

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

Québec, le 1^{er} avril 2004

À l'attention des médecins omnipraticiens détenant des privilèges en anesthésie et des directeurs des services professionnels des établissements visés par cette entente

Entente particulière en anesthésie

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 relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés*. Cette entente remplace celle qui était en vigueur depuis le 1^{er} juin 1997 **et prend effet le 1^{er} avril 2004**. Elle vous a été annoncée dans le communiqué 139 du 3 mars 2004 portant sur l'Amendement n° 85. Le texte paraphé est joint en [Partie II](#). Nous vous invitons à en prendre connaissance avec attention car le présent communiqué n'aborde que les grandes lignes de cette nouvelle entente particulière (E.P.).

■ PRINCIPAUX CHANGEMENTS PAR RAPPORT À L'E.P. DE JUIN 1997

- ◆ *Nouveau régime de rémunération* : régime **C** (article 6.00). Il consiste en une rémunération selon un *per diem* plus un pourcentage (%) des actes. Le % varie selon les actes, de 0 % à 100 % (voir l'[annexe II](#) de cette E.P.). Le *per diem* est de 600 \$ et le *demi per diem* est de 300 \$.

Pendant la période couverte par le *per diem* ou le demi per diem du lundi au vendredi excluant les jours fériés, la rémunération couvre de façon **exclusive** la dispensation de tous les services médicaux dispensés sur place incluant la garde afférente à ces actes faits sur place.

Période : période moyenne d'activités faites sur place, du lundi au vendredi excluant les jours fériés de 7 heures, entre 7 h et 17 h pour une journée d'activités et de 3,5 heures, entre 7 h et 17 h pour une demi-journée d'activités.

Par ailleurs, pour exercer en cabinet ou dans tout établissement et être rémunéré selon l'entente générale ou toute autre entente particulière, le médecin doit dispenser les services en dehors de la période de 7 h à 17 h pour le *per diem* ou en dehors de la période de 7 h à 12 h pour le demi per diem. Cette restriction ne s'applique pas à l'E.P. relative aux soins intensifs et coronariens. Elle est également assouplie à partir de 16 heures pour un service d'urgence dans lequel un médecin peut être appelé à exercer (paragr. 6.06). (Voir Partie II, article 6.00 et *AVIS*, pages 3, 4 et 5)

- ◆ *Droits acquis* : le médecin ou le groupe de médecins déjà rémunéré selon le régime **A** ou **B**, à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle E.P., continue de se prévaloir du même régime. Il peut aussi opter pour un changement de régime.
- ◆ Ceux qui ne bénéficient pas des droits acquis devront choisir entre les régimes de rémunération **B** ou **C**.
- ◆ *L'option de rémunération* s'exerce une seule fois par année, à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'établissement à cette entente. Cette date apparaît à l'[Annexe I](#) de l'E.P.
- ◆ La *garde en disponibilité* des régimes **B** et **C** est traitée à l'article 7.00; elle est rémunérée selon un forfait de 51,90 \$/quart de garde;
- ◆ *Adhésion et retrait (article 9.00)* : les mêmes conditions que celles prévues à l'E.P. précédente s'appliquent. Toutefois, une nouvelle disposition est ajoutée (paragr. 9.06). Les parties ont convenu d'abroger dans la nouvelle Annexe I, les établissements qui, depuis plus d'un an, ne se sont pas prévalus de l'entente particulière de 1997.

■ PARTICULARITÉS DE FACTURATION POUR LA RÉMUNÉRATION RELIÉE AU RÉGIME C (Mode de rémunération mixte)

La rémunération selon le *per diem* plus un pourcentage (%) des actes (mode de rémunération mixte) nécessite des particularités de facturation. Pour vous aider, la Brochure n° 2 et le Manuel de facturation ont été modifiés en conséquence (nous en parlons d'ailleurs plus loin).

