

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 29 juin 2000

À l'attention des directeurs des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et des directeurs des centres locaux de services communautaires du réseau de garde intégré.

Dépannage Mécanisme et modalités de rémunération

Article 1. de l' Amendement n° 69

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu de l'Amendement n° 69 à l'Entente des médecins omnipraticiens qui, sous réserve des approbations gouvernementales, entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000.

Le présent communiqué couvre exclusivement l'article 1 de cet amendement, soit le **mécanisme de dépannage et les modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre de ce mécanisme, ce qui se traduit par :**

- a) le remplacement de l'article 30.00 de l'entente générale par celui qui est joint : (*Voir document 1*).
- b) l'ajout d'une nouvelle annexe sur les modalités de rémunération, soit l'annexe XVIII (*Voir document 2*).

Ces documents officiels contiennent des avis administratifs pertinents qui permettront aux médecins omnipraticiens, dépanneurs qui se rendront donner des services dans votre établissement, de pouvoir être rémunérés conformément à ces nouvelles modalités. De plus, le communiqué contient des renseignements utiles aux médecins pour demander le remboursement des frais de déplacement. Il fait également 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 de ces changements à leur entente générale et de ces modalités de facturation.**

Les autres articles de l'Amendement n° 69 sont traités dans le communiqué n° 030 du 00-06-29 qui est transmis à tous les médecins omnipraticiens. Ce communiqué est disponible dans le site Internet de la Régie.

La Régie sera prête dès le 1^{er} juillet 2000 à recevoir les demandes de paiement remplies selon les instructions indiquées dans les AVIS.

FAITS SAILLANTS RELIÉS AU DÉPANNAGE

Nous vous présentons les faits saillants reliés au [mécanisme de dépannage](#) ainsi qu'aux [modalités de rémunération](#). Nous avons intégré, dans les documents officiels, l'article 30.00 et l'annexe XVIII (documents 1 et 2), les AVIS et instructions pertinents.

Nous vous présentons également les détails nécessaires pour que les médecins puissent effectuer leurs demandes de remboursement de **frais de déplacement**.

DÉPANNAGE

1.1 Modifications de l'article 30.00 de l'entente générale sur le mécanisme de dépannage.

1.2 Ajout de l'annexe XVIII à l'entente générale sur les nouvelles modalités de rémunération du médecin en situation de dépannage.

Cette annexe prévoit en plus du dépannage dans un service d'urgence et en obstétrique, celui dans une unité de soins de courte durée, selon un mode de forfait quotidien de 500 \$ combiné à 35 % du tarif des actes médicaux ou, AU CHOIX du médecin, selon le mode de l'acte.

Toutefois, ce choix du médecin dépanneur ne s'applique pas lorsqu'il se rend exercer sa profession auprès des malades admis dans un établissement couvert par l'entente particulière sur les malades admis en certains CHSGS. Dans ce cas, le médecin doit choisir la rémunération prévue à ladite entente, (forfait et 35 % des actes).

Entrée en vigueur : 1^{er} juillet 2000

Il est à noter que :

- au début de la période de dépannage, le médecin doit choisir le mode de rémunération pour lequel il opte ;
- un seul médecin à la fois peut bénéficier des modalités de rémunération prévues sauf si le comité paritaire autorise un deuxième médecin ;
- la durée de l'assignation dans une unité de soins de courte durée est d'au moins sept jours consécutifs, incluant la durée de transport, sauf sur autorisation du comité paritaire ;
- le médecin peut bénéficier d'une sortie aller-retour à son domicile, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de dépannage.

Afin d'honorer les demandes de paiement des médecins en dépannage, une demande d'autorisation, comme le stipule l'article 30.00 de l'Entente générale, doit être acheminée au ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'attention de :

Madame Manon Paquin
 Centre national Médecin-Québec
 Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Direction de la Main-d'œuvre médicale
 Télécopieur : (418) 266-6978 ou par le biais de Lotus-Notes, avec copie à M^{me} Diane Boutet de la même direction.

