

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 1^{er} mai 2002

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 80 et autres renseignements administratifs

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu de l'Amendement n° 80 qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions **prennent effet le 1^{er} janvier 2002** sauf l'article 2 qui prend effet le **1^{er} mai 2002** et l'article 3, le **1^{er} février 2002**. Les documents officiels modifiés par cet amendement sont les suivants :

- ❑ **Annexe V** : tarif des actes médicaux;
- ❑ **Lettre d'entente n° 107** : rémunération majorée les samedi, dimanche et journée fériée;
- ❑ Entente particulière : **assurance - responsabilité professionnelle**;
- ❑ Entente particulière : **médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC**;
- ❑ Entente particulière : **activités en «planning - sexualité» dans un CHSGS**.

FAITS SAILLANTS

1. **Entente générale** : remplacement du paragraphe 26.02 relativement à la désignation d'un arbitre.
Prend effet le **1^{er} janvier 2002** (Voir [Partie II](#), page 1)
2. **Annexe V : tarif des actes médicaux**
Prend effet le **1^{er} mai 2002**
 - A) Annexe I du Préambule général : **3 actes sont ajoutés à la liste des actes inclus**.
(Voir texte paraphé, Partie II, page 1)
 - B) **Le préambule particulier de « Chirurgie » est modifié** : remplacement du titre du paragraphe 8.1 et ajout du paragraphe 8.3 relatif aux chirurgies multiples de l'appareil vasculaire non thoracique. (Voir Partie II, pages 1 et 2)

Mise en garde : L'introduction de la règle 8.3 fait en sorte que la RAMQ paiera temporairement vos demandes de paiement selon les honoraires demandés. Lorsque l'implantation de cette règle s'effectuera dans les systèmes de traitement informatique, vos demandes de paiement feront l'objet d'une révision. **Nous vous invitons à être vigilants afin d'éviter toute récupération monétaire ultérieure.**

- C) **La section « Musculo-squelettique » est modifiée** : plusieurs nouveaux codes sont ajoutés et certains sont abrogés et remplacés par de nouveaux codes.
(Voir le texte paraphé, Partie II, pages 2 et 3)
- D) **La section « Système respiratoire » est modifiée** : le nouveau code 3046 et son libellé sont ajoutés sous la rubrique *Larynx*. (Voir Partie II, page 3)
- E) **La section « Système digestif » est modifiée** : sous la rubrique *Langue*, les codes 5071 et 5072 sont abrogés et quatre nouveaux codes et libellés sont ajoutés.
(Voir Partie II, page 4)
- F) **La section « Gynécologie » est modifiée** : le nouveau code 6420 et son libellé sont ajoutés sous la rubrique *Vagin* en remplacement du code 6409. (Voir Partie II, page 4)

[Voir tableau récapitulatif, page 4](#)

- 3. **L.E. n° 107** : rémunération majorée les samedi, dimanche et journée fériée.
Prend effet le **1^{er} février 2002**

Cette lettre d'entente qui prolonge la lettre d'entente n° 77 est reconduite à compter du 1^{er} février 2002 jusqu'au renouvellement de l'entente générale. (Voir Partie II, page 4)

- 4. **E.P. : Assurance responsabilité professionnelle**
Prend effet le **1^{er} janvier 2002**

Remplacement de cette E.P. par le texte qui est joint en [Partie III](#).

- 5. **E.P. : médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC**
Prend effet le **1^{er} janvier 2002**

Ajout de l'option de l'acte pour le médecin qui effectue des I.V.G.
(Voir Partie II, page 4)

Note : L'option de l'acte pour le médecin à honoraires fixes ou à tarif horaire, peut s'exercer immédiatement ou lors du renouvellement de sa nomination. Si une décision est prise en ce sens, l'établissement doit informer la Régie avant que le médecin ne débute sa facturation; il doit transmettre un avis de service n° **1897** (honoraires fixes) ou n° **3547** (tarif horaire).