Important à retenir pour votre facturation :

- L'utilisation de **deux** formulaires est nécessaire pour la facturation soit :
 1. le formulaire n° **3743** « Demande de paiement – Rémunération mixte » pour le *per diem*;
 2. le formulaire n° **1200** pour facturer les actes;
- L'obligation d'inscrire toujours la plage horaire (P.H.), sur la formule n° 1200 avec **tous** les services facturés et dans tout lieu de dispensation incluant le cabinet, et ce, même si le médecin ne facture pas de *per diem*;
- L'utilisation du nouveau modificateur **028** permet de facturer certains services à 100 % pendant la période couverte par le *per diem* (dans un service d'urgence de 7 h à 8 h et de 16 h à 17 h sauf les jours fériés);
- L'utilisation des modificateurs **116** et **130** est nécessaire parce que les unités de durée sont payées selon le % de la plage horaire (P.H.) durant laquelle ces unités sont effectuées contrairement aux unités de base qui ne changent pas car elles sont rémunérées selon le % de la P.H. **du début** de l'intervention;
- *Per diem ou demi per diem* : un montant de 600 \$ est versé au médecin pour une période moyenne d'activités de 7 heures ou de 300 \$ pour une période moyenne d'activités de 3,5 heures réalisées entre **7 h et 17 h du lundi au vendredi excluant les jours fériés**.

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

Le médecin dispose de la période de facturation concernée pour compléter les heures manquantes en regard du *per diem* (7 heures) ou du *demi per diem* (3,5 heures) facturé. Pour déterminer le nombre de *demi per diem* payables, on divise par 3,5 le nombre total d'heures réalisées au cours de la période de facturation et on arrondit à l'unité inférieure.

■ **CHANGEMENTS DANS LA BROCHURE N° 1 ET LE MANUEL DE FACTURATION**

◆ **Brochure n° 1**

Annexe IX : conditions d'application des tarifs :

Veillez ajouter à la fin de l'avis sous le paragraphe **5.3**, alinéa **13)**, les éléments qui suivent :

Rémunération mixte : Utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- CH (Service d'urgence) : en semaine, excluant les jours fériés = **07**;
- CH (Courte durée) : en semaine excluant les jours fériés = **03**.

◆ **Manuel de facturation** (veuillez consulter la dernière **MAJ 48 d'avril 2004** dans le site Internet de la RAMQ)

Onglet « Rédaction de la demande de paiement », page 31 (*indiquée à titre indicatif ; il peut y avoir décalage avec votre version papier*), sous le titre *Ententes particulières*, la description suivante est ajoutée :

Anesthésie

- Pour les services rendus dans un service d'urgence en semaine de 7 h à 8 h et de 16 h à 17 h, à l'exception des jours fériés**MOD 028**
- En tout temps pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte**MOD 116**
- En tout temps pour la suite de l'opération en rôle 2 ou 3, peu importe la plage horaire, dans un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte**MOD 130**

Modificateurs multiples (les chiffres en gras ont été modifiés par rapport au tableau fourni dans le communiqué 139 du 3 mars 2004 sur l'Amendement n° 85).

Lorsque les modificateurs s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
028-050	217	0,50
028-093	218	1,00
028-094	219	1,00
028-093-094	220	1,00
028-105	221	0,45
028-116	317	1,00
028-094-105	314	0,45
028-050-093	315	0,50
028-050-105	316	0,225

Exemple de facturation sur le formulaire n° 1200

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU DU SÉQUENTIEL DE LA CARTE				UNITÉ	HONORAIRES
DATE DE NAISSANCE				0,4	317,39
ADRESSE				0,4	432,81
INIT. NOM DU MÉDECIN				0,4	412,20
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES					
Début : 7 h 00					
Fin : 20 h 00					
SPÉCIMEN					
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				TOTAL	1162,40
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie;

Facturer sur une ligne de service la **valeur de base et de durée** correspondant à la première plage horaire;

Sur la deuxième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la plage horaire subséquente en utilisant le modificateur **116**;

Sur la troisième ligne, facturer les **unités de durée** correspondant à la dernière plage horaire en utilisant le modificateur **116**.

