

COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
INFO PROF : Québec (418) 528-7763
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763



POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Assistance aux professionnels
Québec (418) 643-8210
Montréal (514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick 1 800 463-4776
Télécopieur
Québec (418) 646-9251
Montréal (514) 873-5951

Sillery, le 7 mars 2002

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendements n° 78 et n° 79 et renseignement administratif relié à l'Amendement n° 77

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu des Amendements n° 78 et n° 79 qui vous sont présentés sous réserve des approbations gouvernementales.

L'Amendement n° 78 introduit la **tarification de l'ultrasonographie à des fins obstétricales dans un CLSC désigné.**

L'Amendement n° 78 modifie le préambule particulier d'ultrasonographie des Services de laboratoire en établissement. Il découle de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie qui stipule notamment que le service d'ultrasonographie rendu dans certains CLSC, à des fins obstétricales, est un service considéré comme assuré (décret 1190 – 2001). **Six CLSC sont désignés à l'article 1 du texte paraphé joint en [partie II](#).**

Ces dispositions de l'Amendement n° 78 **prennent effet le 1^{er} novembre 2001.**

L'établissement doit faire parvenir à la Régie, le formulaire n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Services de laboratoire en établissement » pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis via le télécopieur au numéro (418) 646-8110 ou à l'adresse qui suit :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
Case postale 15000
Sillery (Québec) G1K 9H9

La facturation se fait sur le formulaire n° 1200 « demande de paiement – médecin ». Les codes à utiliser pour les actes d'ultrasonographie concernés sont les suivants: **8315, 8321, 8322, 8323, 8324, 8317, 8318, 8319.**

Si vous détenez un contrat à honoraires fixes ou à tarif horaire, vous n'avez pas à facturer ces actes (art. 3.02 de l'E.P. en CLSC).

1. **L'Annexe IX** est modifiée pour soustraire les honoraires d'échographie pelvienne ou obstétricale effectuée **en CH** et en **certains CLSC**, à la réduction de 75 % prévue lorsque le plafond trimestriel est atteint (voir texte paraphé, Partie II, page 1/2.).

Note : *une révision de traitement de plafond sera effectuée pour rembourser les médecins qui auraient pu subir une coupure de traitement.*

2. **L.E. n° 94** (Retour en pratique du médecin en allocation de fin de carrière ou départ assisté) : prolongation jusqu'au renouvellement de l'entente générale; cet article **prend effet le 1^{er} janvier 2002** (voir texte paraphé, Partie II, page 2/2).

L'Amendement n° 79 introduit notamment l'Entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du **Nunavik (17)** et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la **Baie James (18)**. Les dispositions **prennent effet le 1^{er} février 2002**.

Nous désignerons ci-après le terme « Entente particulière » par E.P. afin d'alléger le texte.

1. **Annexe XII** (rémunération différente) : le paragraphe 4.1 de la section II portant sur l'assurance responsabilité professionnelle est modifié pour ajouter les « **per diem et forfait** » à la liste des modes de rémunération du médecin donnant droit à un remboursement par la Régie. Cet ajout tient compte de la nouvelle E.P. dans les régions 17 et 18 (voir texte paraphé, [Partie III](#), page 1/1).
2. L'article 1.01 de l' **E.P.** concernant les médecins qui exercent leur profession dans le **Grand Nord** est remplacé en concordance avec la nouvelle E.P. dans les régions 17 et 18. La liste des établissements concernés est ajustée en enlevant ceux des régions 17 et 18 et en ajoutant le **CLSC Naskapi** pour la région 09 (voir texte paraphé, Partie III, page 1/1).
3. **Sommaire de la nouvelle E.P.** pour les territoires des régions 17 et 18 (voir [Partie IV](#))

Introduction d'un **per diem** (code d'activité 074030), d'un **forfait de garde** (code d'activité 074095) et de **mesures de continuité**. Le médecin en **dépannage** (codes d'activité 009030 et 009095) est rémunéré selon cette E.P. **sauf** les mesures de continuité. L'Annexe XII s'applique **sauf** pour les mesures de continuité.

