

COMMUNIQUÉ

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



POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

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

Télécopieur
Québec (418) 646-9251
Montréal (514) 873-5951

Québec, le 24 mars 2003

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 82

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de [l'Amendement n° 82](#) qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet le **1^{er} janvier 2003** sauf pour certains articles dont les dates sont mentionnées au fur et à mesure dans le texte.

L'Amendement n° 82 prévoit notamment de **nouvelles mesures pour la rémunération à l'urgence** et modifie les documents officiels suivants :

- ◆ **Entente générale** : arbitrage;
- ◆ **Annexe II** : tarif de rémunération à honoraires fixes;
- ◆ **Annexe V** : tarif des actes médicaux;
- ◆ **Annexe VI** : avantages sociaux;
- ◆ **Annexe IX** : conditions d'application des tarifs;
- ◆ **Annexe XIV** : dispositions tarifaires;
- ◆ Lettre d'entente n° 77;
- ◆ Entente particulière (E.P.) : **Grand Nord**;
- ◆ E.P. : **unité de soins coronariens ou soins intensifs, CHSGS**;
- ◆ Remplacement du montant de 50 \$ du **forfait de garde en disponibilité** par un taux de 51 \$ pour cinq ententes particulières;
- ◆ E.P. rémunération de la garde à l'Hôpital St-Julien : abrogée;
- ◆ E.P. concernant l'Hôpital Chibougamau;
- ◆ E.P. : **garde sur place, urgence de 1^{re} ligne, CHSGS ou réseau de garde intégré**;
- ◆ E.P. **malades admis en certains CHSGS**;

FAITS SAILLANTS

1. Entente générale (arbitrage, paragraphe 26.01)
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

Ajout à l'effet que l'on peut procéder devant un président seul, sur demande du plaignant.

2. Annexe II « **Tarif de rémunération à honoraires fixes** »
Prend effet le **1^{er} avril 2003**.

Cette annexe est remplacée; voir la nouvelle version à la [page 26/26](#) de la partie II.

3. **A)** Annexe V (Tarif des actes médicaux, « **préambule général** »

- ◆ Enseignement clinique (1.1.3 du préambule) : modification du 1^{er} alinéa pour tenir compte du programme de ressourcement en médecine hospitalière convenu par lettre d'entente;
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**. (Voir le texte paraphé, art. 3A) a), page 1/26)
- ◆ Examens (2.2.1 à 2.2.5 du préambule) : ces examens (ordinaire, complet, complet majeur, psychiatrique complet et psychiatrique complet majeur) ne peuvent plus être facturés au service d'urgence des CH et des CLSC du réseau de garde intégré;
Prend effet le **15 mars 2003**. (Voir texte paraphé, art. 3A)b), page 1/26)
- ◆ Examen périodique du patient âgé de **0 – 5 ans** : **ajout du sous-paragraphe 2.2.6 B** qui précise les modalités pour avoir droit au supplément de 7.00 \$;
Prend effet le **1^{er} avril 2003**. (Voir texte paraphé, art.3A)c), page 1/26)

Note : Les modalités de facturation vous seront transmises vers la fin-mars.

- ◆ Examens et intervention au service **d'urgence** des CH et des CLSC du réseau de garde intégré : **ajout du sous-paragraphe 2.2.6 C** venant préciser les types d'examens pouvant être facturés en vertu de ce nouveau paragraphe : ordinaire, principal, intervention en situation complexe et examen psychiatrique principal;
Prend effet le **15 mars 2003**. (Voir texte paraphé, art.3A)d), pages 2 et 3/26)
- ◆ Service **d'urgence** d'un CH : **remplacement du sous-paragraphe 2.2.9B** .
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**

1. La **majoration** applicable sur le tarif de base les fins de semaine et les jours fériés de 8h00 à 24h00, passe de 10 % à **20 %**.
2. Un **supplément de 50.00 \$** est accordé pour les services effectués de 20 h 00 à 24 h 00 la semaine sauf les jours fériés;

Note : Vous pouvez facturer le nouveau code 9791 selon les modalités inscrites à la page 3/26 de la partie II.
(Voir texte paraphé et avis, art.3A)e), page 3/26)

B) Annexe V « **Consultation et examen** » : cette section est modifiée comme suit:

- ◆ Par la hausse de plusieurs tarifs et des changements pour rendre conforme les appellations d'établissements à la Loi sur les services de santé et des services sociaux; ces articles prennent effet le **1^{er} janvier 2003**; (Voir 3B)a),e)f),g),h),i),l), m),n),o), pages 3,4,5/26 de la partie II et tableau récapitulatif page 9/10 de la partie 1);
- ◆ Par l'apparition d'une nouvelle sous-rubrique sur le service **d'urgence** des CH et des CLSC du réseau de garde intégré comportant des nouveaux actes, tarifs afférents et nouveaux codes;(2.2.6 C du préambule général);
Prend effet le **15 mars 2003**. (Voir 3B)p), pages 5 et 6/26);

- ◆ Par la précision sous les sous-rubriques CHSGS, partie soins de courte durée et dans un CLSC, patients de moins de 70 ans et patients de 70 ans et plus à l'effet que cette partie s'applique au **patient inscrit** en clinique externe ou service de consultation médicale (CLSC) lorsque physiquement dissocié du service **d'urgence** d'un CH et du CLSC et dans tous les CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré; Prennent effet le **15 mars 2003**. (Voir 3B)c),d),j),k), pages 4 et 5/26).

Note : Veuillez tenir compte aux pages B-10 et B-11 de votre Manuel de facturation des détails suivants :

sous la rubrique « dans un CHSGS pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (patient de 70 ans et plus),

- ◆ Les codes d'acte reliés au *patient inscrit (service d'urgence)* doivent à **partir du 15 mars 2003** être facturés selon la nouvelle sous-rubrique « Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6C) »;
- ◆ Les codes d'acte reliés au *patient inscrit (clinique externe)* se réfèrent à l'article 3Bj) de l'Amendement n° 82 soit : « S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous les CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré.»

C) Annexe V « Actes diagnostiques et thérapeutiques »

- ◆ Le nombre d'unités en anesthésie est modifié; (Voir 3C)a), pages 6 et 7/26) Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
- ◆ Le libellé et les tarifs des codes 0828 et 0829 (réanimation) à la rubrique « Cardiologie et angiologie » sont remplacés; (Voir 3C)b), page 8/26) Prend effet le **15 mars 2003**.

D) Annexe V «Anesthésie - réanimation » : Prend effet le 1^{er} janvier 2003.

- ◆ La valeur de l'unité de base en anesthésie est haussée de 10.75 \$ à **11.00 \$**;
- ◆ Le nombre d'unités en anesthésie est modifié pour plusieurs actes. (Voir 3D)a),b), page 8/26)

E) à L) N),O,P) Annexe V : modification du nombre d'unités en anesthésie sous diverses sections:

Prise d'effet le **1^{er} janvier 2003**.

- ◆ Peau – phanères - tissu cellulaire – sous cutané;
- ◆ Appareil musculo - squelettique;
- ◆ Système respiratoire;
- ◆ Système lymphatique et hématopoïétiques;
- ◆ Système digestif;
- ◆ Appareil urinaire;
- ◆ Appareil génital mâle;
- ◆ Gynécologie;
- ◆ Appareil glandulaire;
- ◆ Appareil visuel;
- ◆ Appareil auditif

(Voir tableaux pages 9/26 à 19/26)

M) Annexe V « Obstétrique »

Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

- ◆ Garde en disponibilité : l'article 9 du préambule particulier est modifié pour hausser le forfait annuel de 2400 \$ à **2448 \$**;
- ◆ Modification de tarifs et du nombre d'unités en anesthésie de plusieurs actes.
(Voir 3M)a),b), page 17/26)

4. Annexe VI « Avantages sociaux »

Prend effet le **1^{er} avril 2003**

- ◆ Changement du taux de contribution de la Régie pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires de 1,35 % à 3,577 % du traitement annuel du médecin pour les mois d'avril, mai et juin 2003; il passe à 1,76 % du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2004.
- ◆ Assurance invalidité de base, période de réadaptation : consolidation du programme de réadaptation convenu avec l'assureur après une période minimale de 4 mois d'invalidité continue.

(Voir article 4, page 19/26).

5. Annexe IX « Conditions d'application des tarifs »

Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

- ◆ Modifications au niveau de la détermination de l'enveloppe budgétaire et des paramètres monétaires et ajustements des dates;
- ◆ Remplacement du paragraphe 3.4;
- ◆ Fixation du plafond trimestriel à 53 250 \$ à compter du 1^{er} mars 2003;
- ◆ Exclusion du plafond trimestriel **en tout temps** : les honoraires versés pour les services dans une unité de soins de courte durée et dans une unité de soins palliatifs;
(Voir le nouvel alinéa 13) du paragraphe 5.3, page 20/26)
- ◆ Abrogation des alinéas 14 et 17 du paragraphe 5.3;
- ◆ Exclusion du plafond trimestriel : les honoraires reliés au forfait de responsabilité prévu à l'E.P. sur la prise en charge et suivi des clientèles vulnérables **ET** les honoraires versés pour l'examen périodique du patient âgé de 0 – 5 ans;
- ◆ Remplacement de l'article 8 « dépassements » par un nouvel article 8 « non – atteinte ».
(Voir le texte et avis, pages 19/26 à 21/26)

6. Annexe XIV « Dispositions tarifaires afférentes au mode du tarif horaire »

Prend effet le **1^{er} avril 2003**.

- ◆ Le taux horaire est de **69.55 \$** du 1^{er} juillet 2002 au 31 mars 2003; il est porté à **70.95 \$** à compter du 1^{er} avril 2003;
- ◆ Remplacement de l'article 4.00 : modalités de versement d'un montant forfaitaire qui sera versé le ou vers le 30 octobre 2003. Ce montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'article 5 de l'Annexe IX.

(Voir article 6 du texte paraphé, page 21/26).

