

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 7 octobre 2002

À l'attention des directeurs des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) visés par la présente entente et des médecins omnipraticiens concernés

Entente particulière - Malade admis en certains 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. Cette entente remplace celle qui était en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2000 et prend effet le 1^{er} juillet 2002. Le texte paraphé de l'entente particulière (E.P.) est joint en [Partie II](#).

■ PRINCIPAUX CHANGEMENTS PAR RAPPORT À L'E.P. DE JUILLET 2000 :

- ◆ Forfait régulier alloué sur une base quotidienne plutôt qu'annuelle (paragr. 1.05, 6.01);
- ◆ Précision à l'effet que l'E.P. **couvre** les services dispensés aux patients admis en soins de courte durée et qu'elle **ne couvre pas** les services rendus à l'urgence, en hébergement et soins de longue durée et en soins psychiatriques (OXXX1, OXXX2, OXXX4, OXXX5, OXXX7, OXXX8) (paragr. 1.02, 1.03);
- ◆ Choix entre deux formules de rémunération (paragr. 4.01, 4.02) :
 - Régime A : forfait de 500 \$ + 35 % du tarif des actes, période minimale de 8 heures de services sur place incluant la garde en disponibilité afférente;
 - Régime B : forfait de 300 \$ + 70 % du tarif des actes, période minimale de 8 heures de services sur place incluant la garde en disponibilité afférente;
- ◆ Possibilité d'un demi-forfait (paragr. 4.01, 4.03) :
 - Régime A : demi-forfait de 250 \$ + 35 % du tarif des actes, période minimale de 4 heures, entre 8 h et 13 h, de services sur place incluant la garde en disponibilité afférente;

- Régime B : demi-forfait de 150 \$ + 70 % du tarif des actes, période minimale de 4 heures, entre 8 h et 13 h, de services sur place incluant la garde en disponibilité afférente;
- ◆ Remplacement de la majoration de 50 \$ payable au médecin qui assume des tâches additionnelles en situation de pénurie d'effectifs par une majoration de 10 % du forfait régulier quotidien (paragr. 4.10).
- ◆ **Rappel** : en ce qui a trait aux services rendus durant la journée de travail couverte par la présente E.P., nous vous rappelons que les actes sont rémunérés à 35 % ou à 70 % du tarif, même s'ils sont effectués dans une unité exclue. Cependant, les services suivants sont payés selon l'entente générale ou une entente particulière : les services visés au paragraphe 4.05 de la présente E.P., les services à l'urgence de première ligne effectués en dehors de la période de 8 h à 16 h (après 12 h dans le cas du demi-forfait), les services rendus en cabinet ou dans un autre établissement en dehors de la période de 8 h à 17 h et, dans le cas du demi-forfait, les services en cabinet, dans un autre établissement, dans un service ou une unité non visé par la présente E.P., effectués en dehors de la période de 8 h à 13 h.

■ NOUVELLES MODALITÉS D'APPLICATION

Vous trouverez dans le texte paraphé en Partie II tous les avis nécessaires à la facturation des médecins. Nous attirons toutefois votre attention sur les nouvelles modalités d'application relativement aux changements apportés par l'E.P.

- 1) Code **19018** pour réclamer le forfait dans le cadre du Régime B (voir *AVIS*, page 3/9);
- 2) Nouveau modificateur **151** et ses multiples pour réclamer les services médicaux dans le cadre du Régime B;
- 3) Codes **19007** (Régime A) et **19019** (Régime B) pour réclamer le demi-forfait (voir *AVIS* sous 4.03, page 4/9);
- 4) Pour réclamer la majoration de 10 %, utiliser le modificateur **145** (voir *AVIS*, page 6/9).

■ AUTRES RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Suite à l'entrée en vigueur de cette nouvelle version de l'E.P. - Malades admis en certains CHSGS, les modifications suivantes doivent être apportées :

Modifications au libellé des messages explicatifs 217 et 653

- 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 auprès des malades admis en certains CHSGS - Régime A (MOD 126) - Régime B (MOD 151) ou de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut demander 35 % ou 70 % des honoraires selon le cas pour les services médicaux rendus dans ces établissements.
- 653** Conformément à l'article 2.10 de l'Annexe XVIII ou à l'article 7.00 de l'Entente particulière malades admis en certains CHSGS, vous ne pouvez facturer le code d'acte inscrit sur la demande de paiement.

