

# COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>  
Courriel : [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto: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 27 novembre 2001

À l'attention des médecins omnipraticiens

## Amendement n° 77 et

**Précision quant à la facturation simultanée des codes 0071 et 9100**  
(supplément de responsabilité et examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie)

**Message explicatif 220** (correction suite à l'Amendement n° 75)

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu de l'Amendement n° 77 qui vous est présenté *sous réserve des approbations gouvernementales*. Les dispositions prennent effet le **1<sup>er</sup> décembre 2001** sauf l'article 2 g) qui prend effet le **1<sup>er</sup> juillet 2001**. Les documents officiels modifiés par cet amendement sont les suivants :

- ◆ **Annexe V** : tarif des actes médicaux (préambule général, consultation et examen);
- ◆ **Annexe IX** : conditions d'application des tarifs.

### FAITS SAILLANTS

#### 1. Annexe V (tarif des actes médicaux **préambule général**)

Prend effet le **1<sup>er</sup> décembre 2001**.

##### 1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence

**Hausse** du montant du forfait compensatoire (codes 9998 et 9994) pour la garde de 0 h à 8 h de 450 \$ à **500 \$** et augmentation du pourcentage (modificateur 097) s'appliquant au tarif des actes effectués de 0 h à 8 h, de 75 % à **90 %**;

(Voyez le [texte paraphé](#) et l'avis modifié, pages 1 et 2)

2. Annexe V (tarif des actes médicaux, **consultation et examen**)

Prend effet le **1<sup>er</sup> décembre 2001** sauf **2 g**) prenant effet le **1<sup>er</sup> juillet 2001**

- ◆ **Hausse des tarifs** pour les actes reliés aux consultations et aux examens **en cabinet et à domicile** incluant l'examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie; de plus, le tarif est augmenté pour *l'examen psychiatrique* complet et complet majeur pour le patient **inscrit** dans un CHSGS et dans un CLSC;  
(Voyez le texte paraphé, **art. 2 a) et b)** pages 3 et 4)
- ◆ **Patients de 60 ans mais de moins de 70 ans** : nouvelle tranche d'âge pour l'examen **en cabinet et à domicile**;  
(Voyez le texte et les nouveaux codes, art. 2 d), page 5)
- ◆ **Patients de 70 ans ou plus** : **hausse** de tarif pour les actes reliés aux consultations et aux examens **en cabinet et à domicile** incluant l'examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie; à noter que l'examen à domicile pour un patient supplémentaire sous un même toit se facture dorénavant par tranches d'âges : *70-79 ans, 80 ans ou plus*;  
(Voyez le texte paraphé, art. 2 c) pages 4 et 5 et 2 e) pages 5 et 6)
- ◆ **Examen** du patient de **70 ans ou plus inscrit** dans un CHSGS et dans un CLSC : **ajout** des tranches d'âge *70-79 ans* et *80 ans ou plus* pour l'examen ordinaire au service d'urgence ou en clinique externe, complet et complet majeur au service d'urgence;  
(Voyez le texte, art. 2 e), pages 6 et 7)
- ◆ **Hausse de tarif** pour la thérapie psychiatrique de soutien **en cabinet**;  
(Voyez le texte, art. 2 f), page 7)
- ◆ **Obstétrique** : hausse de tarif pour les accouchements : codes 6903, 6933, 6943;  
(Voyez le texte, art. 2 g), page 8 )

**NOTE : L'article 2g) sur l'obstétrique, prenant effet le 1<sup>er</sup> juillet 2001, une révision sera effectuée par la Régie.**

3. Annexe IX (conditions d'application des tarifs)

Prend effet le **1<sup>er</sup> décembre 2001**

- ◆ **Rehaussement du plafond trimestriel à 51 375 \$ à compter du 1<sup>er</sup> juin 2001 et à 53 250 \$ à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2001**;  
(Voyez le texte, art. 3a) et 3b), page 8)
- ◆ **Remplacement des alinéas 13 et 14 du paragraphe 5.3**;  
L'Amendement n° 77 vient exclure du plafond trimestriel, **en tout temps**, les services à l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un établissement du réseau de garde intégré, ceux effectués dans le cadre de l'Entente particulière sur le système pré-hospitalier d'urgence de Montréal-Centre et Laval, les services dispensés en CHSLD et dans une unité de longue durée d'un centre hospitalier;  
(Voyez le texte, art. 3c), pages 8 et 9)