Il importe de vous souligner que la Régie pourra donner suite aux demandes de paiement des médecins en autant qu'elle aura reçu les avis d'autorisation en dépannage du comité paritaire.

Les accords suivants prennent fin le 1^{er} juillet 2000.

Accords n^{os} 361 quant à son article 2 pour les CH de Sept-Îles et Jonquière ; 324 pour le CH d'Amqui ; 319 pour le CH Rouyn-Noranda ; 328 pour le CH de Buckingham ; 325 pour le CH de Jonquière ; et 387 pour les CH de Chandler et Laurentien.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

Les frais de déplacement ont trait aux **frais de transport** et au **temps de déplacement**.

- 1) Le médecin utilise son véhicule personnel
 - taux de 0,50 \$ par kilomètre (déplacement de plus de 40 km, distance unidirectionnelle) ; **joindre originaux des reçus d'essence** ;
 - **temps de déplacement** payable au taux horaire de 62, 00 \$ jusqu'à concurrence de neuf (9) heures par trajet ; le taux horaire pour les autres années est mentionné au point des dispositions tarifaires à venir ;
 - le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km / heure}} = \text{durée de déplacement}$$
 - **le formulaire #1988** « Demande de remboursement des frais de déplacement », n'est pas obligatoire ; il peut toutefois être rempli lorsqu'une description détaillée est requise ;
 - les modalités de facturation varient selon que le médecin est rémunéré à l'acte ou au tarif horaire.

a) pour la rémunération à l'acte :

- . remplir le formulaire « Demande de paiement » #1200 (identité de la personne assurée, services fournis, etc.) ; indiquer dans la case DISTANCE, le déplacement en kilomètres, distance unidirectionnelle ; inscrire dans la case HONORAIRES, le montant correspondant ;
- . temps de déplacement : dans la section ACTES, inscrire la date, le **code 9992**, le nombre d'heures dans la case UNITÉS et le montant dans la case HONORAIRES.

b) pour la rémunération au tarif horaire :

- . remplir le formulaire « Demande de paiement–Vacation et horaires forfaitaires » #1215 ;
- . indiquer dans l'espace réservé à cette fin, les détails reliés aux frais de déplacement dont le nombre de kilomètres et le montant réclamé ;
- . temps de déplacement : indiquer le nombre d'heures de déplacement.

2) Le médecin utilise un moyen de transport autre que le véhicule personnel

- remboursement des frais réels de transport pour les autres moyens de transport (avion, train, taxi, location de véhicule) ;
- l'utilisation du **taxi** est permise seulement pour de courtes distances et il faut inscrire le point de départ et le point d'arrivée ;
- la **location de voiture** est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun ;
- **temps de déplacement** payable au taux horaire de 62, 00 \$ jusqu'à concurrence de neuf (9) heures par trajet ; le taux horaire pour les autres années est mentionné au point des dispositions tarifaires à venir ;
- le temps de déplacement est calculé en fonction du moyen de transport utilisé ;
- **le formulaire #1988** « Demande de remboursement des frais de déplacement », **est obligatoire** ;
- les modalités de rémunération varient selon que le médecin est rémunéré à l'acte ou au tarif horaire.

a) pour la rémunération à l'acte :

- . remplir le formulaire « Demande de paiement » #1200 (identité de la personne assurée, services fournis, etc.) ;
- . dans la section ACTES, inscrire la date, le **code 9991**, le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale dans la case HONORAIRES, telle qu'elle est calculée sur le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » #1988 ;
- . remplir le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » #1988, en y précisant le détail des dépenses encourues ; bien identifier « omnipraticien », cocher « Acte » comme mode de rémunération ; ne pas oublier d'inscrire dans la case prévue à cette fin, le numéro de la demande de paiement #1200 visée par le déplacement ;
- . temps de déplacement : dans la section ACTES, inscrire la date, le **code 9992**, le nombre d'heures dans la case UNITÉS et le montant dans la case HONORAIRES ;
- . attacher au formulaire #1988, les pièces justificatives **originales** (reçus, billets etc.) et joindre le tout au formulaire #1200.

b) pour la rémunération au tarif horaire :

- . remplir le formulaire « Demande de paiement–Vacation et honoraires forfaitaires » #1215 ;
- . remplir le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » #1988 et le joindre à la demande de paiement #1215.

