

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

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) 646-6251
Montréal (514) 873-5951

Veillez prendre note que les communiqués sont datés du jour du dépôt dans le site Internet de la RAMQ; le décalage entre cette date et la date de réception est occasionné par les délais d'impression et d'expédition.

Sillery, le 17 juin 2003

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 83

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 83** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet à des dates différentes mentionnées dans le texte. Le texte paraphé est joint en [partie II](#).

De plus, nous joignons en [partie III](#), la **Lettre d'entente n° 146** concernant la rémunération différente durant les premières années d'exercice de votre profession (abrogation de la rémunération réduite traitée dans le communiqué 034 du 30 mai 2003).

Par ailleurs, nous traitons en page 5/8 des modifications qui ont été apportées à l'**Entente particulière (E.P.) relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables**.

Les documents officiels modifiés par l'Amendement n° 83 sont les suivants :

- ❑ **L'Annexe V** : tarif des actes médicaux;
- ❑ **L'Annexe IX** : conditions d'application des tarifs;
- ❑ **L'Annexe XVI** : programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption au bénéficiaire du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation;
- ❑ **L'Annexe XVIII** : rémunération dans le cadre du mécanisme de dépannage;
- ❑ **Lettre d'entente n° 77** : modalités de rémunération majorée (samedi, dimanche et jour férié);
- ❑ **Lettre d'entente n° 110** : rémunération dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.);
- ❑ **Lettre d'entente n° 130** : expérimentation/entente de parrainage/services d'urgence de deux ou plusieurs établissements;
- ❑ **E.P. s'appliquant en phase transitoire au médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF.**

■ FAITS SAILLANTS DE L'AMENDEMENT N° 83

1. Annexe V : tarif des actes médicaux

- **2.2.9B du Préambule général** : service d'urgence d'un centre hospitalier et CLSC du réseau de garde intégré (voir texte paraphé 1Ab), partie II, page 1/14)
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**

Rétroactivement au **1^{er} janvier 2003**, la majoration de 20 % (MOD **108** et ses multiples **237, 274, 275, 278, 300, 307 et 309**) sur le tarif de base qui est accordée pour les services dispensés de 8 h 00 à 24 h 00 le samedi, dimanche ou jour férié est applicable également dans les CLSC du réseau de garde intégré.

En conséquence, les médecins concernés **ne peuvent plus facturer le MOD 046** et ses multiples (**224, 225, 253, 254, 302, 303 et 311**) selon les modalités inscrites sous le paragraphe 1.1 de la Lettre d'entente n° 77 pour la rémunération à l'acte **et ce** à la date d'implantation fixée par la RAMQ soit le **24 juin 2003**. Tel que mentionné dans le **communiqué 034 du 30 mai 2003**, la RAMQ révisera les demandes de paiement facturées avant cette date d'implantation.

Le supplément de 50 \$ (code d'acte **9791**) pour les services effectués de 20 h 00 à 24 h 00 la semaine sauf les jours fériés s'applique aussi à ces CLSC du réseau de garde intégré.

NOTE : Pour obtenir le supplément de 50 \$, vous devez le facturer rétroactivement au **1^{er} janvier 2003**.

- **Préambule général : abolition** du paragraphe **2.8** portant sur le patient de 70 ans ou plus dans un service d'urgence; (voir texte paraphé 1Ac), partie II, page 1/14).
Prend effet le **15 mars 2003**
- Onglet B – **Consultation et examen**
Prend effet le **15 mars 2003**
Abolition des codes **8828 à 8831 et 8886 à 8893** : l'apparition de la nouvelle sous-rubrique « Service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré » dans l'Amendement n° 82 rend ces codes d'actes périmés (voir texte paraphé 1B), partie II, page 1/14).
- **Laboratoire** (voir texte paraphé 1C) et 1Gb), partie II, pages 1/14 et 5/14 à 8/14)
Prise d'effet : le **1^{er} juillet 2003 SAUF les échanges gazeux prenant effet le 1^{er} janvier 2003**

Sous l'onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques, sous la rubrique Laboratoire, les sous-rubriques suivantes **sont abrogées SAUF** la sous-rubrique **Débits** (codes 0384 et 0382) et celle de **L'Analyse de laboratoire en cabinet ou à domicile** (codes 0111, 0127, 0113 et 0118) :

- épreuves de fonction respiratoire;
- épreuves de routine;
- volumes;
- diffusion;
- échanges gazeux;
- épreuves d'effort respiratoire;
- autres épreuves.

Parallèlement, dans votre manuel des Services de laboratoire en établissement (SLE), une nouvelle section (section K) intitulée « Épreuves de fonction respiratoire » est ajoutée. Les rôles 7 et 8 seront remplacés par le rôle 1. Ces actes seront permis en centre hospitalier et les médecins devront détenir des privilèges de pratique hospitalière.

Cette modification vise à harmoniser ces actes avec ceux des spécialistes. Le tableau des pages 7/8 et 8/8 résume les [actes abolis](#) et les [nouveaux actes](#) en SLE.