**L'alinéa 3** actuel du paragraphe 5.4 est **biffé**, ces services étant dorénavant exclus du plafond;

(Voyez le texte, art. 3d), page 9)

## CHANGEMENTS À EFFECTUER DANS VOTRE MANUEL DE FACTURATION

Veillez prendre note des changements suivants dans votre manuel de facturation pour tenir compte de l'Amendement n° 77 :

**Manuel de facturation**, onglet « Rédaction de la demande de paiement »

Page 26 : Modificateurs multiples :

Modifier :	094 – 097 (1 <sup>re</sup> colonne)	214 (2 <sup>e</sup> colonne)	<b>0,90</b> (3 <sup>e</sup> colonne)
------------	--	---------------------------------	---

**Manuel de facturation**, onglet « Rédaction de la demande de paiement »

Page 27 : Autres situations :

**Sous Annexe IX** (Art. 5.3 ou 5.4), le texte est modifié comme suit :

- Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré;
- Après d'un malade admis en CH (courte durée), samedi, dimanche, jour férié ou tout autre jour, dans ce dernier cas, pour les examens et consultations d'urgence avec déplacement de 20 h à 8 h;
- Dans une unité de longue durée en CH ou en CHSLD;

Sauf lorsque le modificateur 045, 065, 096, 097, **105**, 106 ou 107 s'applique.....**MOD=061**

- Si le modificateur 061, 065, 096, 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, sauf si le modificateur 210, 211, 213, 214, 224, **234**, 235, 236, 279, 310 ou 311 peut être utilisé ..... **MOD=062**

**Sous Annexe IX** (Art. 5.3 ou 5.4), le texte suivant doit être **enlevé** :

- Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré en semaine, (du lundi au vendredi) de 8 h à 20 h, sauf si le modificateur 105 s'applique ..... **MOD=961**
- Si le modificateur 961 ou 105 doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), sauf si le modificateur 234 peut être utilisé ..... **MOD=062**

**Manuel de facturation**, onglet « Messages explicatifs »

Page 18 : La modification suivante doit être apportée au message explicatif 685 :

**685** Facturation inexacte du modificateur 061. Voir Annexe IX articles 5.3 ou 5.4 de l'Entente. Veuillez refacturer en utilisant le modificateur 045, 065, 096, 097, 105, 106 ou 107 seulement.

**Manuel de facturation**, onglet « Préambule général »

Page A-3 : **Règle 1.1.6** Lieu de pratique, b. Domicile, l'AVIS est modifié comme suit :

**AVIS :** *Le code d'acte 0075 doit être réclamé seulement pour les deux premiers patients additionnels. Si d'autres patients sont vus au cours de la même séance, le médecin doit alors réclamer un des codes d'acte suivants : 0022, 0074, 8873, 8874, 8878, 8879, 8880 et 8881.*

**Manuel de facturation**, onglet « Consultation et examen »

Certains codes d'acte sont abolis et remplacés par d'autres codes.

Page B-6

**Codes d'acte abolis**

**Remplacés par les nouveaux codes d'acte**

Au cabinet

0001	8870
0050	8871
0052	8872

Page B-7

À domicile

0040	8873
0093	8874

-----

**AUTRES CHANGEMENTS À EFFECTUER DANS VOTRE MANUEL DE FACTURATION**  
(non reliés à l'Amendement n° 77)

Veillez tenir compte de ces modifications à effectuer à l'onglet « Peau-Phanères-Tissu cellulaire sous-cutané »

Page F-9 : **sous le code d'acte 1373**, ajout de l'avis administratif suivant :

**AVIS :** *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte 1373 est facturé.*

Page F-10 : **l'avis sous le code d'acte 1417** doit être modifié comme suit :

**AVIS :** (\*) *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsqu'il s'agit de cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou*