Ne pas oublier que le formulaire #1988 doit être accompagné des pièces justificatives reliées au déplacement (reçus d'essence, de taxi, de stationnement, billets de train, d'avion). **Pour le billet d'avion**, nous acceptons une télécopie selon certaines conditions mentionnées dans le communiqué 022/98-05-29.

(le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne et la signature originale du professionnel doit être apposée sur cette feuille, laquelle contient les renseignements relatifs au déplacement).

Le nombre de kilomètres facturé est la distance unidirectionnelle. La distance est calculée selon le *Guide des distances routières du Québec* à partir du point de sortie de la municipalité jusqu'à l'établissement visé.

Taux qui s'appliquent :

- 0,50 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) ;
- 62,00 \$ comme taux horaire (du 1^{er} juillet 2000 au 31 décembre 2000).

Dispositions tarifaires à venir :

- taux horaire de 63,55 \$ (du 1^{er} janvier 2001 au 30 juin 2001) ;
- taux horaire de 65,70 \$ (du 1^{er} juillet 2001 au 31 décembre 2001) ;
- taux horaire de 67,30 \$ (du 1^{er} janvier 2002 au 30 juin 2002) ;
- taux horaire de 69,55 \$ (à compter du 1^{er} juillet 2002).

Les documents reliés aux frais de déplacement doivent être transmis à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

AJOUT ET MODIFICATION DE MESSAGES EXPLICATIFS

Nouveaux messages explicatifs (reliés aux frais de déplacement)

- 707 :** Le temps de déplacement (code 9992) ne peut être facturé seul. Veuillez refacturer en fournissant les renseignements et les documents concernant vos frais de déplacement. Si ceux-ci ont déjà été transmis à la Régie avec une autre demande de paiement, en inscrire le numéro dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 708 :** La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés en fonction de la distance **unidirectionnelle** spécifiée dans le Guide des distances routières publié par le Ministère des transports du Québec.
- 709 :** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.05 du mécanisme de dépannage, la distance parcourue doit être supérieure à 40 kilomètres.
- 711 :** Frais de déplacement non acceptables. Selon l'article 30.10 du mécanisme de dépannage, les conditions pour avoir droit au remboursement des frais de transport prévu lors d'une sortie aller-retour ne sont pas remplies.
- 712 :** Les frais de transport demandés ne sont pas autorisés.
- 714 :** Les frais de déplacement sont payables seulement si le professionnel détient un contrat de dépannage à la date des services.
- 716 :** Selon l'article 30.09 du mécanisme de dépannage, les frais de déplacement demandés sont supérieurs au maximum prévu.
- 717 :** Conformément à l'article 30.00, les codes d'acte **9991** et **9992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans le cadre du dépannage.
- 718 :** Absence de code d'acte justifiant la réclamation du déplacement sur la demande de paiement.
- 719 :** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage.
- 721 :** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'article 30.00 du mécanisme de dépannage. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- 725 :** Le temps de déplacement a été ajusté selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.

Nouveau message explicatif (relié aux modalités de rémunération)

254 : L'avis de service que vous détenez ne vous permet pas d'être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour cet acte dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement.

Messages explicatifs modifiés (reliés aux modalités de rémunération)

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 de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut demander 35 % des honoraires pour les services médicaux rendus dans ces établissements.

639 : Vous avez utilisé un modificateur qui ne peut être accepté dans l'établissement identifié sur votre demande de paiement (réf. Préambule général, règle 1.4, l'Annexe IX de l'Entente, article 5.3 ou 5.4, Lettre d'entente n° 82 ou n° 90, ou l'Annexe XVIII).