- 6. **E.P. : activités en « planning – sexualité » dans un CHSGS**
Prend effet le **1^{er} janvier 2002**

Ajout de l'option de l'acte pour le médecin, rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, qui effectue des I.V.G. (Voir Partie II, page 5)

Note : L'option de l'acte pour le médecin à honoraires fixes ou à tarif horaire, peut s'exercer immédiatement ou lors du renouvellement de sa nomination. Si une décision est prise en ce sens, l'établissement doit informer la Régie avant que le médecin ne débute sa facturation; il doit transmettre un avis de service n° **1897** (honoraires fixes) ou n° **3547** (tarif horaire).

AUTRES RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Brochure n° 1, partie *Entente particulière*, veuillez **ajouter** ce qui suit :

Page 69, sous l'**AVIS**, le code d'activité **030043** : tâches médico-administratives et hospitalières;

Page 97, paragraphe 3.01 (1^{re} partie), dernier alinéa de « services cliniques », le code d'activité **051043** à la suite d'activités médico-administratives et hospitalières.

Brochure n° 1, partie *Entente particulière*, veuillez **modifier l'AVIS** sous le paragraphe 3.01 à la page 95 :

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie, un avis de service selon le mode des honoraires fixes (n° 1897) ou du tarif horaire (n° 3547) si le médecin se prévaut de l'un ou l'autre de ces modes de rémunération.*

Si le médecin choisit le mode de rémunération à l'acte et qu'il effectue de la garde dans un CLSC du réseau de garde intégré, un avis de service (n° 3547) doit être rempli en mentionnant qu'il s'agit de l'entente particulière relative à la garde dans un CLSC du réseau de garde intégré.

Brochure n° 1, partie *Entente particulière*, veuillez **ajouter l'AVIS** suivant sous le paragraphe 3.02 à la page 95 :

AVIS : *L'établissement doit préciser le mode de rémunération à l'acte sur l'avis de service si le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes, choisit le mode de l'acte lorsqu'il effectue une ou des activités ci-haut mentionnées. L'établissement doit également cocher tous les jours ou samedi, dimanche et les jours fériés, s'il s'agit du service d'urgence ou de services médicaux sans rendez-vous.*

Manuel de facturation, onglet H, page H-7, sous le code 3362, **ajouter** l'avis suivant :

AVIS : *Inscrire la raison de la bronchotomie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Dépannage : *mise à jour des coordonnées de la responsable au MSSS des demandes d'autorisation*

Veuillez prendre note des nouvelles coordonnées de la personne responsable au MSSS, des demandes reliées au dépannage.

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 madame Diane Boutet.

Tableau (Amendement n° 80)

Nouveaux codes d'acte					
NOUVEAUX CODES	CODES ABOLIS	REFERENCE (Page)	NOUVEAUX CODES	CODES ABOLIS	REFERENCE (Page)
Onglet « G »					
2120	2118	G-13	2719	-	G-27
2720	-	G-27	2565	2761	G-31
2566	2761	G-31	2110	-	G-31
2121		G-31	2105	-	G-31
2106	-	G-31	2108	-	G-31
2036	-	G-41	2043	-	G-41
2327	-	G-41			
Onglet « H »					
3046	-	H-5			
Onglet « L »					
5066	-	L-3	5068	-	L-3
5069	-	L-3	5070	-	L-3
Onglet « P »					
6420	6409	P-2			
Codes d'acte abolis mais non remplacés					
NOUVEAUX CODES	CODES ABOLIS	REFERENCE (Page)	NOUVEAUX CODES	CODES ABOLIS	REFERENCE (Page)
Onglet « L »					
-	5071	L-3	-	5072	L-3

Modification au libellé, au tarif et au rôle						
CODE	PAGE	LIBELLÉ	NOUVEAU TARIF	ANCIEN TARIF	NOUVEAU RÔLE = 2	ANCIEN RÔLE = 2
Onglet « G »						
2104	G-31	Reconstruction du croisé postérieur	460,80	550,00	9	7

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

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II - Texte paraphé de l'Amendement n° 80](#)
[Partie III – Texte paraphé de l'Entente particulière](#)

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

TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 80

À L'ENTENTE GÉNÉRALE DU 1^{ER} SEPTEMBRE 1976 ENTRE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. **L'entente générale** est modifiée en remplaçant le paragraphe 26.02 par le suivant :
« **26.02** Dans les quinze (15) jours qui suivent le référé à l'arbitrage, les assesseurs ou, à défaut, les parties au différend désignent un arbitre parmi ceux dont les noms suivent :

