin, rémunéré à honoraires fixes, qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services dans un CHSGS visé par l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, doit se conformer aux instructions énoncées à cette entente particulière.

Ce communiqué doit être conservé jusqu'à la réception de la prochaine mise à jour.

Il est à noter que ce communiqué ainsi que ses annexes sont disponibles dans le site Internet de la Régie.

Pour des renseignements supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec vos agents de liaison respectifs qui se feront un plaisir de répondre à vos questions.

Source : Direction de la normalisation et des services techniques
Comm. 032/00-06-29

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

ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION AUPRÈS DES MALADES ADMIS EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie, intervenue le 1^{er} septembre 1976, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des patients admis dans un établissement dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et qui opère un service d'urgence de première ligne ;

1.02 À moins d'indication contraire, cette entente couvre tous les services dispensés par les équipes de médecins responsables de l'ensemble des services professionnels à dispenser dans le centre hospitalier, à l'exception du service d'urgence. Elle peut couvrir également, avec l'autorisation du comité paritaire, une unité ou un service déjà couvert par une autre entente particulière. Dans ce cas, les modalités d'adhésion à cette dernière entente particulière devront être révisées pour exclure l'unité ou le service couvert par la présente entente ;

1.03 L'annexe 1 ci-jointe fait état de la liste des établissements désignés par accord des parties aux fins de la présente entente. Elle précise également les unités ou services exclus de l'application de cette entente. Elle fait état du nombre de forfaits alloués pour une année d'application.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente entente et par la désignation de l'établissement, lesquelles comprennent notamment :

- a) la dispensation des services médicaux ;
- b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient ;
- c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient ;
- d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier ;
- e) les gardes afférentes à ces activités, selon les modalités déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

4.00 FORMULE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Les modalités de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 couvre une période minimale de services dispensés sur place dans les unités couvertes par la présente entente de huit (8) heures ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente ;

4.02 Le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière est rémunéré selon un forfait quotidien de 500 \$;

AVIS : Veuillez utiliser le formulaire "Demande de paiement – Médecin" #1200 en y inscrivant, dans les cases appropriées, les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'acte 9778 dans la case CODE de la section "Actes"
- le code d'établissement à l'exception des unités exclues ;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS ;

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

4.03 À ce forfait s'ajoute 35 % de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait quotidien prévu à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs. Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur ;

AVIS : Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section "Actes" du formulaire "Demande de paiement – Médecin" #1200, en y inscrivant :

- le modificateur 126 ou un de ses multiples pour chaque service médical rendu ;
- les honoraires demandés en les calculant à 35 % du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu).

Les multiples du modificateur 126 sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 – 126	MOD = 270	0,175
093 – 126	MOD = 271	0,35
094 – 126	MOD = 272	0,35

4.04 Malgré les paragraphes précédents, l'entente générale continue de s'appliquer pour la rémunération des services suivants :

4.04.1 Les services reliés à un accouchement énumérés dans la partie "obstétrique" de l'annexe V et identifiés, aux fins de l'application du présent sous-paragraph, par le comité paritaire. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste de ces actes ;

AVIS : Les codes des actes d'obstétrique à 100 % sont les suivants :
6901 ; 6903 ; 6907 ; 6914 ; 6916 ; 6919 ; 6921 ; 6922 ; 6923 ; 6925 ; 6933 ; 6935 ;
6942 ; 6943 ; 6944.

4.04.2 Les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité ;

AVIS : Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case CS.

4.04.3 De façon exceptionnelle, et en dehors des journées pendant lesquelles le médecin reçoit une rémunération en vertu de la présente entente, les services dispensés à la demande d'un patient ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du centre hospitalier ;

AVIS : Inscrire la lettre « N » dans la case CS (Voir la section 4.2.7 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » de votre manuel.

4.05 Le médecin qui, pour une journée, se prévaut des conditions de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 des présentes, est soumis, pour la journée en cause, aux restrictions suivantes :

4.05.1 Il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont soumises à l'application du modificateur de 35% apparaissant au paragraphe 4.03 de la présente entente ;

4.05.2 Il est rémunéré à 35% du tarif des actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente ;

4.05.3 Malgré les sous-paragraphes 4.05.1 et 4.05.2, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8 h à 16 h ;

4.05.4 En dehors de la période de 8 h à 17 h, le médecin peut exercer en cabinet ou dans un autre établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière.