Ajout du nouveau message 293

- 293** Les honoraires demandés ont été refusés : le maximum d'un seul demi-forfait par jour est dépassé (réf. : Entente particulière auprès des malades admis en certains CHSGS).

Changements à effectuer dans votre Manuel de facturation

- Onglet « Rédaction de la demande de paiement », page 26, ajouter :

1 ^{re} colonne	2 ^e colonne	3 ^e colonne
50 - 151	292	0,35
93 - 151	293	0,70
94 - 151	294	0,70
45 - 151	295	0,77
45 - 94 - 151	312	0,77

- Même onglet, page 27, sous Malades admis - CHSGS, le texte se lit désormais comme suit :

Rémunération à 35 % du tarif – Régime A (paragraphe 4.02 et 4.03 de l'entente particulière)MOD = 126

Rémunération à 70 % du tarif – Régime B (paragraphe 4.02 et 4.03 de l'entente particulière)MOD = 151

Majoration de 10 % du forfait (P.g. 2.2.9 A et paragraphe 4.09.01 de l'entente particulière)MOD = 045

Majoration de 10 % du forfait régulier : Régime A (9778), Régime B (19018) situation de pénurie d'effectifsMOD = 145

■ RÉVISION

La RAMQ procédera, s'il y a lieu, à une révision des demandes de paiement concernant les services rendus depuis le 1^{er} juillet 2002.

Ce communiqué ainsi que le texte paraphé sont disponibles dans le site internet de la Régie, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'entente particulière](#)

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

TEXTE PARAPHÉ 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

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 en soins de courte durée sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG), et ce, dans un établissement dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et qui opère un service d'urgence de première ligne;
- 1.02 À moins d'indication contraire et sous réserve du paragraphe 1.03, cette entente couvre tous les services dispensés par les médecins responsables de l'ensemble des services professionnels à dispenser dans le centre hospitalier auprès de patients admis en soins de courte durée. Elle peut couvrir également, avec l'autorisation du comité paritaire, une unité ou un service déjà couvert par une autre entente particulière. Dans ce cas, les modalités d'adhésion à cette dernière entente particulière devront être révisées pour exclure l'unité ou le service couvert par la présente entente;
- 1.03 Cette entente ne peut couvrir les services dispensés aux patients inscrits au service d'urgence, à l'unité d'hébergement et de soins de longue durée y compris les lits de transition et à l'unité de soins psychiatriques;
- 1.04 L'adhésion d'un établissement à la présente entente doit obligatoirement couvrir, dans une proportion d'au moins 90 %, les services dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée et doit justifier, en fonction des dispositions des articles 6.00 et 8.00 des présentes, l'allocation d'au moins un forfait régulier quotidien pendant les jours de la semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi;
- 1.05 L'annexe I ci-jointe fait état de la liste des établissements désignés par accord des parties aux fins de la présente entente. Elle précise également les unités ou services exclus de l'application de cette entente, de même que le nombre de forfaits alloués quotidiennement à l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

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

4.00 FORMULES DE RÉMUNÉRATION

- 4.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.02 couvrent une période minimale de services dispensés sur place de huit (8) heures ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente. Celles prévues au paragraphe 4.03 couvrent une période minimale continue de services dispensés sur place de quatre (4) heures entre 8h00 et 13h00 ainsi que la garde en disponibilité afférente;
- 4.02 Sous réserve de l'article 5.00 des présentes, le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière est rémunéré selon l'option qui recueille l'accord de la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées.

Régime A :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait régulier quotidien de 500 \$, auquel 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 prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS: Utiliser la « Demande de paiement – Médecin » n° 1200 en y inscrivant ces données dans les cases appropriées :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9778 (forfait régulier – Régime A) dans la case CODE de la section ACTES;
- le code d'établissement à l'exception des unités exclues (0XXX1, 0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX7, 0XXX8) et celles mentionnées à l'avis d'adhésion;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;

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

Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section ACTES de la « Demande de paiement – Médecin » n° 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

Régime B :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait régulier quotidien de 300 \$, auquel s'ajoute 70 % de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur;

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement – Médecin » n° 1200 en y inscrivant ces données dans les cases appropriées :

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

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

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

- le modificateur 151 ou un de ses multiples pour chaque service médical rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à 70 % du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu.) Les multiples du modificateur 151 sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 – 151	MOD = 292	0,350
093 – 151	MOD = 293	0,70
094 – 151	MOD = 294	0,70