Page F-11 : **le premier paragraphe de** l'AVIS sous le titre « **Réparation** » doit être modifié comme suit :

**AVIS :** *Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : inscrire le **numéro de l'autorisation** accordée au préalable par la Régie pour les codes 1401, 1419, 1420 et 1465. Il en est de même pour les codes **1421 et 1422 (sauf pour la réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein).***

-----

## **CHANGEMENT À EFFECTUER DANS VOTRE BROCHURE N° 1** (onglet Entente, Annexe IX, page 68)

Sous l'alinéa 17, l'AVIS intitulé « Rémunération à l'acte » est remplacé par le suivant :

**AVIS :** *Rémunération à l'acte : La Régie est en mesure d'identifier ces situations, sauf pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, dans ce cas, se référer à l'AVIS de l'alinéa 13, « Rémunération à l'acte ».*

NOTE : Ces changements seront apportés dans votre manuel et brochure lors d'une prochaine mise à jour.

## **PRÉCISION QUANT À LA FACTURATION SIMULTANÉE DES CODES 0071 et 9100**

Si vous effectuez un examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et rédigez le formulaire approprié, (P.G. 2.2.6), **code 9100**, vous pouvez également, si vous êtes admissible, facturer le supplément de responsabilité (P.G. 2.4.7.8), **code 0071**. Le supplément s'applique au patient **admis** en soins de courte durée dans les établissements désignés. Dans ce cas, il doit être facturé le jour même de l'examen et sur la même demande de paiement.

Nous vous informons qu'une révision est en cours pour les demandes de paiement de l'acte 0071 qui auraient été refusées pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2000 au 28 juillet 2001.

Par ailleurs, **si** vous avez déjà facturé l'acte **9100** et que vous remplissiez les conditions pour facturer également le **0071** mais que vous ne l'avez pas fait, vous pouvez réclamer **seulement le supplément de responsabilité** sur une demande de paiement.

## **MESSAGE EXPLICATIF 220** (correction suite à l'Amendement n° 75)

Pour faire suite à l'ajout du nouvel examen de prise en charge de grossesse (0059) dans le cadre de l'Amendement n° 75, veuillez effectuer la correction suivante au message 220 :

**220** Un seul examen complet majeur est payable par année pour un patient (réf. : Préambule général, règles 2.2.3 et 2.2.3A).

NOTE: Ce communiqué ainsi que le texte paraphé de l'Amendement n° 77 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. [Texte paraphé de l'Amendement n° 77](#)

c. c. Directeurs des services professionnels des CHSGS et des CLSC;  
Développeurs de logiciels de facturation et  
Agences commerciales de traitement des données – Médecine

## TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 77

Les dispositions de l'entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation, intervenue le 1<sup>er</sup> septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, telles que modifiées subséquemment, sont de nouveaux amendées comme suit :

## LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'annexe V de l'Entente, intitulée « **Tarif des actes médicaux** », sous la section préambule général, est de nouveau modifiée en remplaçant le paragraphe 1.4 de ce préambule par la disposition suivante :

**« 1.4 RÉMUNÉRATION POUR LA GARDE SUR PLACE À L'URGENCE**

Après d'un établissement qui exploite soit un centre hospitalier, soit un CLSC du réseau de garde ou, lorsqu'il fait l'objet d'une désignation par les parties, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne à chacune des périodes visées mentionnées ci-après et, s'il en est, les services médicaux alors dispensés par le médecin sont, selon le choix quotidien du médecin qui assume seul cette garde, rémunérés :

- a) soit selon la rémunération à l'acte ;
- b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout, pour une période de garde de 0 h à 8 h, d'un forfait compensatoire de 500 \$ et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, d'un forfait compensatoire de 122,50 \$.

Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire de 500 \$, divisible en heures, pour une période s'échelonnant entre 0 h à 8 h. L'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures annuelles est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération.

Lorsque le médecin se prévaut de la formule de rémunération établie à l'alinéa b) ci-dessus, le modificateur pertinent, tel que ci-après déterminé, s'applique à la rémunération de tous les services médicaux alors dispensés dans le centre hospitalier par ce médecin, à l'exception toutefois de l'honoraire prévu pour l'accouchement et de la rémunération des 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) lesquels sont rémunérés à 100 % de leur valeur.