7. Lettre d'entente n° 77 (rémunération majorée les samedi, dimanche et jour férié)

Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

- ◆ **Ajout** de l'article 5 qui prévoit une **majoration additionnelle de 10 %** sur le tarif de base selon les modalités de 1.3 de la L.E. n° 77, pour les services dispensés à l'urgence de certains établissements tels ceux des régions éloignées de la Côte-Nord (09), du Nord-du-Québec (10), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11) du Nunavik (17) et du Conseil Cri de la Baie-James (18) **et** les CH de soins psychiatriques Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Louis-H. Lafontaine et Douglas de la région de Montréal. (Voir texte et avis sous 5c) et 5d), pages 22 et 23/26).

Peuvent également bénéficier de cette majoration additionnelle de 10 % les CLSC du réseau de garde intégré lorsque les médecins sont à honoraires fixes ou à tarif horaire, et la Corporation d'Urgences-santé.

(Voir texte et avis sous 5a) et 5b), page 22/26)

Notes : 1. Pour les **professionnels à honoraires fixes**, la majoration est de 12 % et de 12,8 % conformément à 15.05 de l'Entente sur les horaires défavorables .

2. Pour obtenir ces majorations, les professionnels devront dorénavant utiliser une seule plage horaire par ligne.

3. Pour les CLSC et la Corporation d' Urgences - santé, **les professionnels à honoraires fixes et à tarif horaire** qui veulent bénéficier de cette majoration, **devront facturer de nouveau**.

8. E.P. concernant les médecins qui exercent dans le Grand-Nord

Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

Le taux de base du per diem est haussé à 766 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003.

(Voir le remplacement du 2^e alinéa du paragraphe 9.04, page 23/26).

9. E.P. unité de soins coronariens ou intensifs en CHSGS

Prend effet le **1^{er} avril 2003**.

- ◆ Remplacement du paragraphe 1.01 pour préciser l'exclusion des lits de monitoring;
- ◆ Modification du paragraphe 3.02.1 pour remplacer le forfait de 64.65 \$/jour par un forfait de 95 \$, la 1^{re} journée de séjour dans l'unité, de 75 \$, la 2^e journée et de 70 \$ pour les suivantes.

Veillez prendre note que dorénavant, la date d'entrée dans l'unité est obligatoire; veuillez également indiquer, le cas échéant, la date de sortie de l'unité.

(Voir texte et avis, page 23/26)

10. E.P. garde dans le service d'urgence de 1^{ère} ligne, certains CLSC du réseau de garde intégré

Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

Le forfait de 50 \$/quart de 8 heures de garde en disponibilité (code **9272**) est porté à **51 \$**.

11. E.P. certaines gardes en disponibilité dans certains CLSC du réseau de garde intégré

Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

Le forfait de 50 \$/quart de 8 heures de garde en disponibilité (code **9272**) est porté à **51 \$**.

(Voir modification au paragraphe 3.00, page 24/26).

- 12. E.P. garde effectuée à l'Hôpital St-Julien** : abrogation de cette E.P.
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
(Voir texte page 24/26)
- 13. E.P. garde en disponibilité effectuée auprès d'un CHSGS**
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
Le forfait quotidien de 50 \$ (codes **9847** et **9705**) est porté à **51 \$**.
(Voir modification au paragraphe 3.03, page 24/26)
- 14. E.P. garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements**
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
Le forfait de 50 \$/quart de 8 heures de garde en disponibilité est porté à **51 \$**.
(Voir modification au paragraphe 3.03, page 24/26)
- Note** : Veuillez noter que l'**Avis** sous le dernier alinéa de 3.03 qui traite de forfait majoré et de forfait réduit doit être **modifié** pour tenir compte des changements de montants :
- les honoraires du forfait majoré (code d'acte **9856**) sont de **76,50 \$** par quart de 8 heures de garde;
 - les honoraires du forfait réduit (code d'acte **9727**) sont de **25,50 \$** par quart de 8 heures de garde;
 - les honoraires du forfait régulier (code d'acte **9857**) sont de **51 \$** par quart de 8 heures de garde.
- 15. E.P. pour le médecin exerçant dans le cadre d'un GMF**
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
Le forfait de 50 \$/quart de 8 heures de garde en disponibilité (code **19016**) est porté à **51\$**
(Voir changement au paragraphe III de l'Annexe V de l'E.P., page 24/26)
- 16. E.P. concernant l'Hôpital Chibougamau**
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
Le taux de base du per diem est porté à 766 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003.
(Voir texte, page 24/26)
- 17. E.P. : garde sur place, urgence de 1^{ère} ligne, CHSGS ou réseau de garde intégré**
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
- ◆ La majoration qui s'ajoute au forfait est haussée de 35 % à **45 %**;
 - ◆ Nouveau libellé du paragraphe 5.09 qui remplace « La majoration prévue au paragraphe 2.2.9B du préambule général » par « Les dispositions prévues au paragraphe 2.2.9B ».
- (Voir texte, page 24/26)
- 18. E.P. malades admis en certains CHSGS**
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**
- ◆ La majoration s'ajoutant au forfait régulier du régime A (code **9778**) est haussée de 35 % à **37,5 %**;
 - ◆ La majoration s'ajoutant au forfait régulier du régime B (code **19018**) est haussée de 70 % à **71,5 %**. (Voir texte, page 24/26)
- Note** : Ce sont les MOD 126 et 151 qui sont concernés

IMPORTANT : POUR LES CHANGEMENTS DE TARIFS ET LES MAJORATIONS EN % QUI PRENNENT EFFET LE 1^{ER} JANVIER 2003 : LA RAMQ EFFECTUERA UNE RÉVISION, À MOINS D'AVIS CONTRAIRE DANS LE COMMUNIQUÉ.

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° 82

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

Page 23 : Liste des modificateurs (4.6.2)

- ◆ **Enlever** le code (9997) à la fin du paragraphe sur la règle 2.2.9A ; (mod 045);
- ◆ **Modifier** la majoration de 10 % par **20 %** au début du paragraphe sur la règle 2.2.9B (mod 108).

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

Page 27 : Modificateurs multiples

1 ^{re} colonne	2 ^e colonne	3 ^e colonne
045 - 126	273	0,4125
045 - 151	295	0,7865
045 - 094 - 126	306	0,4125
045 - 094 - 151	312	0,7865
046 - 050 - 106	303	0,2475
046 - 094 - 106	302	0,495
046 - 106	254	0,495
050 - 108	275	0,60
050 - 126	270	0,1875
050 - 151	292	0,3575
050 - 106 - 108	307	0,27
065 - 094 - 108	310	0,84
065 - 108	279	0,84
093 - 126	271	0,375
093 - 151	293	0,715
094 - 105	234	0,45
094 - 106	235	0,45
094 - 107	236	0,45
094 - 108	274	1,20
094 - 126	272	0,375
094 - 151	294	0,715
094 - 096 - 108	309	0,60
094 - 106 - 108	300	0,54
096 - 108	278	0,60
106 - 108	237	0,54

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

Page 30 : Annexe V – Remboursement des frais de déplacement

Modifier le point 3. Taux horaire du code 9992 de la façon suivante :

- **69,55 \$** du 1^{er} juillet 2002 au 31 mars 2003;
- **70,95 \$** à compter du 1^{er} avril 2003.

Manuel de facturation, onglet « Messages explicatifs »

Modifications au libellé des messages explicatifs 217, 501 et 835

- 217** Seul le médecin autorisé à se prévaloir des dispositions de l'Entente particulière « Malades admis en certains CHSGS » - Régime A (MOD 126) – Régime B (MOD 151) ou de l'Annexe XVIII (MOD 125) peut facturer avec ce modificateur pour les services médicaux rendus dans ces établissements.
- 501** Les forfaits 8896, 8897 et 9997 comprennent la prestation de l'ensemble des services médicaux fournis au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.
- 835** Les forfaits facturés sous les codes 8896, 8897 et 9997 ne peuvent pas être payés car les services n'ont pas été rendus dans l'unité de soins coronariens ou intensifs d'un centre hospitalier de courte durée visé par l'entente particulière.

Ajouts de trois nouveaux messages explicatifs

- 385** Le maximum payable est dépassé en raison de la règle 2.2.6C (paragraphe 3 ou 4 selon le cas) du préambule général.
- 387** Le maximum payable et déjà payé à un autre professionnel est dépassé en raison de la règle 2.2.6C (paragraphe 3) du préambule général.
- 368** En raison de la règle 2.2.6C (paragraphe 3) du préambule général, cet acte est inclus ou incompatible avec celui en référence.

Manuel de facturation, onglet « Préambule général »

Page A-11

L'avis sous le dernier paragraphe de 2.2.9 A est modifié de la façon suivante :

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section ACTES, le code d'établissement correspondant à une unité de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX6 ou 0XXX8) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %. Pour la facturation des codes d'acte 8896, 8897 et 9997, voir l'Entente particulière visée dans votre brochure n° 1.*

TABLEAU - AMENDEMENT n° 82

1) Nouveaux codes d'acte pour le 15 mars 2003

Consultation et examen - Onglet B

CODES	REFERENCE (Page)	CODES	REFERENCE (Page)	CODES	REFERENCE (Page)
15052	B-11	15053	B-11	15054	B-11
15055	B-11	15056	B-11	15057	B-11
15058	B-11	15059	B-11	15060	B-11
15061	B-11	15062	B-11	15063	B-11
15064	B-11	15065	B-11	15066	B-11
15067	B-11	15068	B-11	15069	B-11
15070	B-11	15071	B-11		

2) Changements tarifaires au 1^{er} janvier 2003

À compter du 1^{er} avril 2003 le taux horaire du temps de déplacement (9992) est de 70,95 \$.