Rémunération – Résumé

Mode de rémunération	Services couverts	Exigences ou conditions
Per diem de 1 000 \$ (code 074030) (code 009030 pour le médecin dépanneur)	Prise en charge de l'ensemble des services cliniques/24hres (journée calendrier), incluant le temps de déplacement d'une installation à une autre au cours d'une journée de services;	Services comprennent un minimum de 9 hres de services sur place et incluent les services cliniques dispensés pendant période de garde;
Prorata de 1 000 \$ en fonction des heures faites sur place	Ensemble des services cliniques sur une période inférieure à 24 hres, incluant le temps de déplacement;	Période de 12 hres de services cliniques (sur place ou en disponibilité) ou de moins de 9 hres de services sur place
Forfait quotidien de garde de 100 \$ (code 074095) (code 009095 pour le médecin dépanneur)	Garde en disponibilité Garde sur place	

Mode de rémunération	Services couverts	Exigences ou conditions
Honoraires fixes (HF) (Possibilité de droits acquis)	- HF durant les 5 premiers jours de la semaine débutant le lundi; Garde en disponibilité en dehors des heures régulières est payée sur base horaire, à la moitié du taux normal; - Il peut se prévaloir de l'E.P. pour les autres jours;	Médecin déjà à HF lors de l'entrée en vigueur de l'E.P. ou pour sa pratique précédant son début en territoire visé. Le comité paritaire doit transmettre à la Régie, le nom des médecins optant pour le maintien des HF ;
Option de l'acte	Services médico-administratifs de l'Annexe XIII (CSST)	Le médecin peut opter pour l'acte pour ces services.

Mesures de continuité (ne s'adressent pas aux médecins en *dépannage*)

- **Base d'application** : **possibilité de suppléments au per diem**, variables selon le *nombre de per diem versés sur une période de 52 semaines*.

Nombre de per diem

Montant

Entre 90 et 179
180 et plus

1 supplément de 60 \$ pour chaque per diem versé;
1 second supplément de 60 \$ pour chaque per diem versé.

- Notes** :
1. *Vous n'aurez pas à facturer le supplément; la Régie effectuera les paiements à date fixe soit en novembre 2002 et aux 6 mois par la suite;*
 2. *La rémunération majorée prévue à l'Annexe XII ne s'applique pas au supplément;*

- **Date de référence** :

- ◆ *pour le médecin détenant déjà une nomination dans un territoire visé* : date de prise d'effet de cette E.P. soit le **1^{er} février 2002**;
- ◆ *pour les autres médecins* : date d'arrivée devenant la première date de facturation en vertu de cette E.P. Cette date sera la référence pour les années ultérieures **SAUF** si interruption de pratique de plus de 12 mois déclenchant une nouvelle date d'arrivée;
- ◆ n'est pas considérée comme interruption de pratique, une période d'invalidité totale d'un (1) mois ou plus **et** un congé de maternité ou d'adoption jusqu'à 17 mois;

Note : *Si vous êtes concerné par l'une de ces situations, vous devez en aviser la Régie afin de prolonger votre période de référence. Vous devez préciser qu'il s'agit de l'E.P. du Nunavik et de la Baie James, la raison de l'absence et la période couverte; ne pas oublier de joindre les pièces justificatives appropriées. Les renseignements peuvent être transmis via le télécopieur au numéro (418) 646-8110 ou via la poste :*

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
Case postale 15000
Sillery (Québec) G1K 9H9

Modification au libellé du message explicatif 850

850 Conformément aux accords, lettres d'entente et ententes particulières relatifs aux modes de rémunération, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes, à la vacation, au tarif horaire *ou selon un per diem*.

RENSEIGNEMENT ADMINISTRATIF RELIÉ À L'AMENDEMENT N° 77

Suite à l'entrée en vigueur de **l'Amendement n° 77**, les modifications suivantes doivent être apportées :

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

Page 27 : Autres situations :

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

- Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré;
- Auprès d'un malade admis en CH (courte durée), samedi, dimanche, jour férié ou tout autre jour, dans ce dernier cas, pour les accouchements effectués entre 19 h et 7 h, pour les examens, consultations et autres soins obstétricaux d'urgence avec déplacement de 20 h à 8 h;

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, ou 311 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 article 5.3 de l'Entente. Veuillez refacturer en utilisant le modificateur 045, 065, 096, 097, 105, 106, 107 ou 108 seulement.