Aux fins de l'application de l'alinéa b) ci-dessus et du sous-paragraphe précédent, les vocables « pourcentage pertinent » et « modificateur pertinent » signifient, pour une période de garde de 0 h à 8 h, 90 % (MOD=097) et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, 50 % (MOD=096).

Sous réserve du deuxième alinéa ci-dessus, si un établissement opère deux (2) services d'urgence de première ligne situés dans deux (2) pavillons géographiquement distincts, chacun des médecins assurant, seul, la garde sur place dans l'un ou l'autre de ces pavillons peut se prévaloir de l'une des options prévues au présent article. »

**AVIS :** • *Si l'option b) est choisie, remplir la première demande de paiement pour l'ensemble des personnes assurées en inscrivant sur une demande de paiement n°1200 les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; le code 9998 ou 9996; le code d'établissement; le forfait de 500,00 \$ ou 122,50 \$, selon le cas (soumis à la rémunération différente).*
- ***Si plus d'un médecin est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h :***
  - *XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; le code 9994 (500,00 \$) et le code d'établissement désigné; les honoraires du forfait sur une base horaire;*
  - *le nombre total d'heures effectuées durant la période de garde dans la case UNITÉS; l'heure de début et de fin de la période continue de garde ou de chacune des plages d'heures durant la même période de garde, s'il y a lieu, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*
- ***Établissements désignés non adhérents à l'entente particulière garde sur place :***
  - CH Le Gardeur (01417); Hôpital général du Lakeshore (00407);*
  - CHUM : Hôpital Notre-Dame du CHUM (00207) et Hôpital Royal Victoria (00257).*
- ***Établissements désignés adhérents à l'entente particulière garde sur place :***
  - CHUQ : Pavillon CHUL (02137); CHR de Trois-Rivières - Pavillon St-Joseph (01827);*
  - CHUS : Hôtel-Dieu (01107); Hôpital du Sacré-Coeur de Mtl (00277); Hôpital Santa Cabrini (00357); Hôtel-Dieu du CHUM (00067); Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel Lamoureux (00157); Hôpital St-Luc du CHUM (00307); CH St-Eustache (01457); CU de santé McGill (00187); CHA Pavillon Enfant-Jésus (02037) et Complexe hospitalier de la Sagamie (02477).*
- *Les services rendus durant la période comprise entre 20 h et 24 h doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes, en inscrivant le modificateur 096 (50 % des honoraires) pour chacun des actes pour établissements non adhérents ou 106 (35 % des honoraires) pour établissements adhérents. Pour la période comprise entre 0 h et 8 h, utiliser le modificateur 097 (90 % des honoraires) pour chacun des actes.*
- *Si les modificateurs doivent être utilisés simultanément avec d'autre(s) modificateur(s). Voir 4.2.6.4 et 4.6.2A sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».*
- ***CHSLD désignés : CH Chauveau (02327);***
  - Hôpital Ste-Anne de Beaupré (02347) et Hôpital Jeffery Hale (02057).*

2. L'annexe V de l'Entente, intitulée « **Tarif des actes médicaux** », sous la section « **Consultation et examen** », est de nouveau modifiée de la façon suivante:

a) En remplaçant, sous le titre « **Consultation** », les mentions relatives aux actes ci-après déterminés, par les codes, libellés et tarifs suivants :

« **Consultation** (Réf. Préambule général, règles 2.1 et 2.2.9 A)

0061	mineure (P.G. 2.2.9.A)	30,15
9102	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	60,35
9103	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9.A)	60,35
0060	ordinaire (P.G. 2.2.9.A)	43,55
9104	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	60,35
9225	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9.A)	60,35
0062	majeure (P.G. 2.2.9.A)	60,35
9226	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	60,35
9227	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9.A)	60,35
8800	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9.A)	43,55
8801	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	60,35
8802	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9.A)	60,35
8803	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9.A)	60,35
8804	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	60,35
8805	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9.A)	60,35 »

b) En remplaçant, sous le titre « **Examen** », les mentions relatives aux actes ci-après déterminés, par les codes, libellés et tarifs suivants :