Consultation et examen - Onglet B

CODES	REFERENCE (Page)	TARIF	CODES	REFERENCE (Page)	TARIF
9092	B-6	15,35 \$	9093	B-9	16,45 \$
0003	B-7	15,00 \$	9228	B-7	38,80 \$
0055	B-7	29,90 \$	9229	B-7	38,80 \$
8903	B-7	29,90 \$	8806	B-7	38,80 \$
0096	B-7	55,20 \$	9230	B-7	55,20 \$
8904	B-8	55,20 \$	8907	B-8	55,20 \$
9083	B-8	15,00 \$	0068	B-8	12,55 \$
0069	B-8	25,20 \$	0070	B-8	46,45 \$
8811	B-8	26,20 \$	8812	B-8	46,45 \$
9248	B-8	42,40 \$	9112	B-10	16,05 \$
9242	B-10	41,55 \$	9115	B-10	32,30 \$
9243	B-10	41,55 \$	9118	B-10	59,15 \$
9244	B-10	59,15 \$	8969	B-11	32,30 \$
8979	B-11	41,55 \$	8994	B-11	59,15 \$
8995	B-11	59,15 \$	9082	B-11	16,05 \$
9121	B-11	13,15 \$	9122	B-11	26,20 \$
9126	B-11	47,95 \$	8998	B-11	26,20 \$
8999	B-11	47,95 \$	9245	B-11	46,60 \$

Actes diagnostiques et thérapeutiques - Onglet C

CODES	REFERENCE (Page)	TARIF	CODES	REFERENCE (Page)	TARIF
0828	C-10	80 \$	0829	C-10	20 \$

Anesthésie - Réanimation - Onglet D

La valeur de l'unité d'anesthésie est de 11,00 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003.

Obstétrique - Onglet Q

CODES	REFERENCE (Page)	TARIF	CODES	REFERENCE (Page)	TARIF
6901	Q-6	46,90 \$	6903	Q-5	321,30 \$
6907	Q-6	59,05 \$	6911	Q-5	6,55 \$
6912	Q-6	281,30 \$	6913	Q-6	450,15 \$
6914	Q-6	118,05 \$	6915	Q-5	56,25 \$
6916	Q-5	28,15 \$	6919	Q-5	137,70 \$
6921	Q-5	29,50 \$	6922	Q-5	28,50 \$
6923	Q-5	137,70 \$	6925	Q-5	32,60 \$
6927	Q-5	28,15 \$	6928	Q-5	56,25 \$
6930	Q-5	122,75 \$	6933	Q-6	306,00 \$
6935	Q-6	43,70 \$	6942	Q-5	45,90 \$
6943	Q-5	428,40 \$	6944	Q-6	42,55 \$
6946	Q-6	102,00 \$			

Note : Ce communiqué ainsi que le texte paraphé de l'Amendement n° 82 sont disponibles dans le site Internet de la Régie, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

*Surveillez notre site Internet, la **Mise à jour 45 a**) intégrera tous les changements apportés par l'Amendement n° 82.*

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 82

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

TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 82

À l'entente générale du 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. L'entente générale est de nouveau amendée en ajoutant l'alinéa suivant à son paragraphe 26.01 :

« 26.01

On procède devant un président seul, si le plaignant en fait la demande. »

2. L'Annexe II de l'Entente, intitulée « **Tarif de rémunération à honoraires fixes** » est remplacée par celle apparaissant en annexe I des présentes.

3. L'Annexe V de l'Entente, intitulée « Tarif des actes médicaux » est modifiée de la façon suivante :

A) En modifiant le Préambule général de la façon suivante :

- a) Remplacer le premier alinéa du sous-paragraphe 1.1.3 par le suivant :

« 1.1.3 Enseignement clinique

Le médecin a droit au paiement de ses honoraires pour les services médicaux qu'il dispense avec le concours d'un médecin résident ou d'un stagiaire adhérent au programme de ressourcement en médecine hospitalière selon les modalités prévues à une lettre d'entente. »

- b) Ajouter à la fin des sous-paragraphes 2.2.1 à 2.2.5 inclusivement l'alinéa suivant :

« cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré. »

- c) Ajouter le sous-paragraphe 2.2.6B suivant :

« 2.2.6B Examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans. Pour être admissible au supplément de 7,00 \$ facturable à l'occasion de chaque examen périodique, les modalités suivantes doivent être rencontrées :

- 1) le médecin doit être identifié comme le médecin traitant à l'aide du formulaire prescrit à cette fin et adressé à la Régie;
- 2) il doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant de 0 à 5 ans;
- 3) le nombre d'examen périodique se répartit ainsi :
 - 0 à 15 mois : maximum sept (7) examen;
 - 17 à 21 mois : 1 examen;
 - 23 à 27 mois : 1 examen;
 - 35 à 39 mois : 1 examen;
 - 47 à 51 mois : 1 examen;
 - 59 à 63 mois : 1 examen. »

d) Ajouter le sous-paragraphe 2.2.6C suivant :

« 2.2.6C Examens et intervention au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré

1) Examen ordinaire

chaque examen ordinaire implique dans tous les cas un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure;
- l'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cours;
- l'observation de l'évolution d'une maladie.

2) Examen principal

l'examen principal comporte les éléments suivants :

1) le questionnaire portant sur :

- a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
- b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.

2) L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :

- peau et phanères;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen ou un des examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire.

- 3) L'initiation d'un traitement s'il y a lieu, et les recommandations au patient.
- 4) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

3) L'intervention en situation complexe

Prise en charge, évaluation extensive en raison de la complexité de l'état de santé du patient et/ou de son contexte social (à titre indicatif : perte d'autonomie, intoxication médicamenteuse et autre, tachycardie stable, infarctus du myocarde ou AVC aigus) incluant l'examen, le traitement, les notes au dossier et tout autre service médical dispensé par le médecin et incluant également les contacts avec la famille ou tout autre tiers pouvant aider à la résolution du problème. Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps même pour la première demi-heure;

- l'intervention doit durer au minimum une demi-heure;
- forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte par le même médecin durant la journée de facturation du forfait;
- un forfait ne peut être facturé que par un seul médecin pendant le séjour du patient;
- tarif pour la première demi-heure et, par la suite, par quart d'heure avec, au total, la limite d'une heure et demie pour un patient de moins de 70 ans et d'une heure trois quarts pour un patient de 70 ans et plus;

4) L'examen psychiatrique principal

- L'examen psychiatrique principal comporte l'évaluation séméiologique des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que, le cas échéant, l'examen physique du patient pour permettre d'orienter le diagnostic ou le traitement de l'affection psychiatrique en cours. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

Un examen par médecin par patient par jour est facturable. »

e) Remplacer le sous-paragraphe 2.2.9B par le suivant :

« Une majoration de 20 % applicable sur le tarif de base est accordée pour les services dispensés de 8h00 à 24 h 00 le samedi, le dimanche ou une journée fériée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 108 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section ACTES, le code d'établissement 0XXX7 correspondant au service d'urgence et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 20 %.*

Est également accordé un supplément de 50 \$ pour les services dispensés de 20 h 00 à 24 h 00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. »

AVIS : - *Inscrire la date et le code d'acte 9791 sur une demande de paiement n° 1200;*
 - *inscrire XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;*
 - *inscrire le code d'établissement correspondant au service d'urgence 0XXX7; ne rien inscrire dans la case UNITÉS;*
 - *inscrire les honoraires (soumis à la rémunération différente).*
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

B) En modifiant la section « **Consultation et examen** » de la façon suivante :

a) Remplacer sous les rubriques « Examens » les tarifs des codes 9092 et 9093 préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) par les suivantes :

« 9092	15,35 \$
9093	16,45 \$ »

b) Ajouter après le code 9092 sous la rubrique « examen » le libellé, tarif et code suivant :

(.....) supplément de responsabilité à l'examen
périodique du patient âgé de 0 à 5 ans

Note : Ce code vous sera fourni vers la fin-mars.

c) Modifier le titre de la sous rubrique « **dans un centre hospitalier de soins de courte durée et dans un CLSC (Patients de moins de 70 ans)** » par le suivant :

« **dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (Patients de moins de 70 ans)** »

d) Ajouter sous la sous-rubrique énoncée en c), aux termes « patient inscrit », la note suivante :

«(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. »

e) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en c) ci-dessus, les tarifs des codes d'actes relatifs au patient admis énumérés ci-dessous de la façon suivante :

« 0003	sans déplacement	15,00
	maximum hebdomadaire au-delà du	
	quinzième jour d'hospitalisation	45,00
9228		38,80
0055		29,90
9229		38,80
8903		29,90
8806		38,80
0096		55,20
9230		55,20
8904		55,20
8907		55,20 »

f) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en c) ci-dessus le tarif du code d'acte 9083 prévu à l'AVIS par le tarif de 15,00 \$;

g) Modifier le titre de la sous-rubrique « **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 (Patients de moins de 70 ans)** » par le suivant :

« **dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (Patients de moins de 70 ans)** »;

h) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en g) ci-dessus, les tarifs des codes d'actes relatifs au patient admis énumérés ci-dessous de la façon suivante :

« 0068	12,55
0069	25,20
0070	46,45
8811	26,20
8812	46,45
9248	42,40 »

i) Ajouter au titre de la sous-rubrique « **dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC** » la parenthèse suivante : « **(Patients de 70 ans et plus)** »;

- j) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en i) ci-dessus les termes entre parenthèses « patient inscrit (service d'urgence et clinique externe) (1) (2) » par les suivants :

«S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré. »

- k) Abroger les renvois (1) et (2) apparaissant au manuel à la page B-10.