Calcul des honoraires :

Code 9419 = 11 unités de base

Durée = 52 quarts d'heures ou 129 unités de durée

Total des unités = 11 unités de base + 129 unités de durée = 140 unités

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (11 unités) = unités de durée de 7 h à 12 h (33 unités) = 44 unités.

$44 \times 11,45 \$ \times 63 \% = 317,39 \$$

Honoraires pour la suite de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 17 h (93 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (33 unités) = 60 unités. $60 \times 11,45 \$ \times 63 \% = 432,81 \$$

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 7 h à 20 h (129 unités) moins les unités de durée du début et de la suite de l'opération (33 + 60 = 93 unités) = 36 unités. $36 \times 11,45 \$ \times 100 \% = 412,20 \$$.

■ CHANGEMENTS DANS LA BROCHURE N° 2

Veillez noter qu'une nouvelle section est ajoutée dans la Brochure n° 2 portant sur les *Honoraires fixes, honoraires forfaitaires et vacation*. Cette nouvelle section, intitulée *Demande de paiement – Rémunération mixte*, contient tous les renseignements pertinents pour la facturation reliée au régime **C** dont des exemples de facturation du formulaire n° 3743.

Ces changements sont intégrés dans la **MAJ 36 d'avril 2004** qui est dans le site Internet de la RAMQ.

Formulaire n° 3743 « Demande de paiement – Rémunération mixte »

Les médecins rémunérés selon le régime **C** devront utiliser le formulaire n° **3743** pour leur facturation.

Il est possible de se procurer ce formulaire via l'une ou l'autre des options suivantes :

- ◆ **Par télécopieur** : au numéro (418) 646-9251;
- ◆ **Par Info Prof**;
- ◆ **Par Internet** à partir de notre site dont l'adresse est mentionnée plus bas;
- ◆ **Par la poste** en utilisant le formulaire n° 1491 « Commande de formulaire ». Il est important de bien remplir le formulaire, et d'indiquer le numéro du professionnel et le numéro du formulaire commandé.

Ce communiqué ainsi que le texte paraphé de l'entente particulière en anesthésie sont disponibles dans le site Internet de la Régie, à l'adresse suivante :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/comm/comm_tdm.shtml

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Entente particulière en anesthésie](#)
[Partie III – Annexes](#)

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et agences commerciales de traitement des données – Médecine

Texte paraphé de l'Entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

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 de déterminer la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie effectuée par un médecin qui détient des privilèges en anesthésie dans un centre hospitalier visé en annexe des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- 2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

- 3.01 Le médecin, ou le cas échéant, le groupe de médecins si l'établissement compte plus d'un médecin visé aux présentes, opte pour le régime B ou C tel que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes;
- 3.02 Le médecin, ou, le cas échéant, le groupe de médecins, rémunéré, à la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, selon les dispositions du régime A ou du régime B tel que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes continue de se prévaloir du même régime. Il peut, toutefois, opter pour le régime B ou C, selon le cas, selon les dispositions du paragraphe suivant;
- 3.03 Une option de rémunération au sens du présent article ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'établissement à la présente entente. Elle est exercée par le médecin ou, dans le cas où l'établissement compte plus d'un médecin visé aux présentes, par l'ensemble des médecins visés et doit recueillir leur accord unanime;

AVIS: Si l'option de rémunération est exercée, l'établissement doit informer la RAMQ par le biais d'une lettre adressée au Service de l'admissibilité et de la révision. Cette information peut être transmise par télécopieur au numéro (418) 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :

Service de l'admissibilité et de la révision
Case postale 15000
Sillery, Qc G1K 9H9

- 3.04 L'adhésion d'un établissement à la présente entente fait état du régime de rémunération pour lequel a opté le médecin visé aux présentes ou, le cas échéant, le groupe de médecins;

- 3.05** La désignation d'un établissement à l'annexe I des présentes ainsi que, le cas échéant, le nombre de vacations allouées dans le cadre du régime A se fait par accord des parties.

