

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) 646-9251
Montréal (514) 873-5951

Sillery, le 23 septembre 2003

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 84

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 84** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet le **1^{er} octobre 2003** sauf certains articles mentionnés dans le texte du communiqué. Le texte paraphé est joint en [Partie II](#).

L'Amendement n° 84 modifie les documents officiels suivants et introduit l'Annexe XII-A:

- ❑ **L'Entente générale** : paragraphes **15.01** et **30.05**;
- ❑ **L'Annexe II** : tarif de rémunération à **honoraires fixes**;
- ❑ **L'Annexe V** : tarif des actes médicaux : hausses de tarifs pour environ 330 codes d'acte;
- ❑ **L'Annexe IX** : conditions d'application des tarifs;
- ❑ **L'Annexe XII** : rémunération différente dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels;
- ❑ **L'Annexe XIV** : règles relatives au **tarif horaire** et dispositions tarifaires afférentes;
- ❑ **L'Annexe XVIII** : rémunération dans le cadre du mécanisme de dépannage;
- ❑ Entente particulière (E.P.) **sur le Grand-Nord**;
- ❑ E.P. **Centre de santé Chibougamau**;
- ❑ E.P. sur le **Nunavik** (17) et le **Conseil Cri de la Baie-James** (18);
- ❑ E.P. en CHSGS – **Unité de soins coronariens ou intensifs**;
- ❑ E.P. **Assurance responsabilité professionnelle est remplacée**;
- ❑ **Hausse**, dans les **cinq E.P.** suivantes, du forfait de garde en disponibilité de 51\$ à **51,90 \$** :
 1. *Garde dans le service d'urgence 1^{re} ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré;*
 2. *Certaines gardes en disponibilité dans certains CLSC du réseau de garde intégré;*
 3. *Garde en disponibilité auprès d'un CHSGS;*
 4. *Garde en disponibilité auprès de certains établissements;*
 5. *Médecin exerçant dans le cadre d'un GMF.*
- ❑ E.P. garde sur place, urgence 1^{re} ligne de certains établissements exploitant un CHSCD en **régions universitaires** est **abrogée**;
- ❑ E.P. **garde sur place, urgence 1^{re} ligne** de certains établissements CHSGS ou faisant partie du réseau de garde intégré;
- ❑ E.P. relative au médecin **chef du département clinique de médecine générale** en CHSGS;
- ❑ E.P. médecin exerçant auprès **des malades admis en certains CHSGS**;
- ❑ Lettre d'entente n° **20 sur les services reliés à l'examen d'un enfant de moins de 18 ans** suivant la **Loi sur la protection de la jeunesse**.

■ FAITS SAILLANTS DE L'AMENDEMENT N° 84

A. Entente générale

Dépassement d'heures : le maximum d'heures pour lesquelles le médecin à honoraires fixes peut être autorisé à être rémunéré à tarif horaire passe de 220 heures par année à **440 heures par année** (voir l'article 1a) du texte paraphé concernant **15.01 de l'Entente générale**, partie II, page 1/23).

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

*À noter : si vous avez dépassé le maximum de 220 heures, vous devrez demander une révision étant donné que le maximum est haussé à 440 heures.
Par ailleurs, l'avis de service n'a pas à être modifié.*

Remboursement des frais de déplacement du médecin dépanneur :

- le taux du kilométrage passe de 0,50 \$ à **0,72 \$** (Voir l'article 1b) du texte paraphé concernant **30.05 de l'Entente générale**, partie II page 1/23);
- le taux horaire pour le temps de déplacement est de **73,10 \$** à compter du **1^{er} octobre 2003** (voir article 7 du texte paraphé, partie II, page 19/23)

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

B. Annexe II : Tarif de rémunération à honoraires fixes

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

- Augmentation de l'échelle salariale à compter du **1^{er} octobre 2003**;
- Versements de deux montants forfaitaires : le premier le ou vers le **30 octobre 2003** couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 et le second, sur la base de données préliminaires le ou vers le **30 janvier 2004**, couvrant la période du 6 juillet au 30 septembre 2003.

(voir partie II, pages 1/23 et 2/23)

C. Annexe V : tarif des actes médicaux

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

• Préambule général

Garde sur place à l'urgence (paragraphe 1.4, alinéa b))

Hausse du forfait compensatoire pour la période de garde de 0 h à 8 h, de 500 \$ à **515 \$** (codes d'acte **9998 et 9994**) et celui pour la période de 20 h à 24 h, de 122,50 \$ à **126 \$** (code **9996**).

Déplacement d'urgence de nuit (paragraphe 1.5, alinéa b))

Hausse du tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à un patient, **code d'acte 9099**, de 75,00 \$ à **77,25 \$**.

Thérapie de soutien à domicile (paragraphe 2.3.1)

Hausse de la thérapie de soutien à domicile, **code d'acte 8900**, de 31,65 \$ à **32,30 \$**.

(Voir partie II, page 2/23).

- **Hausse** de tarifs dans les onglets suivants (environ 330 codes d'actes sont touchés) :

Onglet B – Consultation et examen (voir partie II, pages 2/23 à 11/23);

Frais de kilométrage en fonction de 2.4.2 du Préambule général : le taux du kilométrage passe de 0,50 \$ à **0,72 \$** (voir partie II, page 10/23).

Onglet D – Anesthésie – réanimation (voir partie II, pages 12/23 et 13/23).

La valeur de l'unité est haussée de 11,00 \$ à **11,20 \$** à compter du **1^{er} octobre 2003**;

IMPORTANT : Le modificateur **036** se calculera désormais à **179,2**.