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).

À venir : les frais de déplacement feront partie d'une nouvelle annexe dans l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

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

À noter que ce communiqué ainsi que les 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 ou avec le service de l'assistance aux professionnels, aux numéros de téléphone : (418) 643-8210 (Québec)
(514) 873-3480 (Montréal)

courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Source : Direction de la normalisation et des services techniques
Comm. 029/00-06-29

c.c. Développeurs de logiciels de facturation
Agences commerciales de traitement de données
Médecins ayant fait du dépannage la dernière année

ARTICLE 30.00 DE L'ENTENTE GÉNÉRALE

30.00 MÉCANISME DE DÉPANNAGE

30.01 Le Ministre et la Fédération conviennent d'instituer un mécanisme de dépannage afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle en établissement. Il ne s'applique que dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et dans les centres locaux de services communautaires du réseau de garde intégré.

Le dépannage peut consister en outre, dans certains cas jugés exceptionnels par le Ministre, en la dispensation de services dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Aux fins de l'application du présent article, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale détermine les critères d'admissibilité au présent mécanisme de dépannage, désigne l'établissement et la durée de leur désignation. Pour être admissible audit mécanisme de dépannage, un établissement doit être confronté à une pénurie d'effectifs médicaux.

Le comité paritaire informe les établissements requérant l'accès au mécanisme de dépannage des conditions d'admissibilité.

30.02 Une banque de noms de médecins volontaires est établie par le Ministère conjointement avec la Fédération selon la procédure établie par le comité paritaire.

30.03 Le médecin dépêché auprès d'un établissement dans le cadre du mécanisme de dépannage est rémunéré **selon les modalités apparaissant à l'annexe XVIII de l'Entente**, selon le taux applicable dans le territoire concerné, pour tous les services professionnels qu'il fournit.

30.04 Un médecin ne peut être dépêché dans le cadre du dépannage que s'il remplit les conditions suivantes :

- Il n'exerce pas autrement que dans le cadre du mécanisme du dépannage dans l'établissement où il est dépêché **sous réserve de l'exception suivante : il est dépêché dans une des installations de l'établissement auquel il est rattaché, mais cette installation est située à plus de 60 km de l'installation où il exerce de façon régulière ;**
- Il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail de services dans l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière ;
- L'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière n'est ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire.

30.05 Les frais de déplacement (transport et temps de déplacement) sont remboursés au médecin par la Régie selon les modalités suivantes :

a) La Régie lui paie les frais réels de transport (avion, train, taxi* ou location de voiture**) OU

au taux de 0,50 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile. On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement. Cette distance est établie suivant la publication *Distances routières* du ministère du Transport du gouvernement du Québec.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

AVIS : *Pour demander le remboursement des frais de transport :*

Rémunération à l'acte : *Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être facturés sur une « Demande de paiement » identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins ;*

1. Utilisation du véhicule personnel :

1.1 *remplir le formulaire « Demande de paiement » #1200 de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.) ;*

1.2 *indiquer dans la case Distance, le déplacement en kilomètres distance unidirectionnelle ;*

1.3 *inscrire dans la case Honoraires adjacente, le montant correspondant ;*

1.4 *joindre reçus originaux d'essence ;*

1.5 *le formulaire #1988 n'est pas obligatoire ; toutefois, il peut être rempli lorsqu'une description détaillée est requise ;*

1.6 *s'il y a du temps de déplacement, voir Avis à l'article 30.06.*

2. Moyen de transport autre que le véhicule personnel :

2.1 *remplir le formulaire « Demande de paiement » #1200 de façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.) ;*

2.2 *inscrire le code 9991 dans la section « ACTES », préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » #1988 ;*

2.3 *remplir le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement » #1988 en y précisant le détail de toutes les dépenses encourues, en identifiant « omnipraticien », en cochant « Acte » comme mode de rémunération et inscrire dans la case prévue à cette fin, le numéro de la demande de paiement #1200 visée par le déplacement ;*