Me Yves Ouellette, arbitre en chef ;

Me Jean-Yves Durand

Me Germain Jutras

Me Gilles Corbeil

Cet arbitre agit comme arbitre unique assisté d'assesseurs. »

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

- A) En ajoutant à la liste des **actes inclus**, de **l'annexe I du préambule général** les actes suivants :

« cannulation de canaux galactophores pour reperméabilisation
manœuvre d'Epley
ventriculoscopie »

- B) La section « **Chirurgie** » est modifiée de la façon suivante :

- a) En remplaçant le titre du paragraphe 8.1 par le suivant :

« Chirurgies multiples autres que celles du système nerveux et de l'appareil vasculaire non thoracique »

- b) En ajoutant le paragraphe suivant :

« **Chirurgies multiples de l'appareil vasculaire non thoracique**

8.3 Un seul honoraire de la section « Appareil vasculaire non thoracique » est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif. »

AVIS : *Inscrire le modificateur 086 s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

C) Modifier la section « Musculo-squelettique » de la façon suivante :

- a) En abrogeant, à la rubrique « Extrémités – membres supérieurs Épaule » sous **Excision**, les code, libellé et tarif de l'acte 2118 et les remplacer par les suivants :

	R=1	R=2
« (2120) Acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie, acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	204,00	4 »

- b) Ajouter à la rubrique « **Extrémités – membres inférieurs Fémur** » sous **Biopsie**, sous le code 2797 les codes, libellés et tarifs suivants :

« (2719) forage et décompression de la tête fémorale	164,00	5
(2720) avec greffe osseuse, supplément	80,00	

NOTE : Les services médicaux codés 2719 et 2720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.

- c) Abroger, à la rubrique « **Extrémités – membres inférieurs Genou** » sous **Luxation**, les code, libellé et tarif de l'acte 2761 et le remplacer par les suivants :

« (2565) Réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	240,00	4
(2566) Réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	288,00	6 »

AVIS : *Actes soumis à l'article 2.01, 3^{ème} alinéa du Préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.*

- d) Modifier la rubrique « **Extrémités – membres inférieurs Genou** » sous **Reconstruction – réparation**, de la façon suivante :

- 1) Ajouter sous le code 2102, les code, libellé et tarif suivants :

« (2110) avec tendon rotulien, supplément	80,00	2 »
---	-------	-----

- 2) Ajouter sous le code 2103, les code, libellé et tarif suivants :

« (2121) révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément	80,00	»
---	-------	---

- 3) Remplacer les libellé et tarif du code 2104 par le suivant :

« (2104) reconstruction du croisé postérieur	460,80	9 »
--	--------	-----

4) Ajouter à la suite du code 2104, les codes, libellés et tarifs suivants :

	R=1	R=2
« (2105) reconstruction du croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligaments(s) collatéral(aux) ou les deux	396,00	9
(2106) reconstruction du croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligaments(s) collatéral(aux) ou les deux	488,00	11
(2108) reconstruction du croisé antérieur et postérieur incluant la capsule ou le(s) ligaments(s) collatéral(aux) ou les deux	528,00	14 »

e) Modifier la rubrique « **Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments** » de la façon suivante :

1) Retirer le texte apparaissant sous le titre « **Incision** » et avant l'acte codé 2200.

2) Ajouter sous le titre « **Incision** », sous le code 2200, les codes, libellés et tarifs suivants :

« (2036) exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger sous anesthésie générale	76,00	3
--	-------	---

NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.

(2043) exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger sous anesthésie régionale ou générale	84,00	3
--	-------	---

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.