Ce communiqué, les documents paraphés ainsi que le formulaire n° 3051 sont disponibles dans le site Internet de la Régie, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>. Pour le formulaire n° 3051, vous le retrouvez sous la rubrique Établissements du réseau – formulaires relatifs à l'inscription. Vous pouvez aussi le commander par télécopieur au numéro de téléphone suivant : (418) 646-9251.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 78](#)
[Partie III – Texte paraphé de l'Amendement n° 79](#)
[Partie IV – Texte paraphé de l'Entente particulière dans les régions 17 et 18](#)

c. c. DG des CLSC concernés par l'Amendement n° 78
Directeurs généraux des régies régionales 17 et 18
Développeurs de logiciels de facturation et
Agences commerciales de traitement des données – Médecine

TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 78

Les dispositions de l'entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1^{er} 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 nouvelles amendées comme suit :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. **L'annexe V** de l'Entente, intitulée « **Tarif des actes médicaux** », est modifiée en remplaçant au préambule particulier d'ultrasonographie des **Services de laboratoire en établissement** les articles 1 et 5 par les suivants :

« 1. PRÉAMBULE

Ce préambule prévoit la tarification de l'ultrasonographie en centre hospitalier et dans les centres locaux de services communautaires énumérés ci-dessous :

1. Le Centre local de services communautaires des Faubourgs, région 06;
2. Le Centre local de services communautaires Rivière-des-Prairies, région 06;
3. Le Centre local de services communautaires Drummond, région 04;
4. Le Centre local de services communautaires Lamater, région 14;
5. Le Centre local de services communautaires Joliette, région 14;
6. Le Centre local de services communautaires la Presqu'île, région 16.

Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques, peut demander paiement d'un honoraire.

AVIS: *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, le formulaire n° 3051 « Avis d'assignation, Octroi de privilèges de pratique, Services de laboratoire en établissement » pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. L'avis d'assignation peut être transmis via le télécopieur au numéro (418) 646-8110 ou à l'adresse qui suit :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
Case postale 15000
Sillery (Québec) G1K 9H9*

Tous les examens d'ultrasonographie doivent être facturés sur le formulaire « Demande de paiement – Médecin » (n° 1200). Voir les règles 1 et 6.1 du présent préambule. L'identification du bénéficiaire est essentielle.

RÈGLE 5.
ENREGISTREMENT ET RAPPORT

5.1 Seules sont payées suivant ce tarif, les ultrasonographies dont l'enregistrement et le rapport d'examen sont consignés au dossier médical tenu par le centre hospitalier ou par le Centre local de services communautaires inclus à la liste énumérée à l'article 1. »

2. **L'annexe IX** de l'Entente, intitulée « **Conditions d'application des tarifs** », est de nouveau modifiée en ajoutant à son paragraphe 5.4 l'alinéa suivant :

« 6) les honoraires payés pour l'échographie pelvienne ou obstétricale faite en CH et en certains CLSC; »

3. La **lettre d'entente n° 94** du 31 janvier 2000 est reconduite jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

4. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} novembre 2001 pour ses articles 1 et 2 et le 1^{er} janvier 2002 pour son article 3.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____^e jour de _____ 2001.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 79

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'annexe XII de l'Entente, intitulée « **Annexe XII concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé** » est modifiée en remplaçant le paragraphe 4.1 de la section II, par le suivant :

« 4.1 Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à la vacation ou au per diem et forfait qui a sa résidence principale et exerce sa profession dans certains secteurs isolés énumérés à la section II de la présente annexe (secteurs II à V) a droit au remboursement par la Régie de la différence entre la prime totale qu'il a acquittée et la franchise prévue pour l'année en cours selon les dispositions de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle; »

2. L'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le **Grand-Nord** est modifiée en remplaçant son article 1.01 par le suivant :

« 1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent auprès des établissements suivants : le Centre de santé et de services sociaux de la Radissonie (Centre hospitalier La Grande Rivière), le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (Lourdes du Blanc Sablon), le Centre de santé de l'Hématite, le Centre de santé de la Minganie, le CLSC Naskapi ou l'un de leurs points de service. »

3. En ajoutant l'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17) et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) tel qu'apparaissant à l'annexe I des présentes.
4. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} février 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2001.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

Entente particulière

concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17) et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18)