- l) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en i) ci-dessus, les tarifs des codes d'actes relatifs au patient admis énumérés ci-dessous de la façon suivante :

« 9112	sans déplacement	16,05
	maximum hebdomadaire au-delà du	
	quinzième jour d'hospitalisation	48,15
9242		41,55
9115		32,30
9243		41,55
9118		59,15
9244		59,15
8969		32,30
8979		41,55
8994		59,15
8995		59,15 »

- m) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en i) ci-dessus le tarif du code d'acte 9082 prévu à l'AVIS par le tarif de 16,05 \$;

- n) Ajouter au titre de la rubrique « **dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée de CHSGS** » la parenthèse suivante : « **Patients de 70 ans et plus** »;

- o) Remplacer sous la sous-rubrique énoncée en n) ci-dessus, les tarifs des actes énumérés ci-dessous de la façon suivante :

« 9121		13,15
9122		26,20
9126		47,95
8998		26,20
8999		47,95
9245		46,60 »

- p) Ajouter avant la sous-rubrique « **dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS** », la sous-rubrique, les libellés et les tarifs suivants :

	« service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6C) »	
	patient inscrit	
	examen ordinaire	
	sans déplacement	
15052	patient de moins de 70 ans	11,45
15053	de 70-79 ans.....	13,85
15054	de 80 ans ou plus	14,50

	d'urgence avec déplacement	
15055	patient de moins de 70 ans	38,05
15056	de 70-79 ans.....	44,25
15057	de 80 ans ou plus	46,20
	examen principal	
	sans déplacement	
15058	patient de moins de 70 ans	22,90
15059	de 70-79 ans.....	34,35
15060	de 80 ans ou plus	35,90
	avec déplacement	
15061	patient de moins de 70 ans	38,05
15062	de 70-79 ans.....	44,25
15063	de 80 ans ou plus	46,20
	Intervention en situation complexe (<i>P.G. 2.2.6C, point 3</i>)	
	- <i>patient de moins de 70 ans</i>	
15064	première période trente (30) minutes	72,00
15065	période supplémentaire par période de quinze (15) minutes	20,00
	- <i>patient de 70 ans et plus</i>	
15068	première période trente (30) minutes	72,00
15071	période supplémentaire par période de quinze (15) minutes	20,00
	AVIS : Pour les codes 15065 (maximum : 4 périodes) et 15071 maximum : 5 périodes), inscrire le nombre de périodes dans la case UNITÉS.	
	examen psychiatrique principal	
	sans déplacement	
15066	patient inscrit de moins de 70 ans	27,75
15067	patient inscrit 70 ans et plus	36,65
	avec déplacement	
15069	patient inscrit de moins de 70 ans	44,50
15070	patient inscrit 70 ans et plus	45,75

C) En modifiant sous la section « **Actes diagnostiques et thérapeutiques** » le nombre d'unités de la façon suivante :

a) Modifier le nombre d'unités des actes de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
102	4	C-9	172	3	C-5	202	3	C-5
124	3	C-41	173	3	C-5	203	3	C-5
126	4	C-8	174	3	C-35	204	3	C-5
129	3	C-7	175	4	C-6	206	3	C-35
131	4	C-8	177	3	C-5	207	3	C-5
133	3	C-7	179	3	C-5	212	4	C-41
135	3	C-8	181	3	C-5	213	3	C-5
139	4	C-8	183	3	C-5	214	3	C-35
142	3	C-8	184	3	C-5	215	3	C-5
143	4	C-8	185	3	C-5	219	5	C-8
145	5	C-4	186	3	C-5	220	3	C-5
153	3	C-36	187	3	C-5	221	3	C-5
154	3	C-44	188	3	C-5	222	3	C-5
165	3	C-5	191	5	C-9	223	3	C-6
166	3	C-5	192	3	C-5	226	3	C-5

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
167	3	C-5	194	3	C-5	227	3	C-6
168	3	C-5	195	3	C-5	229	3	C-41
169	3	C-5	197	3	C-5	230	3	C-6
171	3	C-5	199	3	C-5	231	3	C-6
232	3	C-6	480	3	C-24	845	4	C-23
233	4	C-7	486	3	C-35	860	4	C-35
236	3	C-6	519	3	C-37	894	4	C-40
238	3	C-6	524	4	C-37	895	5	C-41
240	3	C-6	544	3	C-35	896	5	C-41
241	3	C-6	559	4	C-37	8513	3	C-43
244	3	C-6	562	3	C-22	8515	3	C-43
245	3	C-6	563	4	C-22	9331	4	C-23
246	3	C-6	573	3	C-22	9332	3	C-23
252	4	C-41	582	3	C-25	9334	4	C-10
294	4	C-8	596	3	C-25	9352	11	C-37
295	4	C-25	597	3	C-9	9353	11	C-37
296	3	C-25	605	3	C-25	9356	3	C-35
301	3	C-13	619	4	C-8	9357	3	C-45
302	3	C-44	620	4	C-22	9358	3	C-45
308	3	C-5	633	3	C-36	9362	4	C-36
311	3	C-31	635	3	C-21	9374	3	C-20
312	3	C-44	636	3	C-21	9418	3	C-25
313	4	C-13	640	3	C-36	9422	3	C-11
319	3	C-44	641	3	C-36	9436	14	C-38
320	3	C-44	642	3	C-36	9439	14	C-38
324	4	C-41	691	3	C-20	9444	14	C-39
332	3	C-31	692	4	C-20	9446	7	C-39
336	3	C-13	697	3	C-21	9447	7	C-39
337	3	C-13	700	3	C-21	9448	7	C-39
407	3	C-46	703	3	C-21	9454	3	C-40
410	3	C-20	706	3	C-21	9456	4	C-40
419	4	C-33	710	3	C-36	9458	3	C-40
426	4	C-33	721	3	C-45	9461	6	C-40
427	4	C-33	726	3	C-45	9462	6	C-40
429	3	C-24	730	3	C-45	9464	3	C-41
435	3	C-39	731	3	C-45	9465	3	C-41
436	3	C-35	744	3	C-35	9466	3	C-41
438	3	C-40	746	3	C-36	9467	3	C-41
443	3	C-24	753	6	C-37	9468	3	C-41
453	3	C-42	791	3	C-36	9469	3	C-41
454	3	C-24	795	5	C-4	9472	4	C-41
455	7	C-24	797	3	C-5	9473	4	C-41
456	7	C-24	798	3	C-6	9480	3	C-5
459	3	C-40	799	3	C-37			
462	3	C-42	834	3	C-23			

- b) Remplacer à la rubrique « **Cardiologie et angiologie** » le libellé et les tarifs des codes 0828 et 0829 par les suivants :

« La réanimation est effectuée dans un cas d'arrêt cardiaque ou de situation grave et complexe où l'instabilité clinique du patient nécessite un traitement immédiat (choc hémodynamique, coma, insuffisance cardio-respiratoire sévère, convulsions actives) incluant l'examen et tout autre service médical dispensé durant la manœuvre par le médecin. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes.

Réanimation		
0828 premier quart d'heure		80,00
0829 quart d'heure supplémentaire		20,00

AVIS: Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont facturées, fournir les notes explicatives dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un document complémentaire et inscrire un « A » dans la case C.S.

- D) En modifiant la section « **Anesthésie-réanimation** » de la façon suivante :

- a) remplacer à la « NOTE » la VALEUR DE L'UNITÉ par la suivante :

« VALEUR DE L'UNITÉ : 11,00 \$ »

- b) en modifiant le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
904	4 *	D-5	953	3 *	D-6	967	4 *	D-5
905	4 *	D-5	954	3 *	D-9	968	4 *	D-5
918	4 *	D-5	955	4 *	D-9	969	4 *	D-5
919	4 *	D-5	956	4 *	D-9	970	4 *	D-5
920	4 *	D-5	957	9 *	D-6	971	3 *	D-9
924	4 *	D-5	959	7 *	D-6	972	3 *	D-9
930	9 *	D-5	960	4 *	D-5	974	3 *	D-9
932	11 *	D-9	961	7 *	D-5	975	6 *	D-9
936	4 *	D-5	962	4 *	D-5	976	3 *	D-9
937	4 *	D-5	963	4 *	D-5	983	3 *	D-9
938	4 *	D-6	964	4 *	D-5	984	4	D-8
949	4 *	D-6	965	4 *	D-5			
950	5 *	D-6	966	4 *	D-5			

- E) En modifiant sous la section « **Peau phanères tissu cellulaire – sous cutané** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
1011	3	F-13	1312	3	F-12	1383	3	F-11
1169	3	F-4	1320	3	F-8	1384	3	F-11
1172	3	F-4	1322	4	F-9	1385	7	F-12
1196	3	F-5	1323	3	F-8	1387	7	F-12
1197	4	F-5	1327	3	F-9	1394	3	F-12
1199	3	F-5	1328	4	F-9	1395	4	F-12
1211	4	F-6	1333	7	F-10	1405	3	F-12
1215	3	F-7	1335	3	F-10	1406	3	F-12
1216	3	F-7	1336	7	F-11	1408	3	F-13
1217	3	F-7	1338	3	F-10	1409	3	F-13
1220	3	F-7	1341	3	F-12	1414	3	F-14
1221	3	F-7	1342	3	F-12	1415	3	F-14
1222	3	F-7	1343	3	F-12	1416	4	F-12
1223	3	F-7	1350	4	F-11	1423	14	F-12
1224	3	F-7	1353	5	F-11	1424	14	F-12
1225	3	F-7	1362	4	F-11	1425	17	F-12
1230	4	F-13	1363	4	F-11	1426	17	F-12
1232	7	F-13	1365	3	F-11	1451	3	F-14
1235	3	F-13	1368	3	F-11	1452	4	F-14
1310	4	F-12	1373	5	F-11	1462	3	F-14
1311	4	F-12	1382	4	F-11			

- F) En modifiant sous la section « **Appareil musculo-squelettique** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
2008	4	G-41	2041	4	G-27	2074	3	G-27
2009	9	G-5	2042	3	G-17	2075	3	G-36
2011	4	G-16	2046	4	G-33	2076	3	G-41
2012	4	G-41	2047	4	G-33	2077	3	G-41
2017	7	G-5	2049	4	G-40	2078	3	G-41
2018	9	G-5	2050	4	G-25	2079	3	G-27
2019	14	G-5	2055	4	G-26	2080	3	G-36
2020	4	G-19	2056	4	G-30	2082	3	G-42
2021	5	G-19	2057	3	G-35	2083	4	G-42
2023	4	G-41	2060	5	G-40	2084	3	G-13
2025	11	G-9	2061	5	G-32	2085	4	G-13
2026	11	G-8	2062	3	G-11	2086	5	G-27
2030	4	G-34	2063	5	G-8	2088	11	G-5
2031	9	G-5	2066	4	G-10	2089	17	G-5
2032	9	G-5	2069	4	G-40	2090	14	G-5
2037	4	G-13	2071	3	G-41	2091	9	G-29
2039	3	G-17	2072	3	G-41	2092	7	G-29
2040	3	G-21	2073	3	G-41	2093	6	G-34