Les médecins visés au présent sous-paragraphe peuvent, selon décision majoritaire de ceux-ci et avec l'accord du comité paritaire visé au paragraphe 8.00 des présentes, choisir de remplacer l'option d'un des deux régimes de rémunération par l'autre. Le remplacement d'un régime par l'autre ne peut toutefois s'opérer qu'une fois l'an à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'établissement à la présente entente particulière, et implique, de la part du comité paritaire une réévaluation du nombre de forfaits accordés à l'établissement sur la base des données recueillies et des changements organisationnels intervenus;

4.03 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 de la présente entente, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait de 250 \$ en vertu du régime A et de 150 \$ en vertu du régime B;

AVIS: 1) *Veillez utiliser la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 en y inscrivant, dans les cases appropriées, les données suivantes :*

- *le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte 19007 (demi-forfait – Régime A) ou le code d'acte 19019 (demi-forfait – Régime B) dans la case CODE de la section ACTES»;*
- *le code d'établissement à l'exception des unités exclues (0XXX1, 0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX7, 0XXX8) et celles mentionnées à l'avis d'adhésion);*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;*
- *ne rien inscrire dans la case UNITÉS*

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

2) *Voir les AVIS sous les articles 4.02 (Régime A ou Régime B selon le cas), 4.05.01, 4.05.02, 4.05.03, 4.09.01 et 4.11 de cette entente pour les services dispensés durant cette période.*

4.04 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 ou, exceptionnellement, en raison d'une baisse ponctuelle du nombre de patients admis, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait aux conditions suivantes : il assure une présence continue de quatre (4) heures entre 8h00 et 13h00 et, du lundi au vendredi, un médecin d'une équipe assure une présence minimale à l'unité de soins de courte durée de huit(8) heures et se prévaut du forfait régulier pour cette même journée;

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

4.05.01 les services reliés à un accouchement énumérés dans la partie « obstétrique » de l'Annexe V et identifiés, aux fins de l'application du présent sous-paragraphé, par le comité paritaire. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste de ces actes;

AVIS: *Les codes des actes d'obstétrique rémunérés à 100 % sont les suivants : 6901; 6903; 6907; 6914; 6916; 6919; 6921; 6922; 6923; 6925; 6933; 6935; 6942; 6943; 6944; 9705 et 9776.*

4.05.02 les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité;

AVIS: *Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

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

AVIS: *Inscrire la lettre « N » dans la case C.S. (voir 4.2.7, « Rédaction de la demande de paiement » de votre manuel).*

4.05.04 les services reliés à un transfert ambulancier inter établissement tel que prévu au sous-paragraphé 2.4.9 du préambule général de l'entente;

- 4.05.05 sur approbation du comité paritaire visé à l'article 8.00 des présentes, les services dispensés par un médecin ne faisant pas partie des équipes au sens du paragraphe 1.02 des présentes, détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique et dont les activités hospitalières se limitent à ce dernier type de pratique. Peut également être visé par le présent sous-paragraphe, le médecin dont la pratique est celle d'un spécialiste non certifié ou son équivalent, de même que le médecin détenteur d'un permis restrictif. Le comité paritaire en informe la Régie;
- 4.06 Le médecin qui, pour une journée, se prévaut des conditions de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 des présentes, est soumis, pour la journée en cause, aux restrictions suivantes :
- 4.06.01 il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont soumises, selon le régime choisi, à l'application des modificateurs de 35 % ou de 70 % apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;
- 4.06.02 il est rémunéré, selon le régime choisi, à 35 % ou 70 % du tarif des actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente;
- 4.06.03 malgré les sous-paragraphes 4.05.01 et 4.05.02, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8h00 à 16h00 ou après 12h00 dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait;
- 4.06.04 en dehors de la période de 8h00 à 17h00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans un autre établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière. Toutefois, le médecin qui se prévaut du demi-forfait prévu au paragraphe 4.03 des présentes peut exercer, en dehors de la période de 8h00 à 13h00, dans un service ou une unité non visé par l'entente actuelle, dans un autre établissement ou en cabinet;
- 4.07 Tout médecin d'un établissement adhérent à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'établissement à la présente entente, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS ni se prévaloir du supplément de responsabilité. Cette disposition vaut également pour le médecin qui ne se prévaut jamais des dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 et 4.04. Les restrictions prévues au présent paragraphe ne s'appliquent pas, en ce qui concerne l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS, à un médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans le cadre des services visé au paragraphe 6.00 de cette dernière entente;
- 4.08 Il peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation ou de maintien à domicile d'un CLSC. Cette disposition vaut également pour les journées où le médecin se prévaut des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03. La rémunération prévue à cette entente relative à la garde en disponibilité n'est pas soumise à l'application des modificateurs apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;

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

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

AVIS: Pour la majoration de 10 % du forfait 9778, 19007, 19018 ou 19019, veuillez utiliser le modificateur **045**.