4.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION A

- 4.01** La prestation des services professionnels en anesthésie, effectuée par un médecin visé par le présent mode est rémunérée selon le mode de la vacation;
- 4.02** Cette rémunération couvre la dispensation, par un médecin, de tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 et comprend en outre la prestation de toute période de garde afférente à la dispensation de tels actes;

AVIS: Veuillez utiliser le code d'activités **008030** : Services cliniques.

- 4.03** Pour la prestation des services anesthésiques visés aux présentes, le médecin est, sur une base hebdomadaire, rémunéré jusqu'à concurrence du nombre de vacations apparaissant à l'annexe I, sous la colonne intitulée régime A. Lorsque la prestation en cause ne couvre que partie de la période hebdomadaire visée, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte.

Lorsque plus d'un médecin dispense des services anesthésiques dans un centre hospitalier, le nombre de vacations prévu en annexe pour ce centre hospitalier est réparti par le centre hospitalier après consultation des médecins concernés.

Toutefois, un médecin ne peut être rémunéré pour plus de vingt (20) vacations hebdomadaires.

- 4.04** Dans le cadre du régime de rémunération prévu au présent article, le comité paritaire évalue le nombre de vacations allouées hebdomadairement pour la dispensation des services anesthésiques à l'établissement visé aux présentes. Le nombre de vacations allouées est réévalué à tous les deux ans.

5.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION B

- 5.01** Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime B est rémunéré selon le mode de la vacation pour la dispensation sur place de tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 et pour la garde afférente à ces actes faite sur place;
- 5.02** La rémunération selon le mode de la vacation s'applique à la dispensation des services professionnels en anesthésie effectués sur place par le médecin, de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi, incluant le cas échéant, pendant ces périodes, la garde faite sur place.

AVIS: Veuillez utiliser le code d'activités **008030** : Services cliniques.

Pour les services dispensés sur place après 16 h, l'entente générale s'applique;

- 5.03** Le médecin ne peut recevoir pour les services professionnels visés au présent article plus de trois (3) vacations par jour. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie d'une journée telle que définie au paragraphe précédent, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte.
- 5.04** Malgré le maximum de vacations prévu au paragraphe précédent, lorsque la durée d'un acte anesthésique couvre des périodes qui sont rémunérées selon des modalités différentes, les modalités de rémunération applicables au début de l'acte anesthésique visé s'appliquent à la rémunération de l'ensemble de l'acte concerné;

6.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION C

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

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

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

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

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

Veuillez utiliser le code d'activités **008030** : Services cliniques

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

AVIS: Pour la facturation des services médicaux, **inscrire la plage horaire** appropriée et les honoraires à 100 %.

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

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

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

- ii) Le pourcentage des actes est appliqué sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;
- iii) Sous réserve de l'alinéa iv) ci-dessous, l'heure de début de prestation de services est retenue;

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

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

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

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

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Honoraires
04-04-21	2	9419	2		44	317,39 \$
04-04-21	3	9419	2	116	60	432,81 \$
04-04-21	4	9419	2	116	36	412,20 \$

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

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

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

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

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

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

- 6.05** Un médecin reçoit un per diem de 600 \$ pour l'ensemble des services médicaux qu'il dispense sur place au cours d'une journée d'activités. Pour une demi-journée d'activités, il reçoit un demi per diem de 300 \$;

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

Veuillez utiliser le code d'activités **008030** : Services cliniques

Limitation sur la rémunération

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

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

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

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

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

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

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Honoraires
04-04-21	3	9419	2	28	15	171,75 \$
04-04-21	4	9419	2	116	65	744,25 \$
04-04-21	1	9419	2	116	72	824,40 \$

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

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

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

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

7.00 RÉGIMES B ET C : GARDE EN DISPONIBILITÉ

- 7.01** La garde en disponibilité est rémunérée à raison d'un forfait de cinquante-et-un dollars et quatre-vingt-dix cents (51,90 \$) pour les quarts de garde suivants :
- du lundi au vendredi :
 - de 0 h à 7 h;
 - de 16 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime B;
 - de 17 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime C;
 - les samedi, dimanche et jour férié, de 0h à 8h et de 8h à 16h et de 16h à 24h.