Onglet Q – Obstétrique (voir partie II, page 13/23).

Le forfait annuel pour la garde en disponibilité passe d'un montant de 2 448 \$ à **2 492 \$**.
Le forfait étant payable trimestriellement, les honoraires par trimestre seront de **623 \$** (code d'acte **9776**).

Onglet V – Radiologie Diagnostique (voir partie II, pages 14/23 à 19/23.)

D. Annexe IX : « Conditions d'application des tarifs »

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

Plafond trimestriel : il est de **54 285 \$** à compter du 1^{er} septembre 2003 et sera de **54 800 \$** à compter du 1^{er} décembre 2003.

(Voir partie II, page 19/23)

E. Annexe XII

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

L'Annexe XII portant sur la rémunération différente dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé est **remplacée** et il y a l'ajout de **l'Annexe XII-A** qui concerne la rémunération différente dans des territoires **non désignés**.

Le tableau de la **Partie III** résume les conditions et le pourcentage de rémunération s'appliquant selon les territoires.

À noter que la version intégrale de l'Annexe XII et celle de l'Annexe XII-A ainsi que la liste des localités seront dans le site Internet de la RAMQ le **1^{er} octobre 2003** : www.ramq.gouv.qc.ca – médecins omnipraticiens.

Ajoutons que le médecin qui débute sa pratique principale en territoire désigné doit remplir le formulaire n° 3789 « Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés » disponible à la même adresse Internet – Formulaires - Autres formulaires.

L'Annexe XII en bref :

⇒ Les niveaux de rémunération majorée s'appliquent désormais selon **6** groupes de territoires et secteurs. La liste des localités dans votre manuel de facturation sera ajustée en conséquence.

Le tableau de la partie III identifie les **6** groupes et le % de rémunération applicable selon le lieu;

- ⇒ Introduction d'une majoration de rétention pour le médecin ayant **20 ans** de pratique à compter de la date d'obtention de son permis; ce médecin doit toutefois remplir les conditions **s'appliquant à la 7^e année de pratique principale**;
- ⇒ La pratique faite en cabinet incluant les visites à domicile, est dorénavant reconnue à titre de pratique faite en territoire désigné et comptabilisée dans le calcul des années de pratique principale dans les MRC de Kamouraska et de Rivière-du-Loup comme c'était le cas pour celle d'Antoine Labelle;
- ⇒ Dépannage : si 75 % de votre pratique principale, sans considérer le dépannage, se situe dans les territoires désignés, vous êtes rémunéré comme si vous exerchiez de façon régulière dans l'établissement où vous êtes dépêché comme dépanneur.

Par contre, le médecin dépanneur dont la pratique principale ne se situe pas dans les territoires désignés est rémunéré à 115 % SAUF dans les secteurs isolés III, IV et V où il reçoit 120 %.

- **Important à retenir pour votre facturation**

- ⇒ **Pour le médecin à l'acte** : la RAMQ traitera vos demandes de paiement selon les honoraires facturés avec un code de transaction **03** (demande de paiement payée avant appréciation). Lorsque l'implantation s'effectuera dans les systèmes informatiques, les demandes de paiement seront traitées à statut final. Nous vous invitons à être vigilants afin d'éviter toute récupération monétaire ultérieure.
- ⇒ **Pour le médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes** : la RAMQ continuera de payer vos honoraires selon les anciens taux de l'Annexe XII. Elle apportera les ajustements appropriés à vos demandes de paiement ultérieurement.
- ⇒ **Pour le médecin travaillant en services de laboratoire en établissement (SLE)** : la RAMQ continuera de payer vos honoraires selon les anciens taux de l'Annexe XII. Elle apportera les ajustements appropriés à vos demandes de paiement ultérieurement. **Toutefois**, il est nécessaire de nous faire parvenir une demande de paiement pour les services rendus jusqu'au 30 septembre 2003 et une demande de paiement distincte pour les services rendus **à compter du 1^{er} octobre 2003**.

F. Annexe XIV : Règles générales relatives au mode du tarif horaire et dispositions tarifaires afférentes.

Prend effet le **1^{er} octobre 2003** sauf le dépassement d'heures prenant effet le **1^{er} juin 2003**

- Le taux horaire est porté à **73,10 \$** à compter du 1^{er} octobre 2003;
- Dépassement d'heures : le dépassement d'heures autorisé passe de 220 heures à **440 heures par année**;

À noter : si vous avez dépassé le maximum de 220 heures, vous n'avez pas à faire une autre demande, la Régie effectuera une révision.

Par ailleurs, l'avis de service n'a pas à être modifié.

- Versements de deux montants forfaitaires selon des modalités à convenir par les parties : le premier le ou vers le **30 octobre 2003** couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 et le second, le ou vers le **30 janvier 2004**, couvrant la période du 6 juillet au 30 septembre 2003.

(Voir Partie II pages 19/23 et 20/23)

G. Annexe XVIII : Rémunération dans le cadre du mécanisme de dépannage

- Le taux de 37,5 % du tarif des actes s'ajoutant au forfait de 500 \$ est porté à **41,5 %** à compter du **1^{er} octobre 2003**;

IMPORTANT : Le modificateur **125** se calcule désormais à **0,4150**.

- Précision au paragraphe **2.10** à l'effet que seul le médecin **optant pour le forfait** ne peut se prévaloir de l'E.P. relative à la garde en disponibilité dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS ni se prévaloir du supplément de responsabilité. Cette précision prend effet rétroactivement au **1^{er} juin 2001**.