3) Ajouter à la suite du code 9597, les code, libellé et tarif suivants :

(2327) Ténodèse articulaire à un doigt	120,00	4
--	--------	---

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt. »

D) Modifier la section « **Système respiratoire** » sous la rubrique **Larynx** en ajoutant sous le code 3045 les code, libellé et tarif suivants :

« (3046) microchirurgie sous-glottique au laser	200,00	5 »
---	--------	-----

E) Modifier la section « **Système digestif** » à la rubrique **Langue** sous **Excision**, de la façon suivante :

	R=1	R=2
a) En abrogeant les sous-titre, code et libellés suivants :		
Glossectomie partielle ou subtotale		
« (5071) pour tumeur bénigne	109,00	4
(5072) pour tumeur maligne	167,00	4 »
b) En ajoutant les sous-titres, codes et libellés suivants :		
« Excision de lésion bénigne de la langue		
(5066) 2 cm ou moins	32,00	3
(5068) plus de 2 cm	64,00	3
Excision de lésion maligne de la langue		
(5069) 2 cm ou moins	96,00	3
(5070) plus de 2 cm ou glossectomie sub-totale	136,00	5 »

F) Retirer à la section « **Gynécologie** » sous la rubrique **Vagin** les code, libellé et tarif de l'acte 6409 et le remplacer par le suivant :

« (6420) Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	288,00	2 »
---	--------	-----

3. La **lettre d'entente n° 107** signée le 20 septembre 2001 est reconduite jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

4. L'**entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle** signée le 2 septembre 1999 est remplacée par celle apparaissant à l'annexe I des présentes.

5. L'**entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires** est modifiée en ajoutant les paragraphes suivants :

« **3.02.1** Le médecin visé au paragraphe 3.02 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef du département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) ;

3.02.2 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 3.02.1, inclut tous les services médicaux alors dispensés ;

3.02.3 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 3.02.1 et 3.02.2, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires* relatifs à la *Loi sur l'assurance maladie*, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes.

3.02.4 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux sous-paragraphes précédents :

- a) s'il détient cette nomination au 1^{er} février 2002 ;
- b) si le programme d'IVG n'était pas offert par l'établissement au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois. »

6. L'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés exploité par un établissement désigné, dispense des activités professionnelles en « planning-sexualité » est modifiée en ajoutant les paragraphes suivants :

« **4.03** Le médecin visé au paragraphe 4.01 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef du département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) ;

AVIS : *L'établissement doit préciser le mode de rémunération à l'acte et cocher la case correspondante sur l'avis de service si le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes, choisit le mode de l'acte lorsqu'il effectue des I.V.G.*

4.04 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 4.03, inclut tous les services médicaux alors dispensés ;

4.05 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 4.03 et 4.04, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires* relatifs à la *Loi sur l'assurance maladie*, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes.

4.06 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux paragraphes précédents :

- a) s'il détient cette nomination au 1^{er} février 2002 ;
- b) si le programme d'IVG n'était pas offert par l'établissement au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois. »

7. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2002 sauf pour l'article 2 qui entre en vigueur le 1^{er} mai 2002 et l'article 3 qui entre en vigueur le 1^{er} février 2002.

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

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TEXTE PARAPHÉ DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 Objet**

1.01 La présente entente particulière a pour objet, au bénéfice du médecin qui exerce sa profession au Québec, la détermination des conditions de remboursement par la Régie de l'assurance maladie du Québec d'une quote-part de la prime annuelle d'assurance responsabilité que ce médecin paie en regard de chacune des années de calendrier visées aux présentes.

2.00 Conditions particulières

2.01 Une prime d'assurance responsabilité professionnelle visée aux présentes ne comprend pas le coût de toute prime spécifique afférente à la couverture des actes médicaux posés antérieurement par le médecin.

AVIS : - *Le remboursement n'est effectué que sur présentation de preuves attestant que la prime ou partie de la prime réclamée a été acquittée entièrement par le professionnel (ex. : reçu, chèque estampillé ou tout autre document).*

- *Pour connaître les modalités de remboursement, voir la description du formulaire n° 2904 sous l'onglet FORMULAIRES du Manuel des médecins omnipraticiens, Régime d'assurance maladie.*

2.02 La Régie rembourse au médecin participant au régime, une quote-part de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle.

Cette quote-part correspond, selon la classification du médecin, à la différence entre la prime témoin et qui inclut la taxe de vente de 9 % sur les assurances et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe de la présente entente. La prime témoin s'entend du montant de la cotisation fixé pour un genre d'activité médicale par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) pour l'année 2002 incluant la taxe de vente de 9 % sur les assurances.