*Échanges gazeux : cette modification prenant effet le **1^{er} janvier 2003**, les médecins concernés doivent tenir compte des éléments suivants : vous devez détenir les privilèges requis à partir du **1^{er} janvier 2003**. Un avis d'assignation est nécessaire (voir avis à la page 5/14 de la partie II).*

*Pour les services facturés avec les anciens codes depuis le **1^{er} janvier 2003**, la RAMQ effectuera la concordance des actes et révisera en fonction des nouveaux tarifs **en autant qu'elle ait reçu l'avis d'assignation d'ici le 5 septembre 2003**. Par contre, pour le code d'acte **0387** aboli avec aucun équivalent en SLE, la RAMQ devra récupérer les montants correspondant aux actes facturés.*

Quant aux services facturés avec les nouveaux codes d'acte en SLE, la RAMQ traitera les demandes de paiement reliées aux nouveaux services exigeant un avis d'assignation avec un code de transaction 03 (demande de paiement payée avant appréciation). Lorsque les changements informatiques seront implantés dans ses systèmes, elle traitera à statut final ces demandes de paiement facturées.

- Onglet G – **Musculo-squelettique**

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

Sous les rubriques « **Hanche** » et « **Genou** », la sous-rubrique « **Arthroplastie** » est remplacée. Ces changements sont apportés dans un but d'harmonisation avec les médecins spécialistes. Le tableau des pages 7/8 et 8/8 résume les nouveaux codes d'acte et les actes abolis (voir texte paraphé 1Da) et 1Db), partie II, pages 1/14 à 3/14).

- Onglet K – **Systèmes lymphatique et hématopoïétique**

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

Ajout de nouveaux codes d'acte, abolition des deux codes d'acte **4255 et 4256** et changements de tarifs (voir texte paraphé 1E), partie II, pages 3/14 et 4/14).

- Onglet N – **Génital mâle**

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

Deux codes d'actes **6389 et 6390** sont ajoutés sous la rubrique « **Scrotum** ». (Voir texte paraphé 1Fa) et 1Fb), partie II, page 4/14)

- Section J du manuel des services en laboratoire en établissement - **Ultrasonographie**

Prend effet le **27 mars 2003**

Ajout du CLSC du Marigot, région 13 à la liste des établissements couverts par le préambule particulier d'ultrasonographie (voir texte paraphé 1Ga), partie II, page 4/14).

2. Annexe IX « **Conditions d'application des tarifs** »

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

Ajout de la catégorie d'établissement « **centre de réadaptation** » : exclusion du plafond trimestriel **en tout temps** des honoraires versés pour les services dispensés dans un centre de réadaptation.

(Voir le nouveau libellé de l'alinéa 13) du paragraphe 5.3, texte paraphé, partie II, page 8/14). À noter que les modalités de facturation pour la rémunération à l'acte sont modifiées dans l'avis à la page 8/14.

3. Annexe XVI « Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption au bénéficiaire du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation ».

Prend effet le **20 janvier 2003**

Possibilité d'une dérogation afin de permettre à un médecin se prévalant de ce programme d'exercer dans un service d'urgence d'un établissement désigné par les parties.

(Voir texte paraphé 3a) et 3b), partie II, page 9/14)

4. Annexe XVIII : rémunération dans le cadre du mécanisme de dépannage

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

Le taux de 35 % du tarif des actes s'ajoutant au forfait de 500 \$ est porté à **37,5 %**. Vous avez déjà été informé de cette mesure via le communiqué 002/2003-04-03.

5. Lettre d'entente n° 77 : rémunération majorée les samedi, dimanche et jour férié

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

En concordance avec l'ajout des CLSC du réseau de garde intégré maintenant couverts par 2.2.9B du Préambule général, le premier alinéa du paragraphe 1.1 est modifié pour exclure de la majoration de 10 %, les CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin est rémunéré à l'acte.

De plus, un nouvel article 6 est ajouté pour accorder un **supplément de 50 \$** pour les services effectués de 20 h 00 à 24 h 00 la semaine sauf les jours fériés aux médecins dans les CLSC du réseau de garde intégré rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire et aux médecins pratiquant dans les services d'urgence des CH de soins psychiatriques suivants : Pavillon Albert –Prévost, Hôpital Louis-H. Lafontaine et Hôpital Douglas. (Voir texte paraphé 5a) et 5b), partie II et avis page 10/14).

Ce supplément est facturé à l'acte. Pour l'obtenir, vous devez le facturer rétroactivement au 1^{er} janvier 2003.

6. Lettre d'entente n° 110 : rémunération des services dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)

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

- a) La majoration de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est portée de 5,5 % à **8,7 %** (paragraphe 5.4);
- b) Un **supplément de 50 \$** est accordé pour les services effectués de 20 h 00 à 24 h 00 la semaine sauf les jours fériés. Un seul forfait peut être facturé par jour (paragraphe 5.5);
- c) La rémunération versée en vertu de cette L.E. est exclue du plafond trimestriel en tout temps (paragraphe 5.6).

(Voir texte paraphé 6a), 6b) et 6c) et avis page 10/14)

Le supplément de 50 \$ est facturé à l'acte. Pour l'obtenir, vous devez le facturer rétroactivement au 1^{er} janvier 2003.

7. Lettre d'entente n° 130 : expérimentation/entente de parrainage/services d'urgence de deux ou plusieurs établissements

Prend effet le **1^{er} novembre 2002** sauf 7f) ajoutant des établissements à la liste en annexe qui prend effet le **1^{er} mai 2003**.

Certains ajustements sont apportés à cette Lettre d'entente; à noter le nouveau paragraphe 3.04 qui précise dans les cas où plus d'un établissement est parrain, que les médecins des établissements parrains s'engagent ensemble à assumer le nombre minimal de gardes par mois.