4.06 Tout médecin d'un établissement adhérent à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans cet établissement, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS ni se prévaloir du supplément de responsabilité. Cette disposition vaut également pour le médecin qui ne se prévaut jamais des dispositions des sous-paragraphes 4.02 et 4.03 ;

4.07 Il peut se prévaloir des dispositions de l'Entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation ou de maintien à domicile d'un CLSC. Cette disposition vaut également pour les journées où le médecin se prévaut des dispositions prévues aux sous-paragraphes 4.02 et 4.03. La rémunération prévue à cette entente relative à la garde en disponibilité n'est pas soumise à l'application du modificateur de 35 % apparaissant au paragraphe 4.03 de la présente entente ;

4.08 Sous réserve des dispositions prévues à la présente entente, les conditions générales prévues à l'Entente s'appliquent, notamment les suivantes :

4.08.1 La rémunération versée, forfait et pourcentage du tarif des examens et consultations, continue d'être majorée de 10 % dans le cadre de la tournée quotidienne lorsque celle-ci s'effectue un samedi, un dimanche ou un jour férié conformément aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9 A du Préambule général au tarif ;

AVIS : Pour la majoration de 10 % du forfait (9778), veuillez utiliser le modificateur 045 . Pour les services identifiés au sous-paragraphe 2.2.9A, veuillez utiliser les modificateurs suivants :		
Modificateur multiple	Combinaison de modificateurs	
273	045 – 126	0,38500
306	045 – 094 – 126	0,38500

4.08.2 La rémunération prévue au présent article constitue une rémunération de base et est donc sujette à l'application du règlement sur la rémunération différente durant les premières années d'exercice ainsi que des dispositions de l'Annexe XII de l'entente générale ;

4.09 Le médecin visé par les dispositions des sous-paragraphes 4.02 et 4.03 doit s'assurer que l'établissement transmet, à cet effet, un avis de service à la Régie.

AVIS : <i>L'établissement doit transmettre à la Régie un avis de service ; le médecin visé par ces dispositions doit retenir sa facturation jusqu'à la réception d'une lettre de confirmation d'inscription par la Régie.</i>

5.00 DROITS ACQUIS

5.01 Un médecin peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, aux conditions édictées par le comité paritaire, choisir de maintenir le mode de l'acte s'il détenait une nomination de l'établissement à la date de l'adhésion de l'établissement à la présente entente. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'établissement à la présente entente ;

5.02 Un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son établissement de cette entente particulière. Le maintien de son mode de rémunération n'est possible, cependant, que les journées pendant lesquelles il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés aux présentes. Il agit, alors, comme consultant auprès de l'unité ou du service antérieurement couvert par l'entente particulière dont l'établissement s'est retiré. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'établissement à la présente entente ;

5.03 Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'établissement en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale au moment de l'adhésion de l'établissement à la présente entente et qui fait partie des médecins responsables des soins aux malades admis peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis du lundi au vendredi de chaque semaine. Les samedi et dimanche, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 de la présente entente.

AVIS : A) Rémunération à honoraires fixes pour les soins dispensés du **lundi au **vendredi** (excluant les journées fériées) :**

- Utiliser les codes d'activités suivants et préciser l'établissement dans la partie « Renseignements complémentaires » de votre demande de paiement :
 - 7015 (Examens relatifs à l'hépatite C) ;
 - 7016 (Examens et consultations d'urgence, **sans** déplacement) ;
 - 7017 (Examens et consultations d'urgence, **avec** déplacement) ;
 - 7030 (Services cliniques) ;
 - 7032 (Rencontres multidisciplinaires) ;
 - 7037 (Planification, programmation, évaluation) ;
 - 7043 (Tâches médico-administratives et hospitalières (à préciser par le médecin)) ;
 - 7055 (Communications (proches, tiers, intervenants du réseau de la Justice)) ;
 - 7063 (Garde sur place) ;
 - 7079 (Services anesthésiques et obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)).