*À noter que les professionnels qui n'ont pas opté pour le forfait pourront facturer la garde en disponibilité à compter du 1^{er} octobre 2003. La RAMQ traitera vos demandes de paiement selon les honoraires facturés avec un code de transaction **03** (demande de paiement payée avant appréciation). Lorsque l'implantation s'effectuera dans les systèmes informatiques, les demandes de paiement seront traitées à statut final. La RAMQ effectuera une révision pour les actes et les médecins concernés depuis le 1^{er} juin 2001.*

(Voir partie II, page 20/23)

H. E.P. sur le Grand – Nord et E.P. Centre de santé Chibougamau
Prend effet le **1^{er} octobre 2003**

Le taux de base du per diem est de **789 \$** à compter du **1^{er} octobre 2003**.

(Voir articles **9** et **15** du texte paraphé, partie II, pages 20/23 et 21/23)

*À noter que le taux de 0,50 \$ du kilomètre mentionné au paragraphe 6.06 a) de l'E.P. Chibougamau est remplacé par **0,72 \$**.*

I. E.P. en CHSGS – Unité de soins coronariens ou intensifs
Prend effet le **1^{er} octobre 2003**

Le forfait est haussé de la façon suivante :

- pour la 1^{re} journée de séjour dans l'unité est porté de 95 \$ à **96,65\$** (code d'acte **9997**);
- pour la 2^e journée, de 75 \$ à **76,30 \$** (code d'acte **8896**);
- pour les journées suivantes, de 70 \$ à **71,25 \$** (code d'acte **8897**).

(Voir partie II, pages 20/23 et 21/23)

J. L'E.P. sur l'assurance responsabilité professionnelle est remplacée
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**

Les conditions particulières et les mesures relatives au remboursement de primes ne sont pas changées, seules les dates sont ajustées. La contribution du médecin demeure à 817,50 \$.

Par ailleurs, la prime témoin 2003 est modifiée.

(Voir l'article **13** du texte paraphé, partie II, page 21/23)

À noter que le texte de l'E.P. sur l'assurance responsabilité n'est pas joint au présent communiqué. Vous pouvez toutefois consulter la rubrique sur l'assurance responsabilité dans le site Internet de la RAMQ : www.ramq.gouv.qc.ca – médecins omnipraticiens – rubrique assurance responsabilité.

K. Hausse dans cinq E.P. du forfait de garde en disponibilité de 51 \$ à 51,90 \$ (forfait régulier)

Prend effet le 1^{er} octobre 2003

1. Garde dans le service d'urgence 1^{re} ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré (code d'acte **9272**);
2. Certaines gardes en disponibilité dans certains CLSC du réseau de garde intégré (code d'acte **9272**);
3. Garde en disponibilité auprès d'un CHSGS (codes **9847** et **9705**);
4. Garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements

À 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 9856**) sont de **77,85 \$** par quart de 8 heures de garde;
- Les honoraires du forfait réduit (**code 9727**) sont de **25,95 \$** par quart de 8 heures de garde;
- Les honoraires du forfait régulier (**code 9857**) sont de **51,90 \$** par quart de 8 heures de garde.

5. Médecin exerçant dans le cadre d'un **GMF** (code d'acte **19016**).

(Voir les articles **11**, **12**, **17**, **20** et **22** du texte paraphé, partie II, pages 21/23 et 22/23).

L. Abrogation de l'E.P. garde sur place, urgence 1^{re} ligne de certains établissements exploitant un CHSCD en régions universitaires

Prend effet le 1^{er} octobre 2003

À noter que les codes **9875** et **9876** ainsi que les modificateurs **065**, **068** et leurs multiples ne doivent plus être utilisés à compter du 1^{er} octobre 2003.

(Voir article **14** du texte paraphé, partie II, page 21/23)

M. E.P. garde sur place, urgence 1^{re} ligne, CHSGS ou faisant partie du réseau de garde intégré

Prend effet le 1^{er} octobre 2003

Hausse des tarifs des forfaits selon les groupes des établissements suivants :

- Groupe 1 : le forfait de 8 h à 20 h, codes **9858** et **9859**, passe de 275 \$ à **283 \$**; le forfait de 20 h à 24 h, code **9860** passe de 300 \$ à **309 \$**; le code **9861** passe à **309 \$**;
- Groupe 2 : le forfait de 8 h à 20 h, codes **9862** et **9863** passe de 250 \$ à **258 \$**; celui de 20 h à 24 h, code **9864** passe de 275 \$ à **283 \$**; le code **9865** passe à **283 \$**;
- Groupe 3 : le forfait de 8 h à 24 h, codes **9866** et **9867** (de 8 h à 20 h) et **9848** (de 20 h à 24 h) passe de 225 \$ à **232 \$**; le code **9849** passe à **232 \$**;
- **Le forfait compensatoire** passe de 500 \$ à **515 \$**, codes **9802**, **9804**, **9998**, **9803**, **9805** et **9994**.

(Voir l'article **16** du texte paraphé, partie II, page 21/23)

N. E.P. chef du département clinique de médecine générale, CHSGS

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

Hausse du tarif du forfait hebdomadaire :

- Le forfait de 300 \$, code d'acte **(013007)** passe à **309 \$**;
- Le forfait de 400 \$, code d'acte **(013008)** passe à **412 \$**;
- Le forfait de 500 \$, code d'acte **(013009)** passe à **515 \$**;
- Le forfait de 600 \$, code d'acte **(013010)** passe à **618 \$**.