L'article 7f) ajoute à l'annexe, les établissements parrains CH de Lévis et de Montmagny ainsi que l'établissement parrainé CH St-Georges de Beauce dans la région 12.

(Voir texte paraphé, partie II, page 11/14)

8. E.P. s'appliquant en phase transitoire au médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF

L'article 8 de l'Amendement n° 83 modifie cette entente particulière principalement dans le but d'intégrer la notion de clientèles vulnérables (voir texte paraphé, partie II, page 11/14).

Ces changements ont fait l'objet d'un communiqué à l'intention des médecins responsables en GMF et des autres médecins omnipraticiens pratiquant dans le cadre d'un GMF. Ce communiqué 032 du 28 mai 2003 est disponible dans le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

■ MODIFICATIONS APPORTÉES À L'ENTENTE PARTICULIÈRE PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Veuillez tenir compte des dernières modifications apportées par les parties négociantes à cette entente particulière :

1. À l'article **1.02b**), 2^e alinéa, lire «asthme de modéré à sévère»; le mot « persistant » a été enlevé;
2. L'article **7.01** est remplacé par le suivant : la présente entente particulière prend effet le 1^{er} avril 2003 **sauf son paragraphe 3.01 qui entre en vigueur le 1^{er} octobre 2003**. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

Note : l'article 3.01 traite de l'inscription du médecin auprès de son DRMG.

■ CHANGEMENTS À EFFECTUER DANS VOTRE MANUEL DE FACTURATION

Veuillez prendre note des changements suivants dans votre manuel de facturation pour tenir compte de l'Amendement n° 83

Onglet « Rédaction de la demande de paiement »

Page 18, **4.2.6.4** **Section 6** MODIFICATEURS

- ◆ Sous le paragraphe « Règle particulière concernant 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 CHSGS ou qui font partie du réseau de garde intégré » : **enlever** les modificateurs **302 et 303**.
- ◆ Le titre du paragraphe traitant de la L.E. n° 77 est modifié pour « Règle particulière concernant le sous-paragraphe 2.2.9B du Preamble général »; le texte sous le paragraphe est modifié comme suit :

*Si le modificateur **108** doit être utilisé simultanément avec le modificateur **061** pour un service rendu dans un CLSC désigné à l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC dans le cadre du réseau de garde intégré, inscrire le modificateur **523**.*

Pages 23, 26 et 27 **4.6.2 Annexe II – Liste des modificateurs**

Prendre note des libellés modifiés suivants :

Règle 2.2.9B Majoration de 20 % de tous les services dispensés de 8 h à 24 h le week-end ou les jours fériés dans un service d'urgence de première ligne **et d'un CLSC du réseau de garde intégré** MOD 108

Annexe IX, Par.5.03 (*Entente, brochure n° 1*)

- Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré; Sauf lorsque le modificateur 096, 097, 105, 106 ou 107 s'applique MOD 061
- Si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, sauf si le modificateur 210, 213, 214, 234, 235, 236, 237, 300, 307, 313 ou 523 peut être utilisé MOD 062

N° 77 : Rémunération majorée (samedi, dimanche et journée fériée)

Le 1^{er} paragraphe est modifié comme suit :

- Services médicaux dispensés sur place le samedi, dimanche et jour férié en cabinet privé et en CLSC **autre que ceux du réseau de garde intégré** MOD 046

Modificateurs multiples (page 27)

Veuillez prendre note :

a) de l'annulation des modificateurs multiples suivants :

224 - 254 – 302 – 303 – 311

b) de l'ajout des deux modificateurs multiples suivants :

1 ^{re} colonne	2 ^e colonne	3 ^e colonne
061 - 108	523	1,20
061 – 094 – 108	313	1,20

Onqlet message explicatif : modification au libellé du message **475**

475 Conformément à la Lettre d'entente n° 77, le modificateur 046 et ses multiples est acceptable seulement en cabinet privé et en CLSC **autre que ceux du réseau de garde intégré**.

Onqlet Préambule général

Page A-13 les avis sous **2.2.9B** sont modifiés comme suit :

Sous le 1^{er} paragraphe traitant de la majoration de 20 % :

AVIS : *Inscrire le modificateur 108 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section ACTES, le code d'établissement 0XXX7 ou 9XXX2 correspondant au service d'urgence du CH ou au CLSC du réseau de garde et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 20 %.*

Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur 062 ou 523 en application de l'Annexe IX de l'Entente, article 5.3 et de l'Entente particulière « Garde dans le service d'urgence de 1^{re} ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré » ou le modificateur 237, 300, 307, 308 ou 313.

Sous le 2^o paragraphe traitant du supplément de 50 \$: le code d'établissement à indiquer est : **0XXX7, 9XXX2 ou 8XXX5 (point de service)**.