Toutefois, pour le médecin qui ne souscrit pas son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'ACPM, la quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre :

- le moindre de la prime d'assurance responsabilité professionnelle applicable pour une année et de la prime témoin incluant la taxe de vente de 9 % sur les assurances ; et
- le montant mentionné en annexe représentant la contribution du médecin.

De plus, lorsque le médecin n'exerce qu'une partie de l'année et n'acquitte ainsi, auprès de l'ACPM ou d'un assureur, qu'une partie de la prime d'assurance responsabilité professionnelle autrement applicable, la quote-part est déterminée en tenant compte de la prime acquittée pour cette partie de l'année et en ajustant au prorata la contribution du médecin mentionnée en annexe.

3.00 Remboursement

3.01 Le remboursement de prime est accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2002, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime visé aux alinéas ci-dessus est aussi accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001 ainsi que pendant l'année 2002, a touché des revenus supérieurs à 20 000 \$ mais inférieurs à 36 000 \$.

Le remboursement visé à l'alinéa ci-dessus est accordé au médecin qui au retour d'un congé de maternité a une pratique réduite pour une période maximale de deux (2) ans d'au moins 30 % ou est en invalidité partielle temporaire ou, également, au médecin qui, s'étant prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté, effectue un retour en pratique active dans le cadre des paramètres fixés par la lettre d'entente n° 94.

3.02 Un remboursement de prime est payé dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle.

Un remboursement de prime pour l'année 2002 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2003.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 % ; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente entente a effet du 1^{er} janvier au 31 décembre 2002. Elle est renégociée au 1^{er} octobre 2002.

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

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux omnipraticiens du Québec

RENALD DUTIL, m.d.
Président
Fédération des médecins

Genre d'activité	Prime témoin 2002-03-18 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Adjoints cliniques en chirurgie (assistance chirurgicale seulement, aucune pratique chirurgicale, ne comprend pas le traitement de fractures, ni le travail et l'accouchement)	916 \$	817,50 \$
Adjoints cliniques en médecine (ne comprend pas le travail dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intensifs néonataux ou les procédures invasives. Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation)	916 \$	817,50 \$
Allergie	1 373 \$	817,50 \$
Anesthésie	2 263 \$	817,50 \$
Associés cliniciens (Fellows) : (i) jusqu'à 24 mois de formation supervisée additionnelle suivant la formation post-doctorale nécessaire à l'obtention de la certification désirée; (ii) cette formation supervisée additionnelle doit se donner dans un centre hospitalier affilié à une université; (iii) comprend seulement le travail clinique faisant partie intégrante de la formation additionnelle; (iv) aucun travail clinique additionnel (moonlighting). Ce genre de travail ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant d'un travail clinique additionnel.	1 347 \$	817,50 \$
Biochimie médicale	824 \$	817,50 \$
Cancérologie médicale(oncologie médicale)	1 373 \$	817,50 \$
Cardiologie	1 373 \$	817,50 \$
Chirurgie cardiovasculaire	7 913 \$	817,50 \$
Chirurgie générale	5 428 \$	817,50 \$
Chirurgie gynécologique excluant le travail et l'accouchement	5 428 \$	817,50 \$
Chirurgie orthopédique	10 032 \$	817,50 \$
Chirurgie pédiatrique	2 263 \$	817,50 \$
Chirurgie plastique	7 913 \$	817,50 \$
Chirurgie thoracique	5 428 \$	817,50 \$
Chirurgie vasculaire	5 428 \$	817,50 \$
Dermatologie	1 373 \$	817,50 \$
Endocrinologie	1 373 \$	817,50 \$
Gastroentérologie	2 263 \$	817,50 \$
Génétique	1 373 \$	817,50 \$
Hématologie	1 373 \$	817,50 \$
Imagerie diagnostique	1 373 \$	817,50 \$
Immunologie clinique	1 373 \$	817,50 \$
Maladies infectieuses	1 373 \$	817,50 \$