(Voir article **18** du texte paraphé, partie II, page 22/23)

O. E.P. malades admis en certains CHSGS

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

- Le taux de 37,5 % du tarif des actes s'ajoutant au forfait de 500 \$ pour le régime A est porté à **41,5 %** à compter du **1^{er} octobre 2003**;

IMPORTANT : Le modificateur **126** se calcule désormais à **0,4150**.

- Le taux de 71,5 % du tarif des actes s'ajoutant au forfait de 300 \$ pour le régime B est porté à **74,5 %** à compter du **1^{er} octobre 2003**.

IMPORTANT : Le modificateur **151** se calcule désormais à **0,7450**.

(Voir article **19** du texte paraphé, partie II, page 22/23)

P. E.P. sur le Nunavik (17) et le Conseil Cri de la Baie-James (18)

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

Le titre de cette E.P. est modifié par l'**ajout du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)**. (Voir l'article **21** du texte paraphé, partie II, page 22/23)

*À noter que cet établissement est retiré de l' E.P. sur le Grand -Nord. Le Centre de santé de la Basse Côte-Nord est couvert à partir du **1^{er} octobre 2003** par l' E.P. sur le Nunavik (17) et le Conseil Cri (18) et les médecins peuvent donc à partir de cette date, ajuster leur facturation en conséquence. Pour les instructions de facturation, vous pouvez consulter le site Internet de la RAMQ – médecins omnipraticiens – manuels – brochure n° 1- ententes particulières.*

Q. Lettre d'entente n° 20 portant sur les services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse

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

En concordance avec les changements de tarifs dans la section **CONSULTATION ET EXAMEN** de l'onglet B concernant les **services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit ans (18) suivant la Loi sur la protection de la jeunesse**, ajustement des montants suivants :

Le code d'acte **9070** passe de 82,40 \$ à **84,85 \$**;

Le code d'acte **9073** passe de 35,00 \$ à **36,05 \$**;

Le code d'acte **9077** passe de 100,00 \$ à **103,00 \$**.

(Voir l'article **23** du texte paraphé, partie II, page 22/23)

- **Kilométrage** : veuillez noter que le nouveau tarif de **0,72 \$** sera appliqué dans toutes les situations où il est payable.

■ CHANGEMENTS À EFFECTUER DANS LE MANUEL DE FACTURATION

Veuillez prendre note des changements suivants dans le manuel de facturation pour tenir compte de l'Amendement n° 84.

*Nous attirons votre attention sur le fait que les pages en référence vous sont données à titre **indicatif**. Elles sont basées sur la dernière version disponible dans le site Internet de la RAMQ; il est donc possible qu'il y ait un décalage avec votre version papier.*

Onglet « Rédaction de la demande de paiement »

Modificateurs multiples (page 27)

Veuillez prendre note :

- que les modificateurs **065** et **068** et les multiples suivants prennent fin à compter du **1^{er} octobre 2003** : **211 – 212 – 279 – 310**;
- des changements au niveau des modificateurs multiples suivants :

1 ^{re} colonne	2 ^e colonne	3 ^e colonne
045 – 125	269	0,4565
045 – 126	273	0,4565
045 – 151	295	0,8195
045 – 094 – 125	305	0,4565
045 – 094 – 126	306	0,4565
045 – 094 – 151	312	0,8195
050 – 125	266	0,2075
050 – 126	270	0,2075
050 – 151	292	0,3725
093 – 125	267	0,4150
093 – 126	271	0,4150
093 – 151	293	0,7450
094 – 125	268	0,4150
094 – 126	272	0,4150
094 – 151	294	0,7450

Page 30, **4.6.5.1 a) Frais de transport – Utilisation du véhicule personnel**

Modifier le montant de 0,50 \$ par **0,72 \$**;

Page 30, **4.6.5.1 b) Temps de déplacement – Taux horaire**

Modifier de la façon suivante : 70,95 \$ à compter du 1^{er} avril 2003 **au 30 septembre 2003**
73,10 \$ à compter du 1^{er} octobre 2003.

Onglet A « Préambule général »

Page A-4, remplacer à l'alinéa b) du paragraphe **1.4**, les montants de 500 \$ et de 122,50 \$ par les montants de **515 \$** et **126 \$**.

Page A-5, modifier l'AVIS en remplaçant les montants de 500 \$ par **515 \$** pour les codes **9998** et **9994** et le montant de 122,50 \$ par **126 \$** pour le code **9996**.

Page A-6, alinéa b) du paragraphe **1.5**, modifier le montant de 75,00 \$ pour celui de **77,25 \$**.

Page A-14, **2.3.1 Thérapie de soutien à domicile**

Modifier le montant de 31,65 \$ inscrit à 2 endroits par celui de **32,30 \$**

Onglet B – Consultation et examen

Page B-16, sous **Frais de kilométrage**, remplacer le montant de 0,50 \$ par celui de **0,72 \$**.

Page B-17, sous **Transfert ambulancier**, modifier dans l'AVIS, les montants de 65,20 \$ et 32,60 \$ par les montants de **67,20 \$** et **33,60 \$**.

Onglet D – Anesthésie – Réanimation

Page D-5, modifier la valeur de l'unité en remplaçant le montant de 11,00\$ par **11,20 \$**.

Onglet Q – Obstétrique

Page Q-3, sous le titre **9. Garde en disponibilité**, remplacer le montant de 2 448 \$ par **2 492 \$**. Le montant de 612 \$ dans l'AVIS sera modifié par celui de **623 \$**.