2.4 *attacher au formulaire #1988 les pièces justificatives (reçus, billets, etc.) et joindre le tout au formulaire #1200. Pour le billet d'avion, une télécopie est acceptée selon certaines conditions : le nom du destinataire doit être précisé sur la feuille de la compagnie aérienne et la signature originale du professionnel doit être apposée sur cette feuille, laquelle contient les renseignements relatifs au déplacement.*

2.5 *s'il y a du temps de déplacement, voir Avis à l'article 30.06.*

Rémunération au tarif horaire :

1. Lors de l'utilisation de son véhicule personnel, le médecin à tarif horaire demande le remboursement de ses frais de transport sur la « Demande de paiement – Vacation et honoraires forfaitaires » #1215. Il lui est toujours possible de remplir également le formulaire #1988, surtout s'il a beaucoup de détails à fournir ;

2. Pour les coûts de transport autres que ceux reliés au véhicule personnel, le médecin doit obligatoirement joindre le formulaire #1988 à sa demande de paiement #1215. Pour le billet d'avion, voir point 2.4 de l'Avis.

Il présente les pièces justificatives.

* L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

** La location d'une voiture est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun qui ne permet pas au médecin de se rendre dans la localité à desservir.

Elle peut aussi être autorisée par l'établissement pour permettre au médecin de se rendre de l'établissement à son lieu de séjour. Dans ce cas, le médecin est remboursé par l'établissement.

b) Le temps de déplacement est **payé** selon le taux horaire régulier prévu à la Partie II : Dispositions tarifaires de l'annexe XIV de l'entente générale et selon la durée établie aux paragraphes 30.06 et 30.07. La rémunération versée n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de cette annexe ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués. Le temps de déplacement est payé jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par trajet.

30.06 On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin :

a) Transport aérien ou ferroviaire :

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, une allocation d'une heure pour l'aller et le retour est également ajoutée pour compenser le temps de déplacement relié à l'utilisation de ce mode de transport.

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus :

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{kilométrage total (aller-retour)}}{80 \text{ km / heure}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies suivant la publication « Distances routières » du ministère des Transports du gouvernement du Québec.

AVIS : Pour demander le remboursement du temps de déplacement

Rémunération à l'acte :

1. Utiliser le même formulaire « Demande de paiement » #1200 sur lequel a été facturé le déplacement correspondant et inscrire le code **9992** dans la section "ACTES";
2. Inscrire la date, le nombre d'heures dans la case UNITÉS et le montant demandé dans la case HONORAIRES.

Rémunération au tarif horaire :

- Si le médecin utilise son véhicule personnel : il demande le temps de déplacement sur la "Demande de paiement" #1215 ;
- Pour les coûts de transport autres que le véhicule personnel : il doit obligatoirement utiliser le formulaire #1988.

30.07 Lorsqu'un médecin est retenu pour des raisons imprévues (exemples : une intempérie ou un retard de son envolée), la Régie compense, **sur présentation de** pièces justificatives, le médecin selon le taux horaire régulier prévu à la Partie II : Dispositions tarifaires de l'annexe XIV de l'entente générale pour son temps d'attente, jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par jour (y compris le temps de déplacement).

30.08 L'établissement paie les frais de séjour du médecin y compris la location de voiture dans les cas prévus au paragraphe 30.05. Les frais de séjour (repas, logement et autres frais) sont remboursés au médecin selon les modalités prévues dans la directive 5-74, refondue par le C.T. 141100 du 28 septembre 1982 et telle qu'amendée lors de la demande de remboursement.

30.09 Sauf dans les cas autorisés par le comité paritaire prévu au paragraphe 30.01, un médecin ne peut demander paiement de frais de déplacement (transport et temps de déplacement) qu'une seule fois **par** période de dépannage de journées consécutives pour le même établissement.

30.10 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze jours consécutifs de dépannage, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au sous-paragraphe a) du paragraphe 30.05.