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

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
Régime A :		
045 – 126	273	0,38500
045 – 094 – 126	306	0,38500
Régime B :		
045 – 151	295	0,77000
045 – 094 – 151	312	0,77000

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

4.10 Un médecin qui, en situation de pénurie d'effectifs entraînant une réduction du nombre de médecins requis pour assumer la responsabilité, pour une journée, de la dispensation des services médicaux couverts par la présente entente, à la demande du chef de département de médecine générale, assume des tâches additionnelles à celles qui lui sont habituellement dévolues, bénéficie d'une majoration de 10 % du forfait quotidien. Le médecin ne peut se prévaloir de cette majoration que s'il se prévaut, pour cette journée, d'un forfait régulier et que lorsque la réduction en cause du nombre de médecins requis implique, au moins, un médecin qui aurait bénéficié du forfait régulier prévu au paragraphe 4.02;

AVIS: Pour la majoration de 10 % du forfait régulier quotidien 9778 ou 19018, veuillez utiliser le modificateur **145**.

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

AVIS: L'**établissement** doit transmettre un avis de service à la Régie en précisant qu'il s'agit de l'E.P. – malades admis en certains CHSGS; le **médecin** visé par ces dispositions doit retenir sa facturation jusqu'à la réception d'une lettre de confirmation d'inscription par la Régie.

5.00 DROITS ACQUIS

5.01 Un médecin ne faisant pas partie des équipes visées au paragraphe 1.02 des présentes et dont le volume des activités effectuées auprès des malades admis en soins de courte durée est restreint et de faible importance peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, aux conditions édictées par le comité paritaire, choisir de maintenir le mode de l'acte s'il détenait une nomination à cet effet de l'établissement à la date de l'adhésion de l'établissement à la présente entente. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'établissement à la présente entente;

- 5.02 Un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son établissement de cette entente particulière. Le maintien de son mode de rémunération n'est possible, cependant, que les journées pendant lesquelles il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés aux présentes. Il agit, alors, comme consultant auprès de l'unité ou du service antérieurement couvert par l'entente particulière dont l'établissement s'est retiré. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'établissement à la présente entente;
- 5.03 Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'établissement en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale ou qui détient une nomination en vertu de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale, ou en vertu de toute autre entente particulière s'appliquant dans une unité ou service faisant l'objet d'une adhésion à la présente entente en vertu de son paragraphe 1.02 au moment de l'adhésion de l'établissement à la présente entente et qui fait partie des médecins responsables des soins aux malades admis peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis du lundi au vendredi de chaque semaine. Les samedi et dimanche, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 de la présente entente, selon le cas.

AVIS : *L'établissement doit mentionner sur l'avis de service transmis à la Régie, l'article en vertu duquel le médecin s'est prévalu des droits acquis.*

HONORAIRES FIXES: Utiliser les codes d'activités suivants et préciser l'établissement dans la partie « RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES » de votre demande de paiement

A) Du lundi au vendredi, excluant les journées fériées:

- 070015 : Examens relatifs à l'hépatite C;
- 070016 : Examens et consultations d'urgence, sans déplacement;
- 070017 : Examens et consultations d'urgence, avec déplacement;
- 070030 : Services cliniques;
- 070032 : Rencontres multidisciplinaires;
- 070037 : Planification, programmation, évaluation;
- 070043 : Tâches médico-administratives et hospitalières ;
- 070055 : Communications (proches, tiers, intervenants du réseau de la Justice);
- 070063 : Garde sur place;
- 070079 : Services anesthésiques /obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'Annexe IX);
- 070098 : Services de santé durant le délai de carence.

B) Les samedi, dimanche et journées fériées :

SELON les conditions de 15.05 b) de l'entente :

Les heures donnant droit aux majorations sont les heures réelles.

Utiliser le secteur de dispensation 15 et les codes d'activités suivants :

- 070015 : Examens relatifs à l'hépatite C;
- 070016 : Examens et consultations d'urgence, sans déplacement;
- 070017 : Examens et consultations d'urgence, avec déplacement;
- 070030 : Services cliniques;
- 070063 : Garde sur place.