B) Rémunération à honoraires fixes pour les soins dispensés les **samedi, **dimanche** et **journées fériées** :**

Avec les conditions de 15.05 b) de l'entente rencontrées :

- Les heures donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci.
- Utiliser le secteur de dispensation 15 et les codes d'activités suivants :
 - 7015 (Examens relatifs à l'hépatite C) ;
 - 7016 (Examens et consultations d'urgence, **sans** déplacement) ;
 - 7017 (Examens et consultations d'urgence, **avec** déplacement) ;
 - 7030 (Services cliniques) ;
 - 7063 (Garde sur place).
- Préciser l'établissement dans la partie « Renseignements complémentaires » de votre demande de paiement.

Sans les conditions de 15.05 b) rencontrées :

- Vous référer aux instructions décrites en A).

N.B. : Ces instructions s'appliquent aux services rendus à compter du 1^{er} juillet 2000 ;

Cette facturation accompagne la facturation habituelle du professionnel relative au contrat qu'il détient en CLSC.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'établissement ;

5.04 Le comité paritaire désigne, nommément, par accord, les médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 5.01, 5.02 et 5.03.

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le nombre de forfaits alloués pour une année d'application est basé sur le nombre d'équipes médicales requises pour dispenser la totalité des services visés aux présentes pour une journée. Ce nombre de forfaits est, pour la première année d'adhésion de l'établissement à la présente entente, déterminé au prorata des mois couverts dans la première année d'application ;

6.02 Le nombre de forfaits alloués pour une année d'application est établi par le comité paritaire en fonction, notamment, des critères suivants :

- a) le nombre de lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens en soins aigus et à l'unité des soins intensifs ;
- b) le nombre de lits dans les autres unités couvertes, selon les options exercées, par la présente entente ;
- c) le nombre de médecins qui se sont prévalus de l'article 5.00 ;
- d) la nature et le volume d'activités médicales à l'unité de médecine de jour;
- e) les variations saisonnières observées dans l'activité hospitalière ;

6.03 Le nombre de forfaits autorisés est réparti par le chef du département clinique de médecine générale entre les médecins ;

6.04 Le chef du département clinique de médecine générale comptabilise, sur une base régulière, le nombre de forfaits utilisés et en informe trimestriellement le comité paritaire au plus tard le 15 du mois suivant la fin d'un trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale;

6.05 Par accord des parties, le nombre de forfaits alloués par année peut être réévalué, en tout temps, sur une base régulière ou pour une période déterminée si le comité paritaire le juge nécessaire pour répondre aux besoins de l'établissement ;

6.06 Une année d'application, au sens de la présente entente, débute le 1^{er} juin de chaque année.

7.00 DÉPANNAGE

7.01 Le médecin qui, dans le cadre du mécanisme de dépannage, exerce auprès des unités couvertes par la présente entente est rémunéré selon les modalités qui y sont prévues et les forfaits qu'il utilise sont comptabilisés aux fins de l'article précédent.

AVIS : *Se référer aux modalités de facturation inscrites sous les paragraphes 4.02, 4.03, 4.04.2 et 4.08.1.
Tous les services réclamés par le médecin doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire #1200, y compris les examens et consultations.*

La présente disposition s'applique malgré le paragraphe 2.01 de l'annexe XVIII. Les autres dispositions de cette annexe ainsi que celles de l'article 30.00 de l'entente générale continuent de s'appliquer à ce médecin dépanneur.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale afin que ce comité :

- a) fasse des recommandations aux parties quant à la désignation des établissements et des programmes ou unités couverts par l'entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à sa désignation ;
- b) détermine le nombre de forfaits annuels sur la base du nombre d'équipes requises pour dispenser la totalité des services visés aux présentes ;
- c) voit à évaluer la mise en œuvre de la présente entente particulière, en fait le suivi et l'analyse ;
- d) recommande aux parties le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 5.00 de la présente entente.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

9.01 Cette entente ne peut devenir effective qu'avec l'accord de l'établissement visé au paragraphe 1.01 des présentes, et l'appui de la majorité des médecins qui y exercent leur profession sur une base régulière auprès des malades admis;

9.02 L'établissement peut demander de se retirer de l'entente avec l'appui de la majorité des médecins qui y exercent leur profession sur une base régulière auprès des malades admis.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____

ce ____e jour de _____ 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
Des Services sociaux

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