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
2095	4	G-14	2231	6	G-15	2318	4	G-16
2102	7	G-31	2232	5	G-18	2319	4	G-16
2107	5	G-31	2233	3	G-41	2321	7	G-26
2109	3	G-7	2234	4	G-37	2322	9	G-42
2115	3	G-14	2235	3	G-41	2323	4	G-42
2119	5	G-7	2236	3	G-41	2324	4	G-43
2123	4	G-8	2241	4	G-37	2325	5	G-44
2125	4	G-23	2242	4	G-38	2328	4	G-44
2126	6	G-23	2244	7	G-37	2333	11	G-26
2129	5	G-18	2245	4	G-38	2335	11	G-26
2130	4	G-11	2246	4	G-38	2336	11	G-6
2131	9	G-11	2248	3	G-40	2337	5	G-6
2132	7	G-11	2252	7	G-27	2342	14	G-26
2137	9	G-11	2253	5	G-32	2344	7	G-15
2138	4	G-22	2255	3	G-41	2352	17	G-45
2139	4	G-22	2256	3	G-41	2354	17	G-45
2152	3	G-41	2264	6	G-36	2355	17	G-45
2153	4	G-41	2269	4	G-29	2356	17	G-45
2155	5	G-41	2271	4	G-21	2357	17	G-45
2157	5	G-15	2273	4	G-21	2358	5	G-20
2159	5	G-18	2275	3	G-21	2360	7	G-20
2160	5	G-24	2276	3	G-21	2363	5	G-16
2161	4	G-36	2277	7	G-9	2365	7	G-20
2164	4	G-31	2282	9	G-13	2368	5	G-25
2168	9	G-11	2283	17	G-10	2372	6	G-21
2174	3	G-15	2284	17	G-10	2389	4	G-20
2175	3	G-15	2285	4	G-37	2395	17	G-10
2176	4	G-15	2286	17	G-10	2396	4	G-43
2177	5	G-15	2287	4	G-37	2403	11	G-30
2178	6	G-15	2293	17	G-10	2405	9	G-29
2179	7	G-15	2295	6	G-27	2406	9	G-34
2181	14	G-15	2296	11	G-25	2409	7	G-21
2190	4	G-41	2299	4	G-33	2412	7	G-29
2191	4	G-41	2300	4	G-43	2414	5	G-34
2197	4	G-18	2301	3	G-43	2422	4	G-40
2198	4	G-24	2302	4	G-28	2425	7	G-32
2199	4	G-36	2303	4	G-43	2426	7	G-27
2201	4	G-42	2304	4	G-35	2434	4	G-27
2202	4	G-42	2305	4	G-30	2441	4	G-36
2205	11	G-4	2306	4	G-35	2443	17	G-6
2206	3	G-4	2307	4	G-28	2444	17	G-6
2207	3	G-4	2308	4	G-43	2445	11	G-9
2208	4	G-41	2309	4	G-33	2446	14	G-6
2212	3	G-41	2310	4	G-28	2447	14	G-6
2214	3	G-8	2312	4	G-44	2448	17	G-6
2215	14	G-22	2314	4	G-19	2450	11	G-9
2219	4	G-22	2315	4	G-19	2451	14	G-9
2222	4	G-18	2316	4	G-19	2452	11	G-9
2227	4	G-24	2317	3	G-19	2455	4	G-9

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
2464	17	G-10	2589	3	G-19	2708	4	G-35
2466	17	G-10	2605	4	G-16	2709	4	G-38
2467	7	G-10	2606	4	G-16	2710	3	G-38
2468	9	G-10	2608	4	G-16	2711	3	G-39
2469	9	G-10	2609	4	G-16	2712	3	G-39
2476	7	G-31	2610	4	G-16	2713	4	G-24
2477	5	G-32	2612	3	G-19	2714	9	G-28
2479	17	G-6	2616	4	G-23	2715	7	G-28
2488	3	G-43	2618	4	G-22	2716	9	G-28
2489	3	G-43	2620	3	G-22	2717	4	G-24
2490	4	G-43	2621	3	G-23	2718	3	G-24
2492	7	G-30	2622	3	G-23	2726	4	G-24
2494	14	G-9	2623	3	G-23	2727	4	G-35
2495	14	G-9	2624	4	G-19	2731	4	G-39
2496	17	G-9	2626	3	G-23	2732	3	G-39
2497	11	G-30	2627	4	G-23	2733	4	G-39
2503	14	G-11	2635	5	G-16	2735	4	G-20
2504	4	G-11	2640	4	G-16	2736	5	G-20
2507	4	G-5	2643	5	G-22	2737	4	G-31
2508	4	G-5	2646	4	G-23	2739	9	G-28
2510	4	G-17	2647	4	G-23	2740	7	G-28
2512	4	G-4	2648	4	G-23	2741	5	G-24
2513	4	G-5	2650	4	G-22	2742	9	G-28
2516	9	G-5	2651	3	G-19	2747	4	G-26
2518	11	G-5	2652	7	G-19	2748	4	G-26
2519	7	G-11	2654	3	G-20	2749	4	G-31
2522	4	G-5	2657	3	G-18	2751	3	G-36
2523	3	G-5	2658	4	G-23	2752	4	G-39
2525	3	G-5	2661	4	G-29	2754	3	G-39
2528	3	G-11	2662	3	G-18	2756	3	G-39
2533	3	G-11	2663	3	G-24	2765	4	G-39
2534	4	G-14	2664	3	G-24	2766	4	G-39
2535	5	G-11	2665	4	G-29	2767	4	G-39
2537	4	G-14	2666	3	G-24	2769	3	G-20
2539	7	G-11	2667	6	G-29	2770	5	G-20
2544	3	G-14	2670	4	G-24	2771	14	G-12
2545	3	G-14	2671	4	G-24	2772	14	G-12
2546	3	G-14	2673	9	G-29	2773	14	G-12
2547	5	G-14	2676	3	G-12	2774	5	G-12
2548	5	G-14	2677	3	G-24	2775	3	G-12
2554	4	G-23	2679	4	G-24	2776	4	G-12
2564	4	G-29	2682	4	G-23	2777	3	G-12
2567	4	G-12	2694	4	G-34	2778	4	G-14
2570	3	G-19	2697	3	G-23	2779	5	G-14
2572	7	G-12	2698	4	G-23	2780	5	G-14
2574	4	G-29	2699	5	G-23	2781	7	G-14
2581	4	G-12	2704	4	G-23	2783	4	G-22
2582	3	G-8	2705	4	G-34	2784	3	G-22
2586	4	G-19	2706	3	G-24	2785	4	G-22

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
2786	7	G-22	2891	9	G-8	7500	9	G-4
2787	3	G-22	2895	3	G-22	7501	9	G-4
2789	6	G-22	2896	4	G-23	7502	9	G-4
2790	7	G-22	2898	4	G-24	7503	9	G-4
2791	14	G-22	2899	4	G-28	7504	9	G-4
2792	3	G-22	2900	4	G-20	7505	9	G-4
2793	4	G-22	2901	4	G-20	7506	9	G-4
2794	4	G-26	2902	5	G-20	7507	14	G-4
2795	5	G-26	2903	3	G-20	9500	4	G-37
2796	3	G-27	2904	4	G-20	9501	4	G-37
2797	4	G-27	2905	7	G-20	9502	3	G-37
2799	5	G-28	2907	7	G-20	9505	4	G-38
2801	7	G-28	2909	7	G-20	9506	5	G-38
2802	4	G-28	2925	7	G-13	9507	4	G-38
2803	7	G-28	2926	4	G-21	9508	4	G-38
2808	7	G-28	2927	5	G-17	9509	6	G-38
2811	7	G-28	2928	4	G-21	9510	7	G-38
2812	14	G-28	2929	4	G-21	9511	4	G-38
2813	17	G-29	2931	4	G-21	9513	4	G-38
2822	5	G-32	2932	4	G-21	9514	3	G-38
2833	3	G-13	2933	4	G-21	9516	4	G-38
2834	3	G-17	2934	3	G-21	9517	4	G-39
2835	3	G-24	2935	7	G-11	9524	4	G-40
2836	3	G-24	2936	11	G-25	9529	5	G-40
2847	7	G-32	2937	7	G-29	9530	4	G-40
2849	3	G-27	2939	4	G-21	9534	3	G-41
2851	3	G-36	2940	3	G-37	9537	3	G-42
2855	9	G-32	2944	9	G-35	9543	4	G-36
2862	3	G-4	2954	3	G-33	9544	4	G-36
2864	3	G-33	2965	9	G-13	9546	3	G-43
2865	4	G-33	2966	11	G-29	9547	4	G-43
2867	11	G-33	2973	7	G-13	9548	4	G-19
2868	4	G-33	2974	3	G-14	9550	4	G-4
2869	5	G-33	2975	4	G-14	9551	4	G-4
2870	5	G-33	2976	4	G-14	9552	5	G-4
2871	9	G-33	2983	4	G-17	9554	6	G-10
2872	4	G-33	2985	4	G-17	9555	3	G-10
2873	4	G-33	2986	3	G-17	9556	5	G-10
2874	7	G-34	2987	3	G-17	9557	3	G-10
2875	4	G-34	2988	4	G-18	9558	4	G-10
2876	4	G-34	2989	5	G-18	9559	3	G-10
2877	4	G-34	2991	3	G-19	9560	17	G-11
2878	4	G-34	2992	3	G-19	9569	4	G-8
2880	6	G-35	2993	4	G-19	9579	4	G-20
2882	4	G-35	2994	7	G-19	9593	4	G-40
2883	4	G-35	2995	7	G-19	9595	4	G-40
2884	4	G-35	2996	7	G-19	9596	4	G-40
2885	3	G-35	2997	14	G-19	9597	4	G-42
2890	4	G-8	2998	3	G-19			