AVIS : *Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime B, inscrire la date et le code d'acte 9090 sur une demande de paiement n° 1200;*
- Inscrire XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- Inscrire le code d'établissement;
- Inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure de début et de fin de la période de garde;
- Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime C, inscrire la date et le code d'acte 19045 sur une demande de paiement n° 1200;
- Inscrire XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- Inscrire le code d'établissement;
- Inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure de début et de fin de la période de garde;
- Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

- 7.02** Sous réserve du paragraphe 6.09, les services médicaux dispensés pendant une garde en disponibilité sont rémunérés de la façon prévue au paragraphe 15.03 de l'entente générale, cette rémunération entraînant, le cas échéant, l'application du paragraphe 2.4.7.3B du préambule général au tarif;
- 7.03** Une garde au sens du présent article n'est effectuée que par un seul médecin; cette garde ne peut être concomitante avec une garde qui, dans un centre hospitalier, pour une même période, serait effectuée par un médecin spécialiste.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

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

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- 9.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci;
- 9.02** Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels visés par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;
- 9.03** Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;
- 9.04** Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion à la présente entente ou à son retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 4.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

- 9.05** Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;
- 9.06** L'adhésion d'un établissement à la présente entente est abrogée lorsque aucun médecin de cet établissement ne s'est prévalu de ses dispositions depuis plus d'un an ou, pour la première année d'application de la présente entente, de l'entente en vigueur du 1^{er} juin 1997.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

- 10.01** La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1^{er} juin 1997 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

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

Partie III
E.P. anesthésie
Annexe I

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

ÉTABLISSEMENTS	RÉGIME	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES (Régime A)
Région du Bas St-Laurent (01)		
Centre hospitalier de Rivière-du-Loup : Centre hospitalier régional du Grand-Portage – Rivière-du-Loup (88-02-10)	B	
Réseau de santé de la Matapédia : Centre hospitalier d'Amqui – Amqui (82-04-02)	A	17
Réseau de santé de Témiscouata : Hôpital Notre-Dame-du-Lac – Notre-dame-du-Lac (83-07-15)	*	
Réseau santé Kamouraska : Centre Notre-Dame de Fatima – La Pocatière (83-07-15)	*	
Région du Saguenay Lac St-Jean (02)		
Centre Maria-Chapdelaine : Centre hospitalier de Dolbeau – Dolbeau (82-04-02)	*	
Centre Le Jeannois : Pavillon d'Hôtel-Dieu d'Alma – Alma (85-07-01)	A	20
Région de Québec (03)		
Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie – La Malbaie (82-04-02)	A	9
Centre hospitalier de Charlevoix – Baie Saint-Paul (82-04-02)	*	
Région de l'Estrie (05)		
Centre de santé Memphrémagog : Centre de santé Mémphrémagog-siège social – Magog (86-10-07)	A	20
Région de l'Outaouais (07)		
Centre hospitalier de Buckingham – Buckingham (84-07-01)	*	
Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau : Centre de santé Vallée-de-la-gatineau – Maniwaki (82-04-02)	B	
Centre de santé du Pontiac : Centre de santé du Pontiac – Shawville (95-01-01)	B	
Région de l'Abitibi-Témiscamingue (08)		
Centre de santé Sainte-Famille : Centre de santé Sainte-Famille – Ville-Marie (83-07-15)	B	