« **Examen** (Réf. Préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9 A, 2.2.9 C et 2.4.7)

**AVIS:** Veuillez vous assurer d'utiliser le code d'acte correspondant à l'âge de la personne assurée.

9092	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G.2.2.9.A)	15,05
------	---	-------

<b>au cabinet</b>		
8870	ordinaire	15,70
8871	complet	31,40
8872	complet majeur	58,05
0059	examen de prise en charge de grossesse	58,05
8901	psychiatrique complet	37,00
8902	psychiatrique complet majeur	58,15
0058	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h	40,85

<b>à domicile</b>		
premier patient		
0002	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence	36,00
0012	en tout temps, pour un examen d'urgence	40,95
patient supplémentaire, sous le même toit		
8873	examen ordinaire	15,70
8874	examen complet	31,40

<b>Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie</b> (P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)		
0007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	66,95
0008	de 0 h à 7 h	103,00
0075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	51,50

<b>dans un centre hospitalier de soins de courte durée et dans un C.L.S.C.</b>		
psychiatrique complet		
patient inscrit		
8807	sans déplacement	24,55
8808	d'urgence avec déplacement	44,50
psychiatrique complet majeur		
patient inscrit		
8809	sans déplacement	44,50
8810	d'urgence avec déplacement	44,50 »

c) En remplaçant, sous le titre « **Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus** », les mentions relatives aux actes ci-après déterminés, par les titres, codes, libellés et tarifs suivants :

« **Consultation** (Réf. Préambule général, règles 2.1, 2.2.9 A et 2.4.7)

9231	mineure (P.G. 2.2.9 A)	32,35
9232	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	64,75
9233	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	64,75

9234	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	46,85
9235	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	64,75
9236	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	64,75
9237	majeure (P.G. 2.2.9 A)	64,75
9238	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	64,75
9239	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	64,75
8813	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	46,85
8814	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	64,75
8815	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	64,75
8926	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	64,75
8927	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	64,75
8928	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	64,75 »

- d) En ajoutant, sous le titre « **Examen** » suite aux mentions relatives aux examens faits **dans un centre hospitalier de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS** le titre et les mentions relatives aux actes ci-après déterminés dispensés au bénéficiaire d'un patient âgé de 60 ans mais de moins de 70 ans :

« **Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans**

(les tarifs des actes n'apparaissant pas ci-dessous sont ceux s'appliquant pour les patients de moins de 70 ans) (réf. Préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.3, 2.4.7)

au cabinet

0009	ordinaire	16,55
0011	complet	33,00
0021	complet majeur	61,05

à domicile

patient supplémentaire sous un même toit

0022	examen ordinaire	16,55
0074	examen complet	33,00 »

- e) En remplaçant, sous le titre « **Examen** », les mentions relatives aux actes ci-après déterminés, dispensés au bénéficiaire d'un patient âgé de **70 ans ou plus**, par les codes, libellés et tarifs suivants :

« **Examen (70 ans ou plus)** (Réf. Préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9 A, 2.2.9 C et 2.4.7)

**AVIS :** Veuillez vous assurer d'utiliser le code d'acte correspondant à l'âge de la personne assurée.

9093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G.2.2.9.A)	16,15
	au cabinet	
9034	ordinaire 70 - 79 ans	19,00
9035	complet 70 – 79 ans	38,15
9036	complet majeur 70 – 79 ans	69,85
9038	ordinaire 80 ans ou plus	19,85
9039	complet 80 ans ou plus	39,90
9040	complet majeur 80 ans ou plus	73,05
8930	psychiatrique complet	42,25
8931	psychiatrique complet majeur	63,50
9240	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h	43,80
	à domicile	
	premier patient	
9247	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence (70 ans ou plus )	39,90
9110	en tout temps, pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	45,05
	patient supplémentaire, sous le même toit	
8878	examen ordinaire 70 – 79 ans	19,00
8879	examen complet 70 – 79 ans	38,15
8880	examen ordinaire 80 ans ou plus	19,85
8881	examen complet 80 ans ou plus	39,90

**Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie**  
(P.G.1.1.6 b et 2.2.6 A)

0007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	66,95
0008	de 0 h à 7 h	103,00
0075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	51,50

**Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)  
pour sa partie soins de courte durée et dans un C.L.S.C.**

**AVIS :** Veuillez vous assurer d'utiliser le code d'acte correspondant à l'âge de la personne assurée.

ordinaire

	patient inscrit (service d'urgence et clinique externe) sans déplacement	
8882	ordinaire 70-79	12,15
8883	ordinaire 80 ans ou plus	12,70
	d'urgence avec déplacement	
8884	ordinaire 70-79	44,20
8885	ordinaire 80 ans ou plus	46,20

complet

patient inscrit (service d'urgence)  
sans déplacement

8886	complet 70-79	34,35
8887	complet 80 ans ou plus	35,90
	d'urgence avec déplacement	
8888	complet 70-79	44,25
8889	complet 80 ans ou plus	46,20
	complet majeur	
	patient inscrit (service d'urgence)	
	sans déplacement	
8890	complet majeur 70-79	62,95
8891	complet majeur 80 ans ou plus	65,85
	d'urgence avec déplacement	
8892	complet majeur 70-79	62,95
8893	complet majeur 80 ans ou plus	65,85
	psychiatrique complet	
	patient inscrit (service d'urgence)	
	sans déplacement	
8828	psychiatrique complet	36,65
	d'urgence avec déplacement	
8829	psychiatrique complet	45,75
	psychiatrique complet majeur	
	patient inscrit (service d'urgence)	
	sans déplacement	
8830	psychiatrique complet majeur	58,00
	d'urgence avec déplacement	
8831	psychiatrique complet majeur	58,00 »

f) En remplaçant, sous le titre « **Thérapie psychiatrique de soutien** », les mentions relatives aux actes ci-après déterminés, par les codes, libellés et tarifs suivants :

« **en cabinet**  
individuelle

Association examen/thérapie au tarif régulier (**une seule fois par période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de l'association**)

8929	Examen (tarif de l'examen) thérapie (par période de trente (30) minutes)	32,85
	Toute autre thérapie ( <b>durant la même période de quatre-vingt-dix (90) jours</b> )	
8910	Thérapie non associée à un examen : par période de trente (30) minutes	32,85
8911	Thérapie associée à un examen : par période de trente (30) minutes	32,85
8912	examen (quel qu'il soit)	10,65
	collective	
8934	par période de trente (30) minutes	32,85 »

- g) En remplaçant, à la section « **Obstétrique** », les mentions relatives aux actes ci-après déterminés, par les codes, libellés et tarifs suivants :

		R=1	R=2
« 6903	Accouchement	315,00	5
6933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement	300,00	
6943	Accouchement : samedi, dimanche, journée fériée ou de 19 h à 7 h	420,00	5 »

3. L'annexe IX de l'Entente, intitulée « **Conditions d'application des tarifs** », est de nouveau modifiée de la façon suivante :

- a) En remplaçant, à son paragraphe 5.1, le dernier sous-paragraphe de cette disposition par le suivant :

« Pour le trimestre débutant le 1<sup>er</sup> juin 2001, le plafond trimestriel, applicable est fixé à 51 375 \$. »

- b) En ajoutant, à son paragraphe 5.1, le sous-paragraphe suivant :

« À compter du 1<sup>er</sup> décembre 2001, le plafond trimestriel, applicable à un trimestre donné, est fixé à 53 250 \$. »

- c) En remplaçant, à son paragraphe 5.3, les alinéas 13) et 14) par les suivants :

« 13) les honoraires versés pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un centre hospitalier (CH), d'un service d'urgence d'un établissement du réseau de garde intégré ou payés en vertu de l'entente particulière relative au système pré-hospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval (Corporation d'urgences santé de la région de Montréal-Métropolitain) ainsi que ceux versés pour les services dispensés dans une unité de longue durée d'un CH ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;