G) En modifiant sous la section « **Système respiratoire** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
3000	3	H-2	3172	3	H-2	3334	7	H-6
3001	4	H-2	3173	3	H-2	3335	3	H-3
3002	3	H-3	3178	9	H-6	3337	3	H-4
3003	4	H-2	3179	11	H-6	3340	3	H-3
3004	4	H-4	3180	11	H-6	3341	3	H-3
3005	4	H-4	3181	14	H-6	3343	3	H-2
3008	4	H-4	3190	3	H-7	3344	3	H-4
3019	5	H-6	3194	3	H-7	3347	7	H-5
3031	11	H-8	3195	9	H-7	3349	7	H-6
3035	4	H-7	3196	11	H-7	3350	4	H-6
3039	4	H-5	3199	4	H-2	3351	4	H-6
3040	4	H-5	3208	3	H-2	3352	7	H-6
3041	4	H-5	3209	3	H-2	3353	9	H-6
3042	4	H-5	3220	11	H-5	3354	11	H-6
3043	4	H-5	3223	5	H-5	3355	11	H-6
3044	4	H-5	3227	11	H-5	3357	11	H-7
3045	4	H-5	3236	9	H-4	3361	14	H-6
3105	4	H-4	3237	9	H-4	3362	11	H-6
3108	4	H-4	3238	11	H-4	3363	7	H-6
3124	11	H-8	3240	9	H-7	3365	11	H-8
3125	11	H-8	3243	7	H-5	3366	4	H-6
3132	14	H-8	3248	6	H-4	3367	4	H-3
3133	11	H-8	3301	3	H-2	3371	4	H-6
3138	11	H-8	3313	3	H-9	3373	11	H-7
3158	4	H-4	3314	3	H-9	3804	3	H-3
3159	3	H-4	3317	3	H-9	3806	3	H-3
3160	3	H-2	3320	3	H-2	3807	3	H-3
3161	3	H-2	3325	4	H-3	3808	4	H-3
3164	3	H-4	3328	5	H-3	3809	3	H-3
3165	4	H-3	3329	5	H-3	3810	7	H-3
3167	4	H-3	3330	4	H-3			
3169	7	H-4	3331	4	H-3			

« **Système cardiaque** »

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
4785	4	J-13						

H) En modifiant sous la section « **Système lymphatique et hématopoïétique** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
4162	4	K-2	4243	5	K-2	4250	9	K-2
4236	3	K-2	4244	9	K-2	4251	9	K-2
4240	5	K-2	4247	9	K-2			

I) En modifiant sous la section « **Système digestif** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
5001	3	L-2	5124	4	L-4	5234	11	L-9
5002	3	L-2	5126	4	L-5	5239	4	L-12
5003	4	L-5	5130	11	L-6	5240	9	L-11
5004	4	L-3	5134	11	L-8	5242	11	L-11
5006	3	L-4	5143	3	L-12	5243	11	L-11
5007	3	L-4	5144	3	L-12	5245	9	L-11
5008	3	L-4	5146	17	L-13	5246	11	L-11
5009	3	L-4	5147	11	L-13	5248	4	L-12
5012	3	L-6	5153	4	L-5	5249	3	L-12
5013	3	L-6	5156	17	L-15	5250	4	L-11
5014	4	L-3	5160	11	L-9	5252	4	L-12
5015	4	L-5	5161	3	L-2	5253	14	L-11
5016	3	L-5	5162	11	L-9	5254	4	L-12
5017	4	L-5	5166	11	L-9	5255	4	L-12
5018	3	L-5	5167	4	L-2	5256	3	L-12
5021	3	L-5	5168	4	L-3	5257	4	L-12
5022	9	L-7	5170	3	L-6	5258	4	L-12
5036	4	L-10	5172	4	L-5	5262	4	L-11
5040	4	L-11	5173	3	L-2	5265	14	L-15
5041	4	L-11	5176	5	L-5	5266	3	L-16
5042	4	L-11	5177	4	L-5	5270	6	L-14
5044	3	L-11	5178	4	L-5	5271	9	L-14
5045	4	L-11	5182	4	L-11	5274	9	L-14
5050	3	L-12	5183	5	L-11	5278	9	L-14
5051	4	L-12	5184	3	L-12	5279	14	L-9
5052	3	L-12	5185	4	L-12	5280	14	L-9
5055	3	L-12	5186	4	L-12	5282	14	L-10
5067	7	L-7	5187	3	L-12	5288	14	L-6
5073	4	L-16	5191	3	L-16	5303	3	L-13
5075	9	L-15	5192	4	L-11	5304	14	L-11
5084	3	L-16	5194	4	L-16	5310	3	L-13
5085	3	L-6	5196	4	L-16	5313	3	L-13
5086	4	L-6	5198	6	L-5	5314	3	L-13
5087	4	L-6	5201	3	L-10	5324	6	L-2
5088	4	L-9	5202	4	L-3	5325	14	L-8
5089	4	L-9	5203	4	L-3	5330	5	L-4
5095	6	L-9	5204	14	L-8	5333	14	L-7
5100	4	L-3	5208	4	L-3	5338	14	L-7
5101	4	L-3	5213	4	L-6	5339	14	L-7
5107	11	L-8	5220	17	L-6	5340	3	L-6
5112	4	L-2	5223	14	L-6	5341	3	L-6
5113	3	L-2	5224	17	L-6	5346	9	L-8
5114	9	L-8	5226	11	L-8	5347	4	L-5
5115	9	L-8	5227	14	L-8	5349	11	L-7
5117	11	L-8	5230	7	L-10	5350	9	L-7
5120	3	L-4	5232	11	L-9	5352	14	L-7
5123	14	L-8	5233	11	L-9	5354	14	L-7

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
5355	9	L-8	5413	5	L-12	5461	5	L-17
5358	11	L-7	5416	17	L-15	5462	4	L-17
5361	14	L-10	5418	14	L-11	5463	4	L-17
5362	14	L-10	5420	3	L-13	5467	14	L-17
5364	6	L-8	5421	14	L-13	5468	4	L-17
5366	6	L-8	5422	4	L-13	5469	4	L-17
5368	6	L-8	5423	14	L-13	5470	14	L-17
5371	7	L-8	5426	3	L-13	5471	4	L-17
5373	7	L-8	5427	3	L-13	5473	14	L-17
5374	7	L-10	5428	5	L-13	5474	14	L-17
5376	5	L-8	5429	11	L-13	5475	5	L-17
5379	14	L-10	5434	14	L-11	5476	4	L-17
5380	6	L-10	5436	9	L-14	5477	4	L-17
5382	4	L-10	5437	14	L-11	5478	14	L-17
5386	7	L-10	5439	9	L-14	5483	3	L-16
5392	5	L-10	5450	17	L-13	5485	14	L-15
5394	7	L-10	5451	17	L-13	5486	14	L-15
5396	7	L-8	5452	14	L-17	5487	3	L-16
5397	5	L-10	5455	3	L-17	5488	4	L-17
5401	4	L-11	5456	4	L-17	5801	3	L-6
5404	4	L-12	5457	5	L-17	5802	3	L-12
5405	4	L-12	5458	4	L-17	5812	4	L-11
5410	4	L-12	5459	4	L-17	5816	3	L-13
5412	5	L-12	5460	7	L-17			

J) La section « **Appareil urinaire** » est modifiée en remplaçant le nombre d'unités des actes suivants :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
6005	9	M-2	6161	9	M-3	6320	7	M-3
6007	4	M-2	6168	3	M-5	6327	7	M-3
6012	9	M-2	6190	3	M-7	6343	14	M-6
6016	5	M-4	6199	11	M-3	6344	14	M-6
6020	4	M-5	6200	9	M-2	6347	3	M-7
6022	4	M-5	6205	11	M-5	6358	3	M-6
6023	4	M-5	6210	4	M-7	6362	4	M-7
6030	3	M-6	6213	9	M-3	6367	7	M-7
6031	4	M-6	6219	4	M-7	6369	4	M-7
6032	3	M-6	6220	4	M-5	6371	5	M-7
6033	4	M-6	6221	11	M-3	6372	4	M-7
6034	4	M-6	6222	11	M-3	6383	14	M-6
6035	4	M-7	6295	4	M-7	6402	5	M-6
6039	3	M-2	6296	4	M-7	6403	4	M-6
6044	5	M-4	6297	5	M-7	6417	9	M-7
6111	5	M-4	6301	3	M-6	6448	4	M-7

K) En modifiant sous la section « **Appareil génital mâle** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
6055	3	N-5	6228	7	N-3	6364	17	N-3
6060	5	N-6	6232	3	N-5	6379	4	N-3
6061	5	N-6	6235	4	N-5	6388	4	N-4
6064	5	N-6	6242	5	N-6	6391	5	N-4
6106	4	N-4	6243	9	N-6	6392	3	N-4
6119	4	N-2	6247	5	N-6	6394	3	N-3
6122	4	N-3	6285	3	N-4	6395	3	N-5
6125	4	N-3	6309	4	N-4	6397	3	N-5
6127	3	N-2	6314	7	N-3	6432	7	N-3
6226	4	N-3	6317	9	N-3	6433	11	N-3

L) En modifiant sous la section « **Gynécologie** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
6043	3	P-2	6249	7	P-3	6411	3	P-3
6062	3	P-2	6258	3	P-2	6414	4	P-3
6065	3	P-2	6261	4	P-4	6415	3	P-3
6066	3	P-2	6262	4	P-4	6416	9	P-3
6067	4	P-4	6263	4	P-4	6420	3	P-3
6070	4	P-4	6267	4	P-5	6421	3	P-3
6072	4	P-4	6268	4	P-5	6429	3	P-4
6074	3	P-3	6271	17	P-5	6430	4	P-4
6075	3	P-3	6272	17	P-5	6434	3	P-6
6141	3	P-3	6275	17	P-5	6457	4	P-6
6145	3	P-4	6288	7	P-4	6811	3	P-4
6146	3	P-4	6299	4	P-4	6812	3	P-4
6169	3	P-2	6356	4	P-2	6906	3	P-6
6170	3	P-2	6381	4	P-5	6909	3	P-6
6172	3	P-2	6400	3	P-3	6924	3	P-6
6173	3	P-3	6405	3	P-3	6949	3	P-6
6178	3	P-5	6406	4	P-3	6952	3	P-6
6188	4	P-4	6408	4	P-3			
6189	3	P-2	6410	3	P-3			

M) En modifiant la section « **Obstétrique** » de la façon suivante :

- a) En modifiant le Préambule particulier, à son article 9, de la façon suivante :
« 9. Garde en disponibilité

Le médecin, qui est détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui les exerce a droit, pour la garde en disponibilité qu'il effectue, à un forfait annuel de 2 448 \$ payable trimestriellement.