Nouveau message explicatif (suite à l'Amendement n° 83)

844 Tel que stipulé à l'Annexe XVI, vous ne pouvez à la date des services, exercer dans l'établissement mentionné sur la demande de paiement.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 84](#)
[Partie III – Tableau de l'Annexe XII et XII A](#)

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

TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 84

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 modifiée de la façon suivante :

- a) Remplacer, au troisième alinéa du paragraphe 15.01, le nombre 220 par 440;
- b) Remplacer au paragraphe 30.05 alinéa a) le taux de 0,50 \$ par le taux de 0,72 \$.

2. L'annexe II de l'Entente, intitulée « **Tarif de rémunération à honoraires fixes** » est modifiée de la façon suivante :

- a) Remplacer l'article 1 par le suivant :

« **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

*	2003-04-01 au 2003-09-30	À compter du 2003-10-01
---	---	------------------------------------

Moins d'un an	75 335 \$	77 595 \$
1 an mais moins de 2 ans	77 493 \$	79 818 \$
2 ans mais moins de 3 ans	81 809 \$	84 263 \$
3 ans mais moins de 4 ans	84 618 \$	87 157 \$
4 ans mais moins de 5 ans	87 465 \$	90 089 \$
5 ans mais moins de 6 ans	90 445 \$	93 158 \$
6 ans et plus	93 522 \$	96 328 \$

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

- b) Remplacer l'article 4 par le suivant :

« **4.** Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 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.

Un second montant forfaitaire sur la base des données préliminaires couvrant la période s'échelonnant du 6 juillet au 30 septembre 2003 est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes le ou vers le 30 janvier 2004 selon les modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 janvier 2004.

Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale. »

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 à l'alinéa b) du paragraphe 1.4 les taux de 500 \$ et de 122,50 \$ par les taux de 515 \$ et de 126,00 \$.
- b) Remplacer à l'alinéa b) du paragraphe 1.5 le taux de 75 \$ par le taux de 77,25 \$.
- c) Remplacer au sous-paragraphe 2.3.1 le taux de 31,65 \$ par le taux de 32,30 \$.

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

« CONSULTATION ET EXAMEN

Consultation (Patients de moins de 70 ans) (réf. P.G. règles 2.1; 2.2.9A; 2.2.9 B)

0061	mineure (P.G. 2.2.9 A)	30,70
9102	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet	61,40
9103	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,40
0060	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	44,30
9104	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet	61,40
9225	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,40
0062	majeure (P.G. 2.2.9 A)	61,40
9226	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet	61,40
9227	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,40
8800	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	44,30
8801	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet	61,40
8802	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,40
8803	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	61,40
8804	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient au cabinet	61,40
8805	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,40

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

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

au cabinet

0009	ordinaire	17,05
0011	complet	34,00
0021	complet majeur	62,90

à domicile patient supplémentaire sous un même toit

0022	examen ordinaire	17,05
0074	examen complet	34,00

Examen (Patients de moins de 70 ans) (réf. P.G. règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9A, 2.2.9 C et 2.4.7)

9092	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G.2.2.9.A)	15,80
------	--	-------

en cabinet

8870	ordinaire (patients de moins de 60 ans)	16,10
8871	complet (patients de moins de 60 ans)	32,30
8872	complet majeur (patients de moins de 60 ans)	59,75
0059	examen de prise en charge de grossesse	59,75
8901	psychiatrique complet	38,10
8902	psychiatrique complet majeur	59,90
0058	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h	42,10

à domicile

	premier patient	
0002	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence	37,10
0012	en tout temps, pour un examen d'urgence	42,20
	patient supplémentaire, sous le même toit (moins de 60 ans)	
8873	examen ordinaire (patients de moins de 60 ans)	16,10
8874	examen complet (patients de moins de 60 ans)	32,30

**Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie
(Patients moins de 70 ans)**

(P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)

0007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	68,95
0008	de 0 h 00 à 7 h 00	106,10
0075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	53,05

dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)
pour sa partie soins de courte durée et dans un C.L.S.C. (Patients de moins
de 70 ans)

	ordinaire	
	patient admis	
0003	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C) maximum hebdomadaire au-delà du quinzième jour d'hospitalisation (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	15,45 46,35

Le maximum hebdomadaire prévu ci-dessus ne s'applique pas aux examens ordinaires effectués, dans un centre hospitalier de soins de courte durée, auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée gériatrique.

9083	dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	15,45
9228	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	39,95
	patient inscrit (1)	
0005	sans déplacement	10,30
0006	d'urgence avec déplacement	39,20
	complet	
	patient admis	
0055	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	30,80
9229	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	39,95
	patient inscrit (1)	
0056	sans déplacement	21,65
0057	d'urgence avec déplacement	39,20
	psychiatrique complet	
	patient admis	
8903	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	30,80
8806	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	39,95
	patient inscrit (1)	
8807	sans déplacement	25,30
8808	d'urgence avec déplacement	45,85
	complet majeur	
	patient admis	
0096	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	56,85
9230	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	56,85
	patient inscrit (1)	
0097	sans déplacement	39,20
0098	d'urgence avec déplacement	39,20
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
8904	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	56,85
8907	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	56,85
	patient inscrit (1)	
8809	sans déplacement	45,85
8810	d'urgence avec déplacement	45,85

(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 C.L.S.C. et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré (voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique à la page B-12).