TABLEAU – AMENDEMENT N° 83

- Nouveaux codes d'acte à compter du 1^{er} juillet 2003 sauf les échanges gazeux à compter du 1^{er} janvier 2003 (ces derniers sont mentionnés dans le tableau)

Nouveaux codes	Référence (Page)	Nouveaux codes	Référence (Page)	Nouveaux codes	Référence (Page)
2410	G-26	2411	G-26	2249	G-26
2251	G-26	2254	G-26	2257	G-26
2259	G-26	2260	G-26	2261	G-26
2262	G-26	2263	G-26	2266	G-26
2487	G-30	2391	G-30	2392	G-30
2393	G-30	2473	G-30	4159	K-2
4160	K-2	4242	K-2	4199	K-2
4280	K-2	6389	N-4	6390	N-4
8479	SLE	8480	SLE	8481	SLE
8454	SLE	8455	SLE	8456	SLE
8458 le 1 ^{er} janvier 2003	SLE	8459 le 1 ^{er} janvier 2003	SLE	8460 le 1 ^{er} janvier 2003	SLE
8461 le 1 ^{er} janvier 2003	SLE	8462 le 1 ^{er} janvier 2003	SLE	8463	SLE
8464	SLE	8465	SLE	8466	SLE
8482	SLE	8484	SLE	8467	SLE
8476	SLE	8477	SLE	8478	SLE
8468	SLE	8469	SLE	8470	SLE
8471	SLE	8472	SLE	8473	SLE
8474	SLE	8475	SLE		

- Codes d'acte abolis à compter du 1^{er} juillet 2003 sauf les échanges gazeux à compter du 1^{er} janvier 2003 (ces derniers sont mentionnés dans le tableau)

Codes	Référence (Page)	Codes	Référence (Page)	Codes	Référence (Page)
8828	B-11	8829	B-11	8830	B-11
8831	B-11	8886	B-10	8887	B-10
8888	B-10	8889	B-10	8890	B-11
8891	B-11	8892	B-11	8893	B-11
0370	C-27	0371	C-27	0381	C-27
0392	C-27	0804	C-27	0380	C-27
0379	C-27	0387 le 1 ^{er} janvier 2003	C-28	0376 le 1 ^{er} janvier 2003	C-28
0681 le 1 ^{er} janvier 2003	C-28	0682 le 1 ^{er} janvier 2003	C-28	0760 le 1 ^{er} janvier 2003	C-28
0809 le 1 ^{er} janvier 2003	C-28	0502	C-28	0383	C-28
0503	C-28	0504	C-28	9416	C-28
9413	C-28	0331	C-29	0385	C-29
9414	C-29	9415	C-29	0330	C-29
0120	C-29	9317	C-29	9318	C-29
2416	G-25	2415	G-25	2297	G-25
2417	G-25	2480	G-25	2338	G-26
2613	G-26	2615	G-26	2617	G-26
2644	G-26	2491	G-30	2400	G-30
2401	G-30	2402	G-30	2493	G-30
4256	K-2	4255	K-3		

Il est à noter que la mise à jour 45-b de votre Manuel de facturation et de votre Brochure n° 1 intégrera l'Amendement n° 83. Le manuel SLE sera également mis à jour; le tout sera dans le site Internet de la RAMQ à la fin du mois de juin 2003 : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 83](#)
[Partie III – Texte paraphé de la Lettre d'entente n° 146](#)

c. c. Développeurs de logiciels et agences commerciales de traitement des données - Médecine

TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 83

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

- A) En modifiant la section « Préambule général » de la façon suivante :
- a) En remplaçant 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 en établissement affilié ou en cabinet privé reconnu par une université. »
 - b) En remplaçant le titre du sous-paragraphe 2.2.9 B par le suivant :
« **2.2.9 B Service d'urgence d'un centre hospitalier et CLSC du réseau de garde intégré** »
 - c) En abrogeant le paragraphe 2.8.
- B) En abrogeant à la section « **Consultation et examen** » les codes 8828 à 8831 et 8886 à 8893.
- C) En abrogeant à la section « **Actes diagnostiques et thérapeutiques** » sous la rubrique **Laboratoire** les sous-rubriques suivantes :
- « Épreuves de fonction respiratoire ;
Épreuves de routine ;
Volumes ;
Diffusion ;
Échanges gazeux
Épreuves d'effort respiratoire
Autres épreuves. »
- D) En modifiant la section « **Musculo-squelettique** » de la façon suivante :
- a) Sous la rubrique « **Hanche** » par le remplacement de la sous-rubrique « **Arthroplastie** » par la suivante :
« Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse).

Médecins omnipraticiens

		R = 1	R = 2
(2410)	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	480,00	7
(2411)	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	530,00	9
2333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	672,00	11
2335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	768,00	11
(2249)	remplacement de prothèse totale après infection : en un seul temps (incluant exérèse de prothèse) en deux temps :	960,00	14
(2251)	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation temporaire)	410,00	9
(2254)	deuxième temps (mise en place de prothèse totale)	600,00	11
2614	prothèse totale après arthrodèse	960,00	17
(2257)	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	925,00	17
(2259)	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	480,00	9
(2260)	remplacement de composante fémorale complète seulement	575,00	11
2342	remplacement de prothèse totale incluant l'exérèse des composantes fémorale et acétabulaire	864,00	14
(2261)	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel du fémur, supplément	200,00	2
(2262)	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel de l'acétabulum, supplément	200,00	2
(2263)	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	350,00	2
(2266)	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel de l'acétabulum, supplément	350,00	2
	NOTE : Les 4 suppléments codés 2261, 2262, 2263 et 2266 ne peuvent être facturés avec les codes d'actes 2747, 2748, 2702, 2700, 2500 et 2501 »		
b) Sous la rubrique « Genou » par le remplacement de la sous-rubrique « Arthroplastie » par la suivante :			
« Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)			
2492	prothèse totale unicompartmentale	480,00	7
2403	prothèse totale bicompartmentale	672,00	11
2497	prothèse totale et exérèse de prothèse	768,00	11
(2487)	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du fémur, supplément	200,00	2
(2391)	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du tibia, supplément	200,00	2