AVIS : Incrire sur la demande de paiement n° 1200 les renseignements suivants :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code d'acte **9776** dans la case ACTES;
 - le code d'établissement (0XXX3) pour lequel vous détenez ces privilèges;
 - les honoraires par trimestre **612 \$** et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- Les trimestres sont répartis comme suit : 1^{er} juillet au 30 sept., 1^{er} octobre au 31 décembre, 1^{er} janvier au 31 mars et 1^{er} avril au 30 juin.

Seul le rôle 1 peut être facturé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- b) En modifiant les tarifs et nombre d'unités des actes suivants :

	R-1	R-2
« 6901	46,90	
6903	321,30	
6907	59,05	
6911	6,55	
6912	281,30	8
6913	450,15	12
6914	118,05	
6915	56,25	3
6916	28,15	
6919	137,70	
6921	29,50	
6922	28,50	
6923	137,70	
6925	32,60	3
6927	28,15	
6928	56,25	
6930	122,75	
6933	306,00	
6935	43,70	
6942	45,90	
6943	428,40	
6944	42,55	
6946	102,00 »	

N) En modifiant sous la section « **Appareil glandulaire** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page
6076	3	R-2	6185	9	R-2	6282	7	R-2
6150	4	R-2	6280	7	R-2	6284	9	R-2
6151	7	R-2	6281	7	R-2			

O) En modifiant sous la section « **Appareil visuel** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
7002	4	T-4	7249	3	T-6	7399	3	T-9
7006	4	T-4	7250	4	T-6	7402	4	T-7
7045	5	T-2	7253	7	T-8	7403	4	T-7
7046	4	T-2	7261	5	T-3	7405	4	T-8
7052	4	T-3	7263	4	T-3	7406	3	T-8
7053	3	T-8	7264	4	T-3	7407	5	T-8
7054	3	T-8	7279	5	T-5	7409	9	T-4
7063	3	T-5	7282	9	T-5	7411	4	T-8
7065	3	T-6	7283	5	T-5	7413	4	T-8
7069	3	T-8	7284	9	T-5	7414	4	T-8
7070	3	T-8	7298	3	T-4	7416	5	T-8
7071	3	T-8	7299	4	T-4	7419	5	T-8
7072	3	T-8	7305	3	T-3	7420	4	T-6
7137	4	T-3	7309	3	T-4	7457	3	T-8
7148	4	T-9	7311	4	T-5	7458	4	T-8
7152	6	T-9	7312	4	T-5	7459	5	T-9
7153	5	T-9	7319	3	T-8	7460	5	T-9
7157	4	T-6	7325	4	T-4	7464	9	T-9
7169	4	T-3	7329	4	T-8	7465	7	T-4
7170	5	T-3	7358	5	T-2	7466	4	T-4
7171	6	T-5	7361	4	T-2	7480	7	T-6
7173	3	T-6	7368	5	T-3	7801	4	T-3
7179	4	T-8	7372	4	T-3	7802	4	T-3
7194	3	T-2	7377	5	T-5	7804	6	T-3
7196	4	T-2	7381	4	T-7	7805	3	T-3
7199	5	T-9	7384	5	T-2	7808	4	T-3
7226	4	T-3	7385	4	T-7	7811	3	T-3
7227	6	T-3	7386	3	T-7	7812	4	T-3
7228	6	T-3	7387	4	T-7	7814	5	T-3
7237	6	T-2	7390	7	T-7	7815	4	T-3
7243	9	T-5	7394	4	T-7	7816	3	T-3
7244	5	T-3	7395	4	T-7			
7248	4	T-6	7396	5	T-7			

P) En modifiant sous la section « **Appareil auditif** » le nombre d'unités de la façon suivante :

Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle unité	Page	Acte	Nouvelle Unité	Page
7075	3	U-2	7197	3	U-2	7436	9	U-4
7076	3	U-2	7255	4	U-2	7442	4	U-4
7077	3	U-3	7257	6	U-3	7445	7	U-5
7078	3	U-3	7267	6	U-4	7449	4	U-3
7079	5	U-3	7268	6	U-4	7450	5	U-4
7081	4	U-3	7272	5	U-4	7451	6	U-4
7082	4	U-3	7302	3	U-3	7453	6	U-4
7150	4	U-2	7308	3	U-3	7481	5	U-2
7184	5	U-2	7316	5	U-4	7487	4	U-3
7185	3	UT-2	7424	4	U-2			
7187	3	U-3	7430	3	U-3			

4. L'Annexe VI de l'Entente, intitulée « **Avantages sociaux** » est amendée de la façon suivante :

a) Ajouter le paragraphe 6.22.1 suivant :

« Exceptionnellement, pour l'année d'application du 1^{er} juillet 2002 au 30 juin 2003, la contribution de la Régie visée au paragraphe 6.21, pour les mois d'avril, mai et juin est de 3,577 % du traitement annuel du médecin et pour l'année d'application du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2004 de 1,76 %. »

b) Remplacer le quatrième alinéa du paragraphe 8.02 a) ii) par le suivant :

« À la fin de la période de réadaptation, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est plus invalide. Si son invalidité persiste, le médecin continue de recevoir sa prestation tant qu'il y est admissible. »

5. L'Annexe IX de l'Entente intitulée « **Conditions d'application des tarifs** » est amendée de la façon suivante :

a) En remplaçant ses paragraphes 1.1 et 1.2 par les suivants :

« Détermination de l'enveloppe budgétaire

1.1 Une enveloppe budgétaire globale est, en tenant compte des dispositions du paragraphe 1.2, déterminée, sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

- Période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003 : 1 110 000 000 \$
- Période du 1^{er} avril 2003 au 30 juin 2003 : 1 189 300 000 \$

Paramètres monétaires

1.2 L'enveloppe budgétaire dévolue à la rémunération des médecins, pour une période annuelle d'application visée au paragraphe 1.1 ci-dessus, comprend, selon les modalités apparaissant ci-après, les augmentations suivantes:

- L'octroi d'un montant équivalent à un forfait de 0,5 % (5,4M\$) des rémunérations payables aux médecins;
- L'octroi d'un montant de 2,0 % (21,7 M\$) sur base annuelle à partir du 1^{er} avril 2003.

Pour compenser les effets de la croissance normale de la population ainsi que de son vieillissement, et pour tenir compte également de l'ajout net des effectifs médicaux, un facteur de croissance de 1 % a été pris en compte dans la détermination de l'enveloppe budgétaire applicable à la période annuelle d'application débutant le 1^{er} avril 2002.

Aux mêmes fins, un facteur de croissance de 1 % est, en date du 1^{er} avril 2003, appliqué à l'enveloppe budgétaire globale visée.

Un montant additionnel de 39,9M\$ est accordée, au 1^{er} avril 2003, pour le financement de certains dossiers prioritaires. »

b) En remplaçant le paragraphe 3.4 par le suivant :

« 3.4 En ce qui a trait au calcul du coût relatif aux remboursements aux personnes assurés pour lesquelles aucune imputation n'a été effectuée par la Régie, les parties fixent la part du résiduel imputable à une enveloppe budgétaire visée aux présentes à un montant équivalent à 25 % du coût de ces services médicaux tel qu'établi par la Régie. »

c) En remplaçant le paragraphe 5.1 par le suivant :

« 5.1 Un médecin est rémunéré, selon les tarifs applicables, en autant que son revenu fait en provenance du régime soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable à un trimestre donné.

À compter du 1^{er} mars 2003, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est fixé à 53 250 \$.

d) En remplaçant l'alinéa 13) du paragraphe 5.3 par le suivant :

« 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), ceux versés pour les services dispensés dans une unité de soins de courte durée, dans une unité de soins palliatifs 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 ou à tarif horaire : Utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- **CH (service d'urgence) :**

- Samedi, dimanche, journée fériée = 12 ou 17;

- En semaine, de 20h à 8h = 12;

- En semaine, de 8h à 20h = 07.

- **CH (courte durée) :**

Examens durant la tournée quotidienne ou lors d'une urgence :

- Samedi, dimanche, journée fériée = 15;

- En semaine = 03;

Examens en dehors de la tournée quotidienne ou d'une urgence :

- Samedi, dimanche, journée fériée = 21;

- En semaine = 03;

- **CHSLD et en CH (longue durée) :**

En tout temps = 04.

- **CLSC (service d'urgence du réseau de garde intégré) :**
 - Samedi, dimanche et journée fériée = 14;
 - En semaine, de 20h à 8h = 12;
 - En semaine, de 8h à 20h = 07;
- Facturation à la **Corporation d'urgences-santé** : veuillez vous référer aux instructions de facturation prévues à l'entente particulière qui régit la Corporation.

e) En abrogeant les alinéas 14 et 17 du paragraphe 5.3;

f) En ajoutant les alinéas suivants au paragraphe 5.3 :

« les honoraires versés à titre de forfait de responsabilité prévu à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables;

les honoraires versés à titre de supplément pour l'examen périodique du patient âgé de moins de 5 ans. »

g) Remplacer l'article 8 par le suivant :

« ARTICLE 8 NON-ATTEINTE

8.1 Pour l'année comprise entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, sur la base des dépenses réelles, les parties constatent une non-atteinte cumulative de 18,5M\$.