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)

0068	ordinaire	12,95
0069	complet	25,95
0070	complet majeur	47,85
8811	psychiatrique complet	27,00
8812	psychiatrique complet majeur	47,85
9248	d'urgence avec déplacement	43,65

Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus (paragraphe 2.4.5 du préambule général)

Consultation (Réf. préambule général règles 2.1, 2.2.9A et 2.4.7)

9231	mineure (P.G. 2.2.9 A)	32,90
9232	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	65,90
9233	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	65,90
9234	ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	47,65
9235	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	65,90
9236	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	65,90
9237	majeure (P.G. 2.2.9 A)	65,90
9238	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	65,90
9239	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	65,90
8813	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	47,65
8814	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	65,90
8815	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	65,90
8926	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A)	65,90
8927	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h, pour un patient en cabinet	65,90
8928	d'urgence avec déplacement: en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	65,90

Examen (70 ans ou plus) (Réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7)

9093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G.2.2.9.A) au cabinet (70-79 ans et 80 ans ou plus)	16,95
9034	ordinaire 70-79 ans	19,55
9035	complet 70-79 ans	39,30

9036	complet majeur 70-79 ans	71,95
9038	ordinaire 80 ans ou plus	20,45
9039	complet 80 ans ou plus	41,10
9040	complet majeur 80 ans ou plus	75,25
8930	psychiatrique complet	43,50
8931	psychiatrique complet majeur	65,40
9240	d'urgence avec déplacement: samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19h à 7h	45,10
	à domicile (70 ans ou plus et 80 ans ou plus) premier patient	
9247	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	41,10
9110	en tout temps, pour un examen d'urgence (70 ans ou plus) patient supplémentaire, sous le même toit	46,40
8878	examen ordinaire 70-79 ans	19,55
8879	examen complet 70-79 ans	39,30
8880	examen ordinaire 80 ans ou plus	20,45
8881	examen complet 80 ans ou plus	41,10
	Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (Patients moins de 70 ans) (P.G. 1.1.6 b et 2.2.6 A)	
0007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	68,95
0008	de 0 h 00 à 7 h 00	106,10
0075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	53,05
	dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (Patients de 70 ans et plus)	
	<i>ordinaire</i>	
	patient admis	
9112	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C) maximum hebdomadaire au-delà du quinzième jour d'hospitalisation (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	16,55 49,65
9082	dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	16,55
9242	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	42,80
	patient inscrit (1)	
	sans déplacement	
8882	ordinaire 70-79 ans	12,50
8883	ordinaire 80 ans ou plus d'urgence avec déplacement	13,10
8884	ordinaire 70-79 ans	45,55
8885	ordinaire 80 ans ou plus	47,60
	<i>complet</i>	
	patient admis	
9115	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	33,25
9243	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 a et 2.2.9 C)	42,80

(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 C.L.S.C. et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré (voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique, à la page suivante).

	patient inscrit (1)	
9116	sans déplacement	22,90
9117	d'urgence avec déplacement	45,55
	complet majeur	
	patient admis	
9118	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	60,90
9244	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	60,90
	patient inscrit (clinique externe) (1)	
9119	sans déplacement	41,95
9120	d'urgence avec déplacement	45,55
	psychiatrique complet	
	patient admis	
8969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9C)	33,25
8979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	42,80
	patient inscrit (1)	
8992	sans déplacement	26,80
8993	d'urgence avec déplacement	47,10
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
8994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	60,90
8995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	60,90
	patient inscrit (1)	
8996	sans déplacement	47,10
8997	d'urgence avec déplacement	47,10
	service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C)	
	patient inscrit	
	examen ordinaire sans déplacement	
15052	patient de moins de 70 ans	11,80
15053	de 70-79 ans	14,25
15054	de 80 ans ou plus	14,95
	d'urgence avec déplacement	
15055	patient de moins de 70 ans	39,20
15056	de 70-79 ans	45,60
15057	de 80 ans ou plus	47,60
	examen principal	
	sans déplacement	
15058	patient de moins de 70 ans	23,60
15059	de 70-79 ans	35,40
15060	de 80 ans ou plus	37,00

(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 C.L.S.C. et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré (voir préambule général, règle 2.2.6 C patient inscrit au service d'urgence et section spécifique, dans la présente page).

	avec déplacement	
15061	patient de moins de 70 ans	39,20
15062	de 70-79 ans	45,60
15063	de 80 ans ou plus	47,60
	Intervention en situation complexe (P.G. 2.2.6 C point 3)	
	patient de moins de 70 ans	
15064	première période trente (30) minutes	74,15
15065	période supplémentaire, par période de quinze (15) minutes	20,60
	patient de 70 ans et plus	
15068	première période trente (30) minutes	74,15
15071	période supplémentaire par période de quinze (15) minutes	20,60
	Examen psychiatrique principal	
	patient inscrit	
	sans déplacement	
15066	de moins de 70 ans	28,60
15067	70 ans et plus	37,75
	avec déplacement	
15069	de moins de 70 ans	45,85
15070	70 ans et plus	47,10

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 70 ans et plus)

9121	ordinaire	13,55
9122	complet	27,00
9126	complet majeur	49,40
8998	psychiatrique complet	27,00
8999	psychiatrique complet majeur	49,40
9245	d'urgence avec déplacement	48,00

Examen du personnel d'un établissement

0020	ordinaire	10,65
0023	complet	21,25
0026	complet majeur	39,20

Examen d'évaluation médicale

(réf. P.G. 2.2.6)

9100	examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et rédaction du formulaire approprié	93,20
9063	supplément lorsqu'effectué à domicile	21,95
9101	rédaction du formulaire	26,70

**Examen médical et constat médico-légal pour un patient
présumé victime d'assaut sexuel (réf. P.G. 2.2.7)**

9067	examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire	226,10
9069	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un enfant de moins de quatorze (14) ans	36,05

SERVICES RELIÉS À L'EXAMEN D'UN ENFANT DE MOINS DE DIX-HUIT (18) ANS SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (réf. Lettre d'entente no 20, Brochure N° 1.)