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 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 certaines conditions d'exercice et de rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17) et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- 2.01** 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'applique au médecin qui exerce sa profession dans les territoires susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- 3.01** La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente, notamment :
- a) La dispensation des services médicaux dans l'un des territoires 17 ou 18 visés aux présentes;
 - b) Les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
 - c) Les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
 - d) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une autre personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;

- e) Les activités de planification, de coordination et d'évaluation;
- f) Les gardes afférentes à ces services qu'elles soient assurées sur place ou en disponibilité.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Sous réserve du paragraphe 4.02 ci-dessous, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, selon un per diem de 1000 \$ pour la prise en charge de l'ensemble des services cliniques pendant une période de 24 heures (journée de calendrier). Les services rémunérés en vertu du présent paragraphe doivent comprendre au moins neuf (9) heures de services sur place et ils incluent les services cliniques dispensés pendant une période de garde. Si ces services couvrent une période de douze (12) heures de services cliniques ou de moins de neuf (9) heures de services sur place, le médecin est alors rémunéré au prorata du per diem de 1000 \$ en fonction des heures faites sur place relativement à l'exigence de base de neuf (9) heures de services sur place;

AVIS : *Sur la «Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires»(n° 1215).*

- *Veillez utiliser le code d'activité suivant : **074030** : Services cliniques*
- *Veillez identifier le mode de rémunération comme suit : **PD** : per diem;*
- *Heures travaillées : pour fins de facturation, inscrire un **maximum de 9 heures**, 9 heures représentant le forfait de 1000\$; **si moins de 9 heures**, inscrire réellement les heures travaillées.*

4.02 La garde, sur place ou en disponibilité, effectuée par un médecin régi par la présente entente est rémunérée selon une formule prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits quotidiens de cent dollars (100 \$);

AVIS : - *Veillez utiliser le code d'activité suivant : **074095** : Forfait de garde (sur place ou en disponibilité);*

- *Veillez identifier le mode de rémunération comme suit : **PD** : per diem;*
- *Heures travaillées : inscrire le nombre de forfaits travaillés.*

4.03 Malgré les paragraphes précédents, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente;

AVIS : *Pour le mode de rémunération à l'acte, veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 pour la facturation des services médico-administratifs.*

4.04 Lorsque le déplacement du médecin d'une installation à une autre de l'établissement du territoire se fait au cours d'une journée où il dispense des services, son temps de déplacement est considéré au même titre que les services cliniques et comptabilisé pour le calcul du per diem.

4.05 La rémunération versée selon le per diem continue d'être majorée de 10 % pour les services cliniques lorsque ceux-ci sont dispensés un samedi, un dimanche ou un jour férié conformément au sous-paragraphe 2.2.9 du préambule général de l'Entente.

AVIS : *En CLSC, inscrire le secteur de dispensation 14;*

En CH, utiliser le secteur de dispensation 15.

Les activités donnant droit à ces majorations sont celles codées 074030 et 009030.

5.00 DROITS ACQUIS

- 5.01** Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes au moment de l'entrée en vigueur de la présente entente ou pour sa pratique précédant son début de pratique dans un territoire visé aux présentes peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique durant les cinq (5) premiers jours de la semaine commençant le lundi. Le cas échéant, les autres jours, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'article 4.00 des présentes;
- 5.02** Lorsque le médecin est rémunéré, pour une journée, selon le mode des honoraires fixes, sa garde en disponibilité, qui se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services, est rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 002030 : *Services cliniques*
- 002032 : *Rencontres multidisciplinaires*
- 002043 : *Tâches médico-administratives et hospitalières (à préciser par le médecin)*
- 002055 : *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- 002063 : *Garde sur place*
- 002081 : *Garde en disponibilité*
- 002094 : *Garde en disponibilité (Points de service)*
- 002098 : *Services de santé durant le délai de carence.*

- 5.03** Aux fins de l'application du paragraphe précédent, les vocables « taux normal applicable » signifient le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;
- 5.04** Le comité paritaire tient compte du nombre de médecins qui se prévalent des dispositions du présent article dans la détermination du nombre de per diem et de forfaits de garde requis pour la dispensation des services dans le territoire;
- 5.05** Le comité paritaire prévu à l'article 10.00 des présentes, informe la Régie du nom des médecins qui optent pour le maintien de leur mode de rémunération à honoraires fixes.