Médecins omnipraticiens

	R = 1	R = 2
(2392) avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	350,00	2
(2393) avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément NOTE : Les 4 suppléments codés 2487, 2391, 2392 et 2393 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées.	350,00	2
(2498) prothèse rotule seulement	360,00	5
(2499) par allogreffe au fémur distal	768,00	9
(2442) par allogreffe au tibia proximal	768,00	9
(2465) par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	990,00	14
(2473) manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale	100,00	3 »

E) En remplaçant la section «**Systèmes lymphatique et hématopoïétique** » par la suivante :

Excision		
(4159) Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin)	120,00	4
4161 Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne P.G. 2.4.7.7A	120,00	4
4162 Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne P.G.2.4.7.7.A	120,00	4
(4160) Résection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui)	C.S.	4
<u>AVIS</u> : Voir règle 1.1.2 du Préambule général.		
4235 Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraires(s) et la biopsie extemporanée de la rate	480,00	7
4257 Splénectomie chez le cadavre	180,00	
4250 Rupture de la rate, réparation par : suture (non iatrogénique)	480,00	9
4166 suture (iatrogénique)	300,00	
4251 splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	576,00	9
4247 Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	480,00	9
4236 Bouton osseux	37,00	3
Évidement cervical :		
4233 type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	600,00	9
4234 total	500,00	9
(4242) bilatéral, toutes techniques	850,00	11
4238 sus-hyoïdien	225,00	6
Évidement des ganglions lymphatiques :		
4243 région inguinale superficielle	360,00	5
4244 régions illiaque et inguinale superficielle et profonde (ilio inguino-fémorales)	576,00	9

		Médecins omnipraticiens	
		R = 1	R = 2
4240	région axillaire NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance	300,00	5
(4199)	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	200,00	5
4248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	90,00	
4241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1080,00	11
4245	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel profond <u>AVIS:</u> Voir règle 1.1.2 du Préambule général.	C.S.	4
4231	chez le donneur	250,00	4
4237	par autogreffe	250,00	4
4280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	500,00	7
4258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	300,00	6»

F) En ajoutant à la section « **Génital mâle** » sous la rubrique « Scrotum » les actes suivants :

a) Au-dessus de la sous-rubrique « Incision » :

« (6389) Traitement d'hydrocèle ou spermatocele par injection de substance scérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration le cas échéant

25,00

b) Sous la sous-rubrique « Incision » après l'acte 6394 :

« (6390) Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocele, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épидидymaire, unilatérale

120,00

3

NOTE : Cet acte ne peut être associé aux services médicaux codés 5456 ou 6389 lorsqu'effectués du même côté lors d'une même séance »

G) Le préambule particulier d'ultrasonographie des « **Services de laboratoire en établissement** » est modifié de la façon suivante :

a) En ajoutant le point suivant :

« 7. Le Centre local de services communautaires du Marigot, région 13. »

b) En ajoutant la section suivante : « **Épreuves de fonction respiratoire** » au Services de laboratoires en centre hospitalier :

« PRÉAMBULE PARTICULIER

Des épreuves de fonction respiratoire

1.1 Ce préambule prévoit la tarification des épreuves de fonction respiratoire. Il s'applique au médecin omnipraticien qui, au 1^{er} juillet 2003, détient des privilèges de pratique hospitalière pour l'exécution d'épreuves de fonction respiratoire.

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

*Service de l'admissibilité et de la révision
Case postale 15000
Québec (Québec) G1K 9H9*

1.2 L'honoraire d'examen comporte, outre l'interprétation des résultats de l'épreuve, la rédaction du rapport de l'examen.

1.3 Les honoraires des épreuves de fonction respiratoire sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS: *Toutes les épreuves de fonction respiratoire doivent être facturées sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement – médecin ». L'identification de la personne assurée est essentielle.*

« **ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE**

		Médecins omnipraticiens
		R = 1
Épreuves de routine :		
(8479)	épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires, la capacité de diffusion au repos et les débits expiratoires forcés	53,90
(8480)	lorsque la mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est effectuée par deux techniques différentes (technique à l'hélium et technique en pléthysmographie), supplément	8,00
(8481)	lorsque la mesure de la capacité de diffusion au repos est effectuée par deux techniques différentes (technique en apnée et technique à l'état stable), supplément	9,50
Volumes :		
(8454)	volume de fermeture	5,00
Diffusion :		
(8455)	capacité de diffusion, au repos	9,50
	NOTE : Le service médical codé 8455 ne peut être facturé lorsqu'une épreuve de routine est facturée la même journée.	
(8456)	capacité de diffusion, à l'exercice	60,00
Échanges gazeux :		
(8458)	analyse de saturation en oxygène, à l'exercice ou sous oxygène	10,00

(8459)	évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène incluant la visite (minimum de 4 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	35,00
(8460)	évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène incluant la visite (minimum de 8 mesures) chez l'enfant de 5 ans ou moins	50,00
(8461)	courbe de dissociation d'oxyhémoglobine (mesure de la P50)	25,00
(8462)	mesure de la carboxyhémoglobine	5,00