Mauvais traitements et tarification applicable.

9070	Prise en charge d'un enfant présumé victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport	84,85
9073	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans	36,05

Présence du médecin et tarification applicable.

9077	Dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure	103,00
------	---	--------

Examen externe d'un cadavre, à la demande d'un coroner

9054	sans déplacement	32,60
9055	avec déplacement	41,95

Thérapie de soutien (réf. Préambule général, règle 2.3.1)

8900	Thérapie de soutien à domicile	32,30
------	--------------------------------	-------

**Thérapie psychiatrique de soutien
(réf. préambule général, règle 2.3.2)**

en cabinet :

individuelle :

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

8929	Examen (tarif de l'examen) thérapie (par période de trente (30) minutes)	33,50
------	---	-------

Toute autre thérapie
(durant la même période de quatre-vingt-dix (90)
jours)

8910	Thérapie non associée à un examen : par période de trente (30) minutes	33,50
------	---	-------

8911	Thérapie associée à un examen : par période de trente (30) minutes	33,50
8912	examen (quel qu'il soit)	10,85

8934	collective : par période de trente (30) minutes	33,50
	en établissement :	
	individuelle :	
	Patient admis en C.H.S.G.S. :	
8938	Examen (tarif de l'examen) thérapie (par période de trente (30) minutes)	29,40
	Patient inscrit et patient admis ailleurs qu'en C.H.S.G.S. :	
	Association examen/thérapie au tarif régulier (une seule fois par période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de l'association)	
8939	Examen (tarif de l'examen) thérapie (par période de trente (30) minutes)	29,40
	Toute autre thérapie (durant la même période de quatre-vingt-dix (90) jours)	
8950	Thérapie non associée à un examen : par période de trente (30) minutes	29,40
8951	Thérapie associée à un examen :	29,40
8952	par période de trente (30) minutes examen (quel qu'il soit)	10,20
8949	collective : par période de trente (30) minutes	29,40
	Thérapie psychiatrique particulière	
8916	sismothérapie premier patient patient additionnel au cours de la même séance	25,10 8,30
	Constataion de décès (réf. préambule général, règle 2.4.1)	
0013	sans déplacement	15,15
0014	avec déplacement	39,20
	Constataion de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus	
0016	2 ^e constat de décès sans déplacement	15,15
0018	avec déplacement	39,20
	Frais de kilométrage (Réf. préambule général, règle 2.4.2)	
	de huit (8) à quarante (40) kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre	0,72

	Nouveau-né en santé (réf. préambule général règle 2.4.3)	
0081	soins du nouveau-né en santé	45,95
	Surveillance (réf. préambule général règle 2.4.8)	
0080	première demi-heure: non rémunérée par quart d'heure supplémentaire	16,80
	Transfert ambulancier (réf. préambule général, règle 2.4.9)	
9087	première demi-heure	33,60
9246	par quart d'heure supplémentaire	16,80
	Vacation : taux du tarif horaire multiplié par trois (3). (réf. Annexe XIV et article 17.03 de l'Entente)	
	Conseil génétique (réf. préambule général, règle 2.7)	
	dans un établissement désigné par accord des parties	
	individuel	
9056	par période de trente (30) minutes maximum de trois (3) heures	39,85
	collectif (couple)	
9057	par période de trente (30) minutes jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne	39,85
	Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif	
	individuel	
9058	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	39,85
	collectif (couple)	
9059	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne	39,85
	Éthique clinique (réf. préambule général, règle 2.10)	
0017	Consultation en éthique clinique	60,65
0019	Consultation en éthique clinique (70 ans et plus)	65,05
	Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique	
8906	Individuelle	30,00
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	
8909	Collective	30,00
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, à raison d'un maximum de deux (2) heures par personne »	

C) En modifiant les tarifs à la section « **Anesthésie-Réanimation** » de la façon suivante » :

*La valeur de l'unité en anesthésie est haussée de 11,00 \$ à **11,20 \$**.*

		Médecins omnipraticiens	
		R = 1	R = 2
ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL			
	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)		
0907	sans la présence d'un anesthésiste	34,60	
0908	avec la présence d'un anesthésiste	17,30	
ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE			
0915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) par examen maximum par jour	7,10 28,40	
0939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée postponction de la dure-mère	71,25	
0933	Épidurale continue pour soulager la douleur pour les premières quarante-huit (48) heures chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, la surveillance et les injections	152,65	
0934	en postopératoire immédiat	76,30	
0931	en postopératoire immédiat pratiquée par injections d'analgésiques à travers le cathéter déjà en place	38,15	
0935	après quarante-huit (48) heures réinjections et/ou examens, par jour, par patient	28,50	
0947	Analgésie intraveineuse postopératoire à l'aide d'une pompe électronique programmable : installation et programmation de la pompe les premières quarante-huit (48) heures réinjection et/ou examen après quarante-huit (48) heures	76,30	
0948	par examen, maximum trois (3) par jour	8,15	
INHALOTHÉRAPIE			
0914	Installation de l'équipement d'inhalothérapie incluant l'examen préanesthésique	6,10	
0917	Examen de contrôle Maximum par jour	6,10 24,40	