ÉTABLISSEMENTS	RÉGIME	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES (Régime A)
Région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) (suite)		
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos – Amos (82-04-02)	*	
Centre hospitalier Rouyn-Noranda – Noranda (91-10-06)	B	
Réseau de la Santé et des Services sociaux des Aurores Boréales : Centre hospitalier La Sarre – LaSarre (90-06-01)	A	30
CH Vallée-de-l'Or et de soins psychiatriques régionaux : Centre hospitalier Val d'Or – Val d'Or (84-07-01)	B	
Région de la Côte Nord (09)		
Centre hospitalier régional Baie-Comeau : Pavillon Le Royer – Baie-Comeau (89-03-01)	*	
Centre hospitalier régional de Sept-Iles – Sept-Iles (90-01-11)	*	
Région du Nord-du-Québec (10)		
Centre de santé et de services sociaux de la Radissonie : Point de service de Chibougamau – Chibougamau (83-07-15)	*	
Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)		
Centre hospitalier de Chandler – Chandler (82-04-02)	A	20
CH Baie-des-Chaleurs – Maria (95-07-01)	B	
CLSC-CHSLD-CH de la MRC Denis-Riverin : Hôpital des Monts – Ste-Anne-des-Monts (83-07-15)	*	
Centre hospitalier de Gaspé : Centre hospitalier de Gaspé – Gaspé (82-04-02)	*	
Région des Laurentides (15)		
Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de l'Annonciation – L'Annonciation (86-05-04) Centre de Mont-Laurier – Mont-Laurier (82-04-02)	* B	
Région de la Montérégie (16)		
Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins - Cowansville (85-07-01)	A	36
L'Hôpital Barrie Memorial - Ormstown (89-03-01)	B	

REMARQUE

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

* Établissements retirés le 1^{er} avril 2004 (E. P. Par. : 9.06).

Annexe révisée en date du 1^{er} avril 2004.

POURCENTAGE DES ACTES

% Services médicaux visés

30 Tous les services médicaux, à l'exception des examens et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), les thérapies de soutien : codes 8938, 8939, 8949, 8950, 8951, 8952, les transferts ambulanciers : codes 9087 et 9246.

40 Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.

63 Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus.
Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.

70 Les services médicaux codés 0910, 0911, 0912, 0921, 0927, 0928, 0933, 0935, 0939, 0940, 0984, 0988, 0989, 0990, 0991, 0997, 0998, 0999, 1900, 0828, 0829, 0822, 0824.

Les services médicaux codés : 0123, 0170, 0176, 0251, 0291, 0435, 0469, 0530, 0542, 0559, 0575, 0617, 0639, 0648, 0707, 0753, 0799, 0973, 0975, 3019, 3026, 3028, 3029, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3120, 3122, 3123, 3124, 3125, 3133, 5022, 5023, 5025, 5027, 5029, 5057, 5060, 5067, 5077, 5080, 5081, 5083, 5090, 5140, 5141, 5142, 5146, 5147, 5150, 5154, 5158, 5160, 5161, 5164, 5166, 5194, 5241, 5242, 5245, 5253, 5279, 5280, 5304, 5329, 5335, 5338, 5339, 5350, 5353, 5362, 5363, 5364, 5374, 5379, 5384, 5385, 5386, 5389, 5396, 5405, 5412, 5418, 5421, 5423, 5426, 5428, 5429, 5434, 5436, 5437, 5450, 5452, 5467, 5470, 5473, 5474, 5475, 5478, 5480, 5485, 6101, 6113, 6114, 6115, 6141, 6199, 6311, 6312, 6331, 6332, 6334, 6335, 6336, 6340, 6357, 6374, 6383, 9351, 9352, 9353, 9360, 9362, 9363, 9419, 9420, 9422, 9423, 9436, 9439, 9444, 9446, 9447, 9448, 9449, 9450, 9492, 9493, 9494, 9495 et 9496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

100 Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

Tous les services codés : 0013, 0014, 0016, 0018, 9100, 9101, 9063, 9067, 9069, 9070, 9073, 9800, 9801, 9825, 9826, 9907, 9908, 9914, 9915, 9916, 9926, 9927, 9928, 9929, 9930, 9970, 9971, 9972, 9975, 9818.

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôles 1, 2 et 3 seulement.