SANS les conditions de 15.05 b) de l'entente : *Vous référer aux instructions décrites en A).*

N. B. *Cette facturation accompagne la facturation habituelle du médecin, selon le contrat qu'il détient en CLSC*

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

Les parties désignent, nommément, par accord, les médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 5.01, 5.02 et 5.03.

AVIS : *Voir l'Accord n° 398*

NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

- 6.01 Le comité paritaire évalue le nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes et ce, aux fins d'allocation du nombre de forfaits quotidiens. Ce nombre de forfaits peut être différent pour les jours de la semaine et pour les jours de fin de semaine et jours fériés. Il peut, également, être rajusté pour tenir compte des variations saisonnières;
- 6.02 Un seul demi-forfait peut être alloué par journée d'application;
- 6.03 Le nombre de forfaits alloué, quel que soit le régime choisi, est établi après analyse et évaluation du comité paritaire lequel se base notamment sur :
- la demande d'adhésion et des informations transmises par un établissement;
 - des données de facturation de l'année qui précède la demande d'adhésion;
 - du taux d'occupation des lits couverts par l'entente;
 - du nombre annuel d'admissions dans les unités visées;
 - de la durée de séjour;
 - de l'organisation interne de l'établissement.
- 6.04 Le nombre de forfaits autorisés est réparti par le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) entre les médecins;
- 6.05 En cas d'une diminution temporaire des activités régulières qui n'a pu être prise en considération par le comité paritaire lors de la détermination des forfaits quotidiens, le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) est responsable de rajuster à la baisse le nombre de forfaits requis pour la dispensation de l'ensemble des services visés. Si ces changements interviennent sur une base permanente, il doit en aviser le comité paritaire.

7.00 DÉPANNAGE

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

AVIS: Pour les modalités de facturation des codes 9778 (forfait régulier – Régime A) et 19018 (forfait régulier – Régime B), se référer aux paragraphes 4.02, 4.05.02 et 4.09.01.

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

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

AVIS: Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures (réf. : article 2.03 de l'Annexe XVIII), suivre l'Avis concernant le code 9778 (forfait régulier – Régime A) ou 19018 (forfait régulier – Régime B) (voir paragraphe 4.02), avec les modifications suivantes :

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

8.00 COMITÉ PARITAIRE

- 8.01 Les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale afin qu'il :
- a) fasse des recommandations aux parties quant à la désignation des établissements et des modalités d'application de la présente entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à sa désignation;
 - b) détermine le nombre de forfaits sur la base du nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes;
 - c) voit à la mise en œuvre de la présente entente particulière, en fasse le suivi et l'analyse;
 - d) évalue annuellement le nombre de forfaits alloués à un établissement et le cas échéant, recommande aux parties les rajustements appropriés. Tout rajustement à la baisse du nombre de forfaits alloués ne peut toutefois prendre effet qu'après l'expiration d'une période de six (6) mois suivant la décision s'y rattachant;
 - e) soumet aux parties le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 5.00.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- 9.01 Une demande est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées. Elle est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;
- 9.02 Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui de la majorité des médecins concernés, l'accord des parties.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

- 10.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du 28 septembre 2000.

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

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

Publications

[Citoyens](#)[Professionnels](#)[Régie](#)[Rapports d'études](#)[Statistiques](#)

Nouveautés

[Modifications au régime général d'assurance médicaments](#)[Certaines données statistiques 2001 sont accessibles](#)

Services offerts aux citoyens

[Votre carte d'assurance maladie](#)[Renouveler votre carte](#)[Changement d'adresse](#)[Régime d'assurance maladie](#)[Régime d'assurance médicaments](#)[Programmes et services assurés](#)[Contribution et aide financières](#)[Qualité de service](#)

Services offerts aux professionnels de la santé

[Médecins omnipraticiens](#)[Médecins spécialistes](#)[Pharmaciens](#)[Établissements du réseau de la santé](#)[Liste complète](#)

La Régie

[Carte santé Québec](#)[La Régie](#)[Conseil d'administration](#)[Lois et règlements](#)[Communiqués de presse](#)[Rapports annuels](#)

Rapports d'études et statistiques

[Rapports d'études](#)[Statistiques](#)[Banques de données](#)

Dernière modification : 2002-09-24

[Réalisation du site](#)Québec © [Gouvernement du Québec, 2002](#)