Épreuves d'effort respiratoire :

stades de Jones

(8463)	<p>stade 1</p> <p>Les données suivantes sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant et préalablement les débits expiratoires forcés. Certaines autres données facultatives peuvent également être obtenues. Ces examens complémentaires ne peuvent pas être chargés en supplément : la saturation en oxygène obtenue sans ponction sanguine, les concentrations expiratoires de CO2 et d'oxygène</p>	75,00
(8464)	<p>stade 2</p> <p>Les données suivante sont obtenues : fréquence cardiaque, tension artérielle, monitoring électrocardiographique, ventilation minute, volume courant, concentration de CO2 et d'oxygène expirés, pCO2 de fin d'expiration, pCO2 du sang veineux mêlé obtenue par technique de réinspiration incluant, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène</p>	120,00
(8465)	<p>stade 3</p> <p>Les données sont les mêmes que pour le stade 2. De plus, les résultats suivants doivent également être obtenus : PO2, pCO2 et pH du sang artériel incluant la ponction artérielle et, le cas échéant, la mesure de la saturation en oxygène</p>	190,00

Les stades 2 ou 3 sont faits dans une séance différente du stade 1.

NOTE : Le service médical codé 0125 ne peut être facturé avec les services médicaux codés 8463, 8464 et 8465.

Autres épreuves :

(8466)	compliance pulmonaire à CRF, pression de recul élastique maximal pulmonaire, et résistances pulmonaires (nécessite la pose d'une sonde oesophagienne)	145,00
--------	---	--------

(8482)	Mesure des pressions trans-diaphragmatiques, incluant la pose d'une sonde oesophagienne et gastrique	145,00
(8484)	test de stimulation phrénique, supplément	55,00
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 8466	
(8467)	mesure des résistances du système respiratoire par oscillations imposées chez l'enfant de moins de 9 ans	40,00
(8476)	Expiration forcée maximale partielle provoquée chez un enfant de moins de 4 ans («Squeeze test») incluant la surveillance	120,00
(8477)	avec bronchodilatateur, supplément	10,00
(8478)	avec provocation bronchique, supplément	40,00
(8468)	ventilation, cycle respiratoire et pression d'occlusion à 0.1 seconde	60,00
(8469)	épreuves spéciales pour stimuler les centres respiratoires (gaz, médicaments)	60,00
	courbe volume – force maximale, incluant un minimum de 15 mesures de forces maximales inspiratoires et expiratoires à différents volumes	
(8470)	bénéficiaire de 16 ans et moins	80,00
(8471)	bénéficiaire de plus de 16 ans	30,00
(8472)	Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées) (*).	

Ce test nécessite l'enregistrement continu de la respiration nocturne pour un minimum de 8 heures
 L'étude implique l'enregistrement et l'interprétation d'un minimum de 3 ou 4 paramètres, soit l'impédance thoracique couplée à un oxymètre et à un monitoring électrocardiographique ou l'enregistrement et l'interprétation des mouvements thoraciques, mouvements abdominaux (pléthysmographie inductive) avec monitoring électrocardiographique et oxymétrie, par patient

100,00

NOTE : pour l'évaluation du syndrome de mort subite avortée du nouveau-né par apnée centrale, l'enregistrement du tachomètre cardiaque et de l'impédance thoracique suffit à déterminer la densité des apnées ainsi que l'importance de la respiration périodique.

Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil.
 Ce test inclut l'enregistrement continu et l'interprétation des données suivantes : électro-oculogramme, électromyogramme, monitoring électrocardiographique, monitoring électro-encéphalographique, pléthysmographie inductive (thorax et abdomen), mesure continue de l'oxygénation (oxymétrie ou électrode à pO₂ trans-cutanée), mesure continue de la pression oesophagienne ou du débit aérien par un thermocouple nasal ou un capnographe.

Les interventions telles que l'installation d'un C-PAP, d'une ventilation assistée ou d'une oxygénothérapie sont comprises dans le tarif, le cas échéant.

NOTE : chez l'enfant de moins de 10 ans, le monitoring électro-encéphalographique, l'électromyogramme ainsi que l'électro-oculogramme sont facultatifs, mais inclus dans le tarif.

(8473)	pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient	90,00
(8474)	pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient	150,00
(8475)	pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient	250,00

2. L'annexe IX de l'entente intitulée « Conditions d'application des tarifs » est modifiée 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, dans un centre de réadaptation 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, 234, 235, 236, 237, 300, 307, 313 ou 523 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, CH (longue durée) et CR :**
 - En tout temps = 04.
 - **CLSC (service d'urgence du réseau de garde intégré) :**
 - Samedi, dimanche et journée fériée = 12
 - 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*

3. L'annexe XVI de l'Entente, intitulée « **Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption au bénéfice du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation** » est modifiée de la façon suivante :
- a) En ajoutant au paragraphe 1.3 l'alinéa suivant :
- « **1.3** ...
Les parties peuvent par accord, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 3. des présentes, autoriser des dérogations à la règle édictée à l'alinéa précédent, permettant au médecin d'exercer dans un service d'urgence d'établissements qu'elles désignent. »
- b) En ajoutant au paragraphe 3.2 l'alinéa suivant :
- « **3.2** ...
viii) recommander aux parties les établissements pouvant être désignés par accord et aux fins du 2^e alinéa du paragraphe 1.3 et informer la Régie du nom du médecin qui se prévaut des dispositions de cet alinéa. »
4. L'annexe XVIII de l'Entente intitulée « **Modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale** » est modifiée en remplaçant à son paragraphe 2.01 le taux de 35% par le taux de 37.5 %.
5. La lettre d'entente No 77 du 19 février 1999, telle que modifiée et prolongée est de nouveau modifiée de la façon suivante :
- a) Remplacer le premier alinéa du paragraphe 1.1 par le suivant :
- « À l'exception des CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin y est rémunéré selon le mode de l'acte, en cabinet privé et en CLSC, de majorer de 10 % la rémunération selon le tarif de base pour les services médicaux dispensés sur place, les samedi, dimanche et jour férié. »