**AVIS :** Rémunération à l'acte : La Régie est en mesure d'identifier ces situations, sauf pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré. Utiliser le modificateur 061, sauf si le modificateur 096, 097, 105, 106 ou 107 s'applique selon l'Entente. Par contre, si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur 062 sauf si le modificateur multiple 210, 213, 214, 224, 234, 235, 236 ou 311 peut être utilisé (Voir 4.2.6.4, onglet « Rédaction de la demande de paiement »)

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire : Pour tout service à compter du **1<sup>er</sup> décembre 2001**, veuillez vous conformer aux instructions suivantes :

- Facturation en CH ( service d'urgence ) :

Samedi, dimanche, journée fériée: utiliser le secteur de dispensation 12 ou 17 <sup>(1)</sup>;

En semaine, de 20h à 8h : utiliser le secteur de dispensation 12;

En semaine, de 8h à 20h : utiliser le secteur de dispensation 07.

(1) Les conditions d'utilisation du secteur de dispensation 17 sont prévues aux articles 3. et 4 de la lettre d'entente n° 77;

- Facturation en CHSLD et en CH (longue durée) :  
En tout temps, utiliser le secteur de dispensation 04.
  - Facturation en CLSC (service d'urgence du réseau de garde intégré) :  
Samedi, dimanche et journée fériée : utiliser le secteur de dispensation 14 <sup>(2)</sup>;  
En semaine, de 20h à 8h : utiliser le secteur de dispensation 12;  
En semaine, de 8h à 20h : utiliser le secteur de dispensation 07;
  - Facturation à la Corporation d'urgences-santé : veuillez vous référer aux instructions de facturation prévues à l'entente particulière qui régit la Corporation.
- (2) Les conditions d'utilisation du secteur de dispensation 14 sont prévues à l'article 1. de la lettre d'entente n° 77.

14) les honoraires versés pour les services médicaux dispensés auprès d'un malade admis en CH, dans une unité de soins de courte durée, les samedi, dimanche, journée fériée ou tout autre jour, dans ce dernier cas, pour les accouchements effectués entre 19 h et 7 h, pour les examens, les consultations et autres soins obstétricaux d'urgence avec déplacement dispensés de 20h à 8h ; »

**AVIS :** Rémunération à l'acte : Utiliser le modificateur 061 sauf si le modificateur 045, 065, 096, 097, 106 ou 107 s'applique selon l'Entente. Par contre, si le modificateur 061, 065, 096, 097, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur 062 sauf si le modificateur multiple 210, 211, 213, 214, 226, 235, 236, 269, 273, 276 ou 306 peut être utilisé.

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire : Pour tout service à compter du **1<sup>er</sup> décembre 2001**, veuillez vous conformer aux instructions suivantes :

- Facturation pour des malades admis en CH (courte durée) :  
Samedi, dimanche et journée fériée : **Durant la tournée quotidienne ou en urgence**, utiliser le secteur de dispensation 15 <sup>(1)</sup> ainsi que les codes d'activités suivants :

**XXX016** : Examens, consultations et soins obstétricaux d'urgence, sans déplacement;

**XXX017** : Examens, consultations et soins obstétricaux d'urgence, avec déplacement;

**XXX030** : Services cliniques;

**XXX063** : Garde sur place;

Samedi, dimanche et journée fériée : **En dehors de la tournée quotidienne ou en urgence**, utiliser le secteur de dispensation 21 ainsi que les codes d'activités suivants :

**XXX030** : Services cliniques;

**XXX063** : Garde sur place;

En semaine, de 20h à 8h : n'utiliser aucun secteur de dispensation avec le code d'activité suivant :

**XXX017** : Examens, consultations et soins obstétricaux d'urgence, avec déplacement.

- (1) Les conditions d'utilisation du secteur de dispensation 15 sont prévues à l'article 15.05 de l'Entente pour les honoraires fixes et à l'Annexe XIV pour le tarif horaire.

d) En biffant l'alinéa 3) du paragraphe 5.4 et en renumérotant les alinéas suivants.

4. Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2001, sauf son article 2 g) qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2001.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2001.

---

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---

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