6.00 BANQUE DE PER DIEM ET DE FORFAITS DE GARDE ET RÉPARTITION

- 6.01** Sur la base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement du territoire, le comité paritaire détermine, par accord, pour chacun des établissements couverts par la présente entente, le nombre maximal de per diem et le nombre maximal de forfaits de garde requis pour la dispensation des services visés aux présentes pour une année;
- 6.02** La répartition des per diem et des forfaits de garde doit se faire par installation de l'établissement par le chef du département clinique de médecine générale ou par celui qui en assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP). Ce dernier en informe le comité paritaire;

6.03 Le DSP transmet au comité paritaire, à chaque trimestre, les données sur l'utilisation effective des per diem et des forfaits de garde par installation relevant des établissements visés aux présentes.

7.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

7.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement;

7.02 La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

8.00 DÉPANNAGE

8.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les dispositions de ce même article s'appliquent au médecin visé par le présent article, sous réserve des dispositions suivantes;

8.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès de l'établissement couvert par la présente est rémunéré selon les dispositions prévues à la présente entente à l'exception de celles relatives aux mesures de continuité apparaissant à l'article 9.00 des présentes;

AVIS : Sur la «Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires»(n° 1215) :

- *Veillez utiliser le code d'activité suivant : **009030** : Services cliniques;*
- *Veillez identifier le mode de rémunération comme suit : **PD** : per diem*
- *Heures travaillées : pour fins de facturation, inscrire un **maximum 9 heures**, 9 heures représentant le forfait de 1000 \$; si moins de 9 heures, inscrire réellement les heures travaillées.*
- *Veillez utiliser le code d'activité **009095** pour le forfait de garde (sur place ou en disponibilité) et identifier le mode de rémunération comme suit : **PD** : per diem;*
- *Heures travaillées : inscrire le nombre de forfaits travaillés.*

8.03 La période minimale de dépannage est établie à sept (7) jours, incluant le temps de transport. Cette période peut, avec l'autorisation du Ministre, être d'une durée moindre. Il en est ainsi lorsqu'une circonstance exceptionnelle oblige le médecin à abrégé son séjour. Cette circonstance exceptionnelle fait l'objet d'une considération spéciale;

8.04 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement;

- 8.05** Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

9.00 MESURES DE CONTINUITÉ

- 9.01** Dans les territoires visés par la présente entente particulière, les mesures de continuité suivantes s'appliquent :

Sur une période de cinquante-deux (52) semaines consécutives à partir de sa date d'arrivée, ou date de référence pour les années subséquentes, dans un territoire visé par la présente entente et sur la base du nombre de per diem versé;

- a) Le médecin qui a reçu 90 per diem pour ses activités professionnelles reçoit un supplément de 60 \$ par per diem payé;
- b) Le médecin qui a reçu 180 per diem pour ses activités professionnelles reçoit un second supplément de 60 \$ par per diem payé :

Aux fins des présentes, la date d'arrivée est celle de la première date de facturation en vertu de la présente entente. Sous réserve de l'alinéa suivant, toute interruption de pratique dans un territoire visé aux présentes de plus de douze (12) mois signifie la détermination d'une nouvelle date d'arrivée soit celle du retour dans un territoire visé aux présentes. Pour les années subséquentes, cette date devient la date de référence.

Une période d'invalidité totale d'un (1) mois ou plus ou une de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à concurrence de dix-sept (17) mois n'est pas considérée comme une interruption de pratique. Toutefois, cette période n'est pas comptabilisée aux fins des sous-paragraphe a) et b) du présent paragraphe.

- 9.02** La date d'arrivée du médecin qui détient une nomination dans l'établissement à la date de prise d'effet de la présente entente particulière est le 1^{er} février 2002;
- 9.03** La Régie verse les suppléments à date fixe. La première date de versement des suppléments se fait neuf (9) mois suivant la date de mise en vigueur de la présente entente. Par la suite, la Régie effectue le versement des suppléments à tous les six (6) mois;
- 9.04** Les suppléments prévus au présent article sont exclus de l'application de l'annexe XII de l'entente générale.

10.00 COMITÉ PARITAIRE

10.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'application et du suivi de la présente entente particulière.

11.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} février 2002. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2001.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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