AVIS Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire

- CLSC du réseau de garde intégré (service d'urgence) :
Pour la période de 24 h à 8 h, utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants :
 - honoraires fixes : XXX015, XXX030, XXX063, XXX098;
 - tarif horaire : XXX015, XXX024, XXX030, XXX040, XXX063, XXX071 et selon le cas, XXX084, XXX085 et XXX098.
- CLSC du réseau de garde intégré (**en dehors du service d'urgence**) et les autres CLSC, utiliser le secteur de dispensation **14** et les codes d'activités suivants :
 - honoraires fixes : XXX015, XXX030, XXX063, XXX098;
 - tarif horaire : XXX015, XXX024, XXX030, XXX040, XXX063, XXX071 et selon le cas, XXX084, XXX085 et XXX098.
- Les heures d'activités donnant droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à celles-ci;
- Le médecin qui détient un contrat en CLSC et qui dispense des services en CH en vertu d'une nomination spécifique doit se conformer à ces instructions de facturation et ajouter pour les services alors rendus en CH, les précisions suivantes dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro de l'établissement (du CH) et les activités visées;
- Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services dans un CHSGS visé par l'entente particulière « Malades admis en CHSGS », doit se conformer aux instructions énoncées à cette entente particulière.

Rémunération à l'acte

Inscrire dans la section ACTES, le modificateur 046 pour chacun des services facturés (y compris examens, visites). Dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de localité **6XXXX** ou de CLSC **9XXX2** ou **8XXX5** et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %.

b) Ajouter l'article 6. suivant :

« 6. Est également accordé un supplément de 50 \$ pour les services dispensés de 20h00 à 24h00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées, aux médecins qui exercent dans les CLSC du réseau de garde intégré et qui sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire ainsi qu'aux médecins exerçant dans les services d'urgence des centres hospitaliers de soins psychiatriques apparaissant au paragraphe 5c) ci-dessus. »

AVIS: *Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **09791**
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7) d'un CH de soins psychiatriques visé ou d'un CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2);
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

c) Modifier la numérotation.

6. La lettre d'entente No 110 du 29 janvier 2002 est modifiée de la façon suivante :

a) en remplaçant le paragraphe 5.4 par le suivant :

« 5.4 Une majoration de 8.7 % de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est accordée pour tous les services dispensés et cela en tout temps. »

b) en ajoutant le paragraphe suivant :

« 5.5 Un supplément de 50 \$ est accordé pour les services dispensés de 20h00 à 24h00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Un seul forfait peut être facturé par jour. »

AVIS: *Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **09791**
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7) du CH visé;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

c) en remplaçant le paragraphe 5.5 par le suivant :

« 5.6 Aux fins de l'application de l'annexe IX, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe. »

7. La Lettre d'entente n° 130 du 20 janvier 2003 est modifiée de la façon suivante :

a) En remplaçant, au premier alinéa du paragraphe 3.02, les mots « parrain agréé à la majorité » par les mots « parrain est agréé par la majorité »;

b) En ajoutant au 2^e alinéa du paragraphe 3.02 après le mot « prestation » les mots « des services »;

c) En ajoutant le paragraphe 3.04 suivant :

« 3.04 Dans le cas où un parrainage implique plus d'un établissement parrain, le nombre de gardes qui apparaît en annexe est le nombre total auquel s'engagent ensemble les médecins des établissements. Toutefois, les articles 4.00 et 5.00 des présentes s'appliquent, de façon distincte, pour les médecins de chacun des services d'urgence des établissements impliqués; »

- d) En remplaçant le paragraphe 3.04 par le paragraphe 3.05 suivant :
- « 3.05 La désignation des établissements se fait par accord des parties sur recommandation du comité paritaire prévu au paragraphe 6.02 des présentes »
- e) En modifiant le paragraphe 6.02 de la façon suivante :
- Remplacer le titre par le suivant :

« Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes : »
 - Ajouter le 4^e alinéa suivant :

« il est responsable du suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties le cas échéant ;
- f) En ajoutant à son annexe I les données suivantes :

Établissement parrain	Établissement parrainé	Nombre minimal de gardes	Période d'application
« CH de Lévis CH de Montmagny	CH St-Georges de Beauce	25	01-05-2003 au 30-04-2004 »

8. 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 (GMF) est modifiée de la façon suivante :

- A) En ajoutant à son article 5.00 le paragraphe suivant :
- « **5.05** Dans le cas où un patient aurait complété plus d'un formulaire d'inscription ou d'identification du médecin de famille auprès de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire porte la date la plus récente. »
- B) En ajoutant à son article 7.00 le paragraphe suivant :
- « **7.07** Le médecin responsable doit également aviser le comité paritaire de toute modification apportée à la liste des médecins du GMF et cela, dans la mesure du possible, un mois avant l'arrivée du médecin au GMF ou son départ du GMF. »
- C) En remplaçant le paragraphe 9.03 par le suivant :
- « **9.03** Une demande d'adhésion ou de retrait est déférée au comité paritaire visé au paragraphe 9.05 accompagnée des documents pertinents à son étude notamment la convention convenue avec la région régionale. Le comité fait ses recommandations aux parties. »
- D) En biffant son article 11.00 et en modifiant, en conséquence, la numération de l'article suivant.