30.11 Le médecin peut se faire rembourser les frais de transport lorsqu'il soumet à la Régie une copie du billet d'avion et une copie du paiement auxquelles est jointe une attestation de l'établissement confirmant le lieu et la durée du dépannage.

ANNEXE XVIII

Modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale

1.00 Dépannage dans un service d'urgence

1.01 Le médecin dépêché dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou d'un CLSC du réseau de garde intégré est rémunéré à l'acte si ce mode prévaut dans ce service d'urgence ou à tarif horaire si les services y sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire ;

Avis : *Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire #1200, y compris les examens et consultations ;
Pour la rémunération du tarif horaire : utiliser le code d'activités 0930 : Services cliniques (tarif horaire).*

1.02 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'établissement ne peut y être dépêché dans le cadre du dépannage s'il y a exercé de façon régulière au cours des deux dernières années précédant la période de dépannage.

2.00 Dépannage dans une unité de soins de courte durée

2.01 Le médecin dépêché dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est rémunéré, au choix du médecin, selon le mode de l'acte ou selon un forfait de 500 \$ auquel s'ajoute 35 % du tarif des services médicaux qu'il dispense ;

Avis : *Tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire #1200, y compris les examens et consultations.*

Lorsque le médecin opte pour le forfait, la période concernée est de 24 heures de services continus dont au moins huit (8) heures sur place. Le médecin manifeste son choix de mode de rémunération au début de sa période de dépannage ;

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;

POUR LA FACTURATION DU FORFAIT :

Avis : Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement – Médecin » #1200 et y inscrire les données suivantes :

- **XXXX01010112** dans la case réservée au numéro d'assurance maladie ;
- le code d'acte **9777** dans la case CODE de la section « **ACTES** » ;
- le code d'établissement approprié sauf le **OXXX1, OXXX7 et OXXX4** ;
- 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.

POUR LA FACTURATION DES SERVICES RENDUS À 35 % DES HONORAIRES, inscrire dans la section « **ACTES** » du formulaire « Demande de paiement – Médecin » #1200 :

- le modificateur 125 ou un de ses multiples pour chaque service 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 125 sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 – 125	266	0,175
093 – 125	267	0,35
094 – 125	268	0,35
045 – 125	269	0,385
045 – 094 – 125	305	0,385

2.02 Pendant une période de garde en disponibilité, le médecin est rémunéré à l'acte, selon les dispositions de l'entente générale, lorsqu'il se déplace auprès d'un patient admis ;

Avis : Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « **E** » dans la case CS. Tous les services doivent être facturés dans la section « **ACTES** », y compris les examens et consultations. Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %), en tenant compte de toute autre disposition de l'entente générale, s'il y a lieu.

2.03 Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de calendrier de 24 heures, et que le médecin a opté pour le forfait comme mode de rémunération, il est alors rémunéré au prorata des heures effectuées sur place ou en disponibilité durant cette période de 24 heures. Toutefois, le jour de son arrivée, la moitié des heures effectuées doit couvrir des services dispensés sur place ;

Avis : Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures et que le médecin a opté pour le forfait, suivre l'AVIS concernant le code 9777 (voir paragraphe 2.01, 2^e alinéa), 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 le service en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case « **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** ».

2.04 La rémunération visée par le forfait couvre l'ensemble des activités effectuées par le médecin auprès des patients admis qui lui sont confiés sous réserve **des paragraphes 2.02 et 4.01** ;

2.05 Un seul médecin à la fois peut bénéficier des modalités de rémunération prévues au présent article ;

2.06 Malgré le paragraphe **2.05**, lorsque le degré de la pénurie d'effectifs et le nombre de lits le justifient, le comité paritaire peut autoriser un deuxième médecin pouvant bénéficier des modalités de rémunération prévues au présent article ;