8.2 La non-atteinte de 18,5M\$ est utilisée de la façon suivante :

- 7,5M\$ pour financer la mise en application pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2003 des mesures convenues par le protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002;
- jusqu'à un maximum de 0,7M\$ pour le financement, dans l'année 2003-2004, de l'augmentation de la cotisation au régime d'assurance collective des médecins rémunérés à honoraires fixes;
- un montant forfaitaire de 5,6M\$, montant duquel sera déduit le montant du dépassement réel constaté pour l'année 2002-2003, le solde éventuel de ce montant devant être versé, selon des modalités à convenir, en octobre 2003;
- le résiduel de 4,7M\$ sera affecté au financement, dans l'année 2003-2004, de certains dossiers spécifiques dont le financement récurrent, à partir du 1^{er} avril 2004, est assuré par les sommes supplémentaires allouées. »

6. L'Annexe XIV de l'Entente intitulée « **Dispositions tarifaires** » est modifiée à la Section II. Dispositions tarifaires en remplaçant ses articles 1.00 et 4.00 par les suivants :

« 1.01	À compter du 1 ^{er} juillet 2002 au 31 mars 2003	69,55 \$
	À compter du 1 ^{er} avril 2003	70,95 \$

4.00 MONTANT FORFAITAIRE

Un montant forfaitaire est versé au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou de la vacation le ou vers le 30 octobre 2003 selon des modalités à convenir par les parties.

Les rémunérations suivantes sont également sujettes au versement d'un montant forfaitaire :

- le dépannage selon le mode du per diem tel que prévu aux ententes particulières relatives au Grand-Nord et à l'hôpital Chibougamau Limitée (incluant les établissements désignés à la Lettre d'Entente no 58);
- l'entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie;

- l'Accord no 5 concernant la rémunération de médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le ou vers le 15 octobre 2003.

Le montant forfaitaire ainsi versé est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'article 5 de l'Annexe IX de l'entente générale. »

7. La lettre d'entente N° 77 du 19 février 1999 telle que modifiée et prolongée est de nouveau modifiée de la façon suivante :

a) ajouter l'article suivant :

« 5. Une seconde majoration de 10 % , selon les modalités prévues au paragraphe 1.3 de la présente lettre d'entente applicable sur le tarif de base pour des services dispensés de 8h00 à 24h00 le samedi, dimanche ou journée fériée dans le service d'urgence des établissements suivants :

- a) les CLSC du réseau de garde intégrée lorsque les médecins sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; **pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser une seule plage horaire à la fois par ligne.**

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants :

- honoraires fixes : XXX015, XXX030, XXX063, XXX098 et **072103***;

- tarif horaire : 009XXX, XXX015, XXX024, XXX030, XXX063, XXX071 et, selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et **072103***.

* Les professionnels des CLSC du réseau de garde intégré qui se retrouvent dans cette situation et qui participent à un groupe de médecine de famille (GMF) doivent utiliser ce code d'activité (**072103** : activités cliniques en GMF).

- b) la Corporation d'Urgences-santé;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; **pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser une seule plage horaire à la fois par ligne.**

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants. :

- honoraires fixes : 010015, 010038, 010042, 010063, 010075 et 010098;

- tarif horaire : 010015, 010024, 010038, 010042, 010044, 010063, 010071, 010075, 010098.

- c) les centres hospitaliers de soins psychiatriques suivants :

- Hôpital du Sacré-Cœur, Pavillon Albert Prévost;
- Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- Hôpital Douglas;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; **pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser une seule plage horaire à la fois par ligne.**

- Utiliser le secteur de dispensation **17** et les codes d'activités suivants. :

- honoraires fixes :XXX015, XXX030, XXX063 et XXX098;

- tarif horaire : 009XXX, XXX015, XXX024, XXX030, XXX063, XXX071,XXX098.

- d) les établissements des régions éloignées ou isolées suivants :

Région 09 – Côte-Nord

- Centre de Santé de la Basse-Côte-Nord
- Centre de Santé de l'Hématite
- Centre de Santé de la Minganie

Région 10 – Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James, Point de service de Matagami, Lebel-sur-Quevillon, Radisson, Chibougamau;

Région 11 – Gaspésie Iles-de-la-Madeleine

- Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 – Nunavik

- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
- Centre de santé Inuulitsivik

Région 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

- Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James

AVIS: - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; **pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser une seule plage horaire à la fois par ligne.**

- Utiliser le secteur de dispensation 17 et les codes d'activités suivants. :

- honoraires fixes :XXX015, XXX030, XXX063 et XXX098;
- tarif horaire : 009XXX **excluant** 009081 et 009094, XXX015, XXX024, XXX030, XXX063, XXX071 et, selon le cas, XXX084, XXX085 et XXX098.

b) Modifier la numérotation.

8. **L'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord** est modifiée en remplaçant le 2^e alinéa de son paragraphe 9.04 par le suivant :

« le taux de base du per diem est de 751 \$ du 1^{er} juillet au 31 décembre 2002; de 766 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003 ».

9. **L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins coronariens ou intensifs** est modifiée en remplaçant ses paragraphes 1.01 et 3.02.1 par les suivants :

« **1.01** La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin auprès de patients dans l'unité de soins coronariens ou dans l'unité de soins intensifs, excluant les lits de monitoring, sise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés inscrit à l'annexe I des présentes;

3.02.1 La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un forfait de 95 \$ pour la première journée de séjour dans l'unité, 75 \$ pour la deuxième journée de séjour et 70 \$ pour les suivantes;

AVIS: Incrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **9997** (1^{re} journée de séjour dans l'unité), **8896** (2^e journée de séjour et **8897** (pour les suivantes);
- le code d'établissement spécifique (ex. OXXX6);
- la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité;
- les honoraires de 95,00 \$ pour le code **9997**, de 75,00 \$ pour le code **8896**, de 70,00 \$ pour **8897**.

En vertu des dispositions du sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale, ce forfait est majoré de 10 % le samedi, dimanche et un jour férié. »

AVIS: Incrire le modificateur 045 pour les codes d'acte **9997**, **8896** et **8897**, le code d'établissement spécifique (OXXX6) et le montant des honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %.

10. **L'entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré** est modifiée en remplaçant le taux de 50 \$ prévu à son paragraphe 3.03 par le taux de 51 \$.
11. **L'entente particulière ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré** est modifiée en remplaçant le taux de 50 \$ prévu à son paragraphe 3.00 par le taux de 51 \$.
12. **L'entente particulière concernant la rémunération de la garde effectuée à l'hôpital St-Julien** est abrogée.
13. **L'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés** est modifiée en remplaçant le taux de 50 \$ prévu à son paragraphe 3.03 par le taux de 51 \$.
14. **L'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements** est modifiée en remplaçant le taux de 50 \$ prévu à son paragraphe 3.03 par le taux de 51 \$.
15. **L'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille** est modifiée en remplaçant le taux de 50 \$ prévu à son annexe V, paragraphe III. par le taux de 51 \$.
16. **L'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'Hôpital Chibougamau Limitée** est modifiée en remplaçant le 2^e alinéa du paragraphe 6.04 par le suivant :

« le taux de base du per diem est de 751 \$ du 1^{er} juillet au 31 décembre 2002; de 766 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003 ».
17. **L'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré** est modifiée de la façon suivante :
 - a) en remplaçant au paragraphe 5.07 le taux de 35 % par le taux de 45 %.
 - b) remplacer le paragraphe 5.09 par le suivant :

« Les dispositions prévues au sous paragraphe 2.2.9B du Préambule général de l'Annexe V s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes; »
18. **L'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés** est modifiée de la façon suivante :
 - a) En remplaçant à son paragraphe 4.02 sous le Régime A et au sous-paragraphe 4.06.02 le taux de 35 % par le taux de 37.5 % ;
 - b) En remplaçant à son paragraphe 4.02 sous le Régime B et au sous-paragraphe 4.06.02 le taux de 70 % par le taux de 71.5 %.

19. Le présent amendement entre en vigueur à la date de sa signature mais prend effet le 1^{er} janvier 2003 sauf les articles suivants :

3A)b), d) – 3B)c), d), j), k), p) – 3C)b) 15 mars 2003

2 – 3A)c) – 3B)b) – 4 – 6 – 9 1^{er} avril 2003.

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

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

Annexe I Amendement n° 82

ANNEXE II TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

1. Les échelles de rémunération suivantes s'appliquent au médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à plein temps pour une période régulière d'activités professionnelles de trente-cinq (35) heures par semaine, au cours des périodes ci-après indiquées :

Taux annuels de rémunération

*	2002-07-01 au 2003-03-31	à compter du 2003-04-01
Moins d'un an	73 858 \$	75 335 \$
1 an mais moins de 2 ans	75 974 \$	77 493 \$
2 ans mais moins de 3 ans	80 205 \$	81 809 \$
3 ans mais moins de 4 ans	82 959 \$	84 618 \$
4 ans mais moins de 5 ans	85 750 \$	87 465 \$
5 ans mais moins de 6 ans	88 672 \$	90 445 \$
6 ans et plus	91 688 \$	93 522 \$

* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

2. Le taux annuel de rémunération est réduit de 50 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à demi-temps, pour une période régulière d'activités professionnelles de dix-sept heures et demie (17½) par semaine.
3. Le taux annuel de rémunération du médecin rémunéré à honoraires fixes, avec qualité de plein temps, pour une période régulière d'activités professionnelles qui, sur base hebdomadaire, est supérieure à dix-sept heures et demie (17 ½), mais inférieure à trente-cinq (35) heures, correspond à la fraction que représente le nombre d'heures apparaissant à la période régulière d'activités professionnelles de ce médecin, divisé par trente-cinq (35).
4. Un montant forfaitaire est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes le ou vers le 30 octobre 2003 selon les modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 octobre 2003.

Le montant forfaitaire ainsi versé est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.