E) En modifiant son annexe V de la façon suivante :

a) En remplaçant son article I par le suivant :

« I. Bonification de la rémunération

Au bénéfice du médecin du patient inscrit, un forfait de prise en charge et de suivi est ajouté à la rémunération de base applicable au médecin en vertu de l'Entente. Ce forfait est de sept dollars (7,00 \$) que le médecin exerce en cabinet ou en CLSC ou UMF(CH). Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois, lors de la première visite du patient inscrit accompagnant ou suivant son inscription. »

AVIS : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **08875**;
- les HONORAIRES de 7\$ (soumis à la rémunération différente);
- le code d'établissement ou le code de GMF (cabinet) **54XXX** dans la case ÉTABLISSEMENT. Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3**.

b) En ajoutant l'article VII suivant :

« VII- Clientèles vulnérables

Le médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) et également dans un cabinet ou établissement non reconnu comme GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions de la présente entente et des dispositions de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables. Les dispositions de la présente annexe prévalent à moins que le médecin se retire du GMF et que le médecin responsable, en vertu du paragraphe 7.07 de la présente entente, en ait avisé le comité paritaire.

a) Aux fins du présent article, un patient inscrit fait partie de la clientèle vulnérable du médecin s'il répond à une ou à plusieurs des exigences suivantes :

- Il est âgé de 70 ans ou plus ;
- Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes :
 - Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
 - Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
 - Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
 - Diabète avec atteinte d'organe cible;
 - Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
 - VIH/SIDA;
 - Maladies dégénératives du système nerveux central.

b) Modalités de rémunération :

En sus de la bonification de la rémunération prévue à l'article 1 de la présente annexe, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent au patient inscrit qui répond aux conditions de vulnérabilité énoncées à l'alinéa précédent :

1. Le médecin qui exerce en cabinet au sein d'un GMF reçoit à l'occasion d'un examen fait en cabinet ou à domicile le forfait de responsabilité de 7,00 \$ à chaque examen;

AVIS : *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15038**;
- les HONORAIRES de 7 \$ (soumis à la rémunération différente);
- le code de GMF (cabinet) **54XXX** ou le code de localité si fait à domicile dans la case ÉTABLISSEMENT.

2. Le médecin qui exerce en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un GMF reçoit, à l'occasion d'un examen, le forfait de responsabilité de 14,00 \$ une fois par année;

AVIS : *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes:*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
 - le code d'acte **15039**;
 - les HONORAIRES de 14\$ (soumis à la rémunération différente);
- Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3** dans la case ÉTABLISSEMENT.*

3. Le médecin qui exerce en cabinet privé et en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un ou de plusieurs GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des modalités de rémunération prévues aux points 1. et 2. ci-dessus. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des modalités. Il peut, le cas échéant, modifier son option à la date anniversaire de sa première option. La date anniversaire de l'option correspond à la date de facturation du premier forfait de responsabilité suivant l'inscription du patient.

F) Pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mai 2003, un forfait est versé selon les modalités déterminées par les parties. Ce forfait doit tenir compte notamment du nombre d'inscriptions de patients répondant aux conditions de vulnérabilité énoncées à l'alinéa a) de la présente annexe, accumulées au 1^{er} juin 2003 et de plus, en cabinet, du nombre de visites effectuées par le patient inscrit, à compter de la date de son inscription. Ce forfait sera versé, pendant l'année 2003-2004, que le médecin exerce dans un GMF situé en cabinet ou dans un GMF situé en CLSC ou UMF(CH).

G) Les modifications apportées par les alinéas E à F du présent article remplacent les paragraphes 3.01 à 3.05 inclusivement de la Lettre d'entente n° 135 du 1^{er} janvier 2003.

9. Le présent amendement entre en vigueur à la date de sa signature sauf pour les articles suivants :

8B), 8C) et 8D)	1 ^{er} octobre 2002
7a) à 7e) inclusivement	1 ^{er} novembre 2002
1Aa) et b), 1C (sous-rubrique échanges gazeux), 1G)b) (sous-rubrique échanges gazeux), 4, 5, 6, 8A), 8E)a), 8F) et 8G)	1 ^{er} janvier 2003
3	20 janvier 2003
2	1 ^{er} mars 2003
1Ac) et 1B)	15 mars 2003
1G)a)	27 mars 2003
8E) b)	1 ^{er} juin 2003
7f)	1 ^{er} mai 2003
1C) à l'exception de la sous-rubrique échanges gazeux à 1F) inclusivement et 1G) b) (à l'exception de la sous-rubrique échanges gazeux)	1 ^{er} juillet 2003

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TEXTE PARAPHÉ DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 146

Concernant la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties, pour la période comprise entre le 1^{er} et le 30 juin 2003, conviennent d'appliquer, dans les territoires visés par le décret punitif, le tarif de base prévu à l'Entente.
2. Le différentiel existant entre les rémunérations sus-mentionnées, fixé conventionnellement ou par décret selon le cas, est versé au médecin par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2003.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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