2.07 La durée de l'assignation dans une unité de soins de courte durée est d'au moins sept (7) jours consécutifs comprenant la durée de transport sauf sur autorisation du comité paritaire ;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions prévues au présent article ne peut recevoir, pour une même journée, aucune autre rémunération sous réserve **des paragraphes 2.02 et 4.01** ;

2.09 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'établissement ne peut y être dépêché dans le cadre du dépannage s'il y a exercé de façon régulière au cours des deux (2) dernières années précédant la période de dépannage ;

3.00 Dépannage en obstétrique

3.01 Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, est rémunéré selon un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures, rémunérées à tarif horaire ;

Avis : Utiliser le code d'activité **0906** : Forfait obstétrique

3.02 La rémunération prévue au paragraphe précédent couvre l'ensemble des services requis en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité ainsi que la garde en disponibilité ;

3.03 Le jour de son arrivée et le jour de son départ, pour bénéficier d'un forfait quotidien prévu au paragraphe 3.01, le médecin doit assurer une prestation de services d'au moins neuf (9) heures. Si sa prestation est moindre, il est alors payé au prorata des heures effectuées sur le forfait de neuf (9) heures ;

3.04 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions du présent article et exercer dans le cadre du dépannage en obstétrique dans un établissement situé à moins de quarante (40) kilomètres de sa résidence ;

3.05 Exceptionnellement, le médecin qui est désigné aux fins de l'application du présent article et qui accepte d'assumer les services auprès d'autres patients admis, est, sur autorisation du comité paritaire, rémunéré à l'acte pour ces services ;

***Avis :** Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %) et être facturés dans la section « **ACTES** » du formulaire #1200 en tenant compte de toute autre disposition de l'entente générale, s'il y a lieu.*

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.05, le médecin ne peut recevoir, pour une journée pendant laquelle il se prévaut des dispositions du présent article, aucune autre rémunération sauf s'il se prévaut d'une partie de forfait en vertu des dispositions prévues au paragraphe 3.03 ;

4.00 Dispositions générales

4.01 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'article 1.00 ou du forfait prévu à l'article 2.00 est rémunéré à l'acte selon les dispositions de l'entente générale pour les services reliés à un accouchement et facturés en vertu de l'onglet "Obstétrique" du Manuel des médecins omnipraticiens ;

***Avis :** Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %) et être facturés dans la section « **ACTES** » du formulaire #1200 en tenant compte de toute autre disposition de l'entente générale, s'il y a lieu.*

4.02 Un médecin ne peut se prévaloir concurremment, pour une même journée de calendrier, des dispositions prévues aux articles 1.00, 2.00 ou 3.00 ;

4.03 La rémunération versée en vertu de la présente annexe n'est pas comptée dans le calcul du revenu aux fins de l'article 5.00 de l'annexe IX ;

4.04 La rémunération versée selon le mode du tarif horaire en vertu de la présente annexe n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV de l'entente générale ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués ;

5.00 Comité paritaire

5.01 Le comité paritaire a pour fonctions d'administrer la présente annexe. Pour ce faire, il doit notamment :

- a) informer la Régie du nom des médecins autorisés à faire du dépannage et, le cas échéant, du mode de rémunération choisi par le médecin ;
- b) transmettre à la Régie le nom des établissements désignés en vertu des dispositions de l'article 30.00 de l'entente générale et de la présente annexe ainsi que des périodes de désignation ;
- c) transmettre à la Régie le nom du médecin autorisé à se prévaloir des dispositions du paragraphe **3.05** de la présente annexe ;

6.00 Équipe intra-régionale

6.01 Au 1^{er} avril 2001, le département régional de médecine générale d'une région, en accord avec la régie régionale concernée, peut, suite à la mise en place d'une équipe intra-régionale de médecins dépanneurs à laquelle s'adjoignent, si nécessaire, des médecins extérieurs à la région, demander de se voir confier la gestion du mécanisme du dépannage selon des modalités qui seront précisées par les parties. Les leviers financiers requis pour supporter l'équipe intra-régionale seront alors mis à sa disposition.

7.00 Mise en vigueur

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