Genre d'activité	Prime témoin 2002-03-18 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Médecine administrative – aucun travail clinique	824 \$	817,50 \$
Médecine communautaire (santé publique)	916 \$	817,50 \$
Médecine d'urgence/Urgentologie	2 878 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) excluant la garde au Service des urgences, l'anesthésie, la chirurgie et l'obstétrique (travail et accouchement). Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité. Il se peut que plusieurs interventions cosmétiques ne soient pas comprises sous ce code. Si le travail est limité à la psychothérapie, vous devez choisir le code 36, Psychiatrie	916 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) incluant la garde au Service des urgences Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité. Il se peut que plusieurs interventions cosmétiques ne soient pas comprises sous ce code	1 295 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) incluant l'anesthésie et/ou la chirurgie (peut comprendre la garde au Service des urgences). Ne comprend pas l'obstétrique. Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité	1 870 \$	817,50 \$

Genre d'activité	Prime témoin 2002-03-18 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Médecine familiale ou médecine générale Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) incluant l'obstétrique avec travail et accouchement (peut comprendre l'anesthésie, la chirurgie et/ou la garde au Service des urgences). Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité	2 930 \$	817,50 \$
Médecine des voies respiratoires	1 373 \$	817,50 \$
Médecine du sport	916 \$	817,50 \$
Médecine du travail	916 \$	817,50 \$
Médecine interne et ses sous-spécialités non précisées ailleurs	1 373 \$	817,50 \$
Médecine nucléaire	1 373 \$	817,50 \$
Médecine physique et réadaptation	916 \$	817,50 \$
Microbiologie médicale	824 \$	817,50 \$
Néonatalogie	1 373 \$	817,50 \$
Néphrologie	1 373 \$	817,50 \$
Neurochirurgie	14 323 \$	817,50 \$
Neurologie	2 263 \$	817,50 \$
Obstétrique incluant ou excluant la gynécologie	15 199 \$	817,50 \$
Ophthalmologie	2 263 \$	817,50 \$
Otolaryngologie incluant les interventions cosmétiques limitées à la tête et au cou	3 950 \$	817,50 \$
Pathologie anatomique	824 \$	817,50 \$
Pathologie générale	824 \$	817,50 \$
Pathologie hématologique	824 \$	817,50 \$
Pathologie neurologique (neuropathologie)	824 \$	817,50 \$
Pédiatrie – Travail professionnel effectué principalement en pédiatrie, peut inclure la garde au Service des urgences	1 870 \$	817,50 \$
Pratique chirurgicale excluant tout traitement opératoire	1 373 \$	817,50 \$
Pratique limitée au traitement de la douleur chronique (excluant l'anesthésie générale et rachidienne)	1 373 \$	817,50 \$
Pratique médicale limitée exclusivement à l'assistance chirurgicale	916 \$	817,50 \$
Pratique obstétricale/Pratique axée sur le traitement de l'infertilité excluant le travail, l'accouchement et/ou la chirurgie	1 373 \$	817,50 \$

Genre d'activité	Prime témoin 2002-03-18 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Psychiatrie incluant la pratique exclusive de la psychothérapie. Comprend également les omnipraticiens dont la pratique est réservée à la psychothérapie. Peut inclure la garde au Service des urgences d'un hôpital psychiatrique	1 243 \$	817,50 \$
Radio-oncologie	1 373 \$	817,50 \$
Résidents en formation postdoctorale inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé soit par le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou par un ordre provincial/territorial émettant les permis d'exercice. Ce genre de travail ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de tout travail clinique additionnel, sauf s'il s'agit de quarts de travail supplémentaires à titre de résidents.	1 347 \$	817,50 \$
Résidents en formation postdoctorale inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé soit par le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou par un ordre provincial/territorial émettant les permis d'exercice. Avec travail clinique additionnel (moonlighting). Les médecins qui désirent choisir ce code de travail doivent détenir un permis d'exercice complet et/ou être inscrits en vue d'exercer ce type de pratique	1 347 \$	817,50 \$
Rhumatologie	1 373 \$	817,50 \$
Soins intensifs	1 373 \$	817,50 \$
Urologie	2 263 \$	817,50 \$