NEUROLEPTANALGÉSIE

Procédure de neuroleptanalgie réalisée conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, incluant l'examen, l'administration de médicament et la surveillance :

0980 supplément 20,05

SOINS DE VENTILATION

0927 Contrôle subséquent, par examen maximum par jour 9,15
36,60

NOTE: cet examen de contrôle ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen de contrôle. »

D) En modifiant les tarifs à la section « **Obstétrique** » de la façon suivante :

a) Modifier 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 2 492 \$ payable trimestriellement. »

b) Modifiant les tarifs des actes suivants :

« OBSTÉTRIQUE

6903	Accouchement	330,95	4
6919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	141,85	
6943	Accouchement : samedi, dimanche, journée férié ou de 19h à 7h	441,25	4
6933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement	315,20	
6901	Soins du post-partum durant l'hospitalisation	48,30	»

E) En modifiant les tarifs à la section « **Radiologie-diagnostique** » de la façon suivante :

« RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

TÊTE ET COU

		Médecins omnipraticiens	
		R = 7	R = 1
	Crâne		
8010	trois (3) incidences ou moins	21,75	4,68
8013	quatre (4) incidences ou plus	27,15	6,65
	Selle turcique		
8041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	21,75	5,30
	Massif facial		
8123	trois (3) incidences ou moins	17,25	5,25
8124	quatre (4) incidences ou plus	21,60	6,55
	Nez		
8031	minimum de deux (2) incidences	10,60	3,20
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
8023	minimum de trois (3) incidences	17,25	5,25
	Articulations temporo-maxillaires		
8024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	17,25	5,25
	Sinus		
8125	trois (3) incidences ou moins	15,75	4,70
8126	quatre (4) incidences ou plus	19,65	5,90
	Mastoïdes - bilatérales		
8076	minimum de six (6) incidences	21,10	7,50
	Conduit auditif interne		
8019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	21,75	5,30
	Oeil		
8030	recherche de corps étranger	10,80	5,50
8028	recherche et localisation de corps étranger	24,20	17,50
8011	Trous optiques	13,15	4,25
8038	Région des glandes salivaires	12,25	4,10
	Tissus mous du cou		
8037	minimum de deux (2) incidences	10,60	4,10
8036	Étude panoramique des maxillaires	8,30	4,10
	Dents		
8034	deux (2) régions dentaires ou moins	5,35	1,20
	Céphalométrie		
8077	avec mesure des angles	15,70	20,50
 COLONNE ET BASSIN			
	Colonne cervicale		
8127	trois (3) incidences ou moins	19,65	3,48
8128	quatre (4) incidences ou plus	24,60	5,15

Médecins omnipraticiens

		R = 7	R = 1
8042	Colonne dorsale	18,80	4,10
8059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	22,00	5,00
	Colonne entière (série scoliotique)		
8053	minimum de quatre (4) incidences	42,25	11,00
8101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	16,05	3,40
8110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	16,05	3,40
8058	Articulations sacro-iliaques	14,75	4,70
	Bassin		
8054	une (1) incidence	10,90	3,40
8056	deux (2) incidences (ex.: bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	20,60	5,00
8055	trois (3) incidences ou plus (ex.: bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	23,70	5,50
	NOTE: les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.		

MEMBRES SUPÉRIEURS

8060	Clavicule	13,30	3,40
8075	Articulations acromioclaviculaires	15,75	4,70
8118	Articulations sterno-claviculaires	12,65	3,70
8074	Omostrate	14,75	3,70
8062	Épaule	14,65	3,80
8063	Humérus	10,90	3,40
8064	Coude	10,90	3,40
8065	Avant-bras	10,90	3,40
8066	Poignet	10,90	3,40
8067	Main	10,90	3,40
8068	Poignet et main	15,70	5,75
8069	Doigt ou pouce	7,40	2,30

MEMBRES INFÉRIEURS

	Hanche unilatérale		
8080	deux (2) incidences ou plus	18,45	4,10
8083	Fémur	10,90	3,40
8084	Genou, incluant la rotule	10,90	3,40
8085	Jambe	10,90	3,40
8086	Cheville	10,90	3,40
	Pied		
8087	tarse, calcaneum ou talon	10,90	3,40
8088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	15,20	7,25
8090	Orteil	7,40	2,30
8091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	17,00	5,50

ÉTUDES DU SQUELETTE

8092	Étude du squelette pour âge osseux une (1) région (main)	8,95	6,10
8093	deux (2) régions (main et autres)	20,25	7,10
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
8280	huit (8) incidences ou moins	30,90	9,80
8281	neuf (9) ou dix (10) incidences	46,35	17,20
8282	onze (11) incidences ou plus	58,70	19,00

THORAX

8100	Poumons	14,40	4,00
8108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	28,05	8,94
	Larynx, études spéciales		
8113	phonation	10,20	4,10
	Hémithorax (côtes)		
8115	deux (2) incidences ou plus	13,20	3,70
8117	Sternum	14,30	4,10

ABDOMEN

	Abdomen		
8150	simple	11,10	3,20
8152	deux (2) incidences ou plus	17,70	4,80

**VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES
(incluant fluoroscopie)**

8132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	28,35	16,50
8133	étude du pharynx et de l'oesophage	28,35	16,50
8148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de cinq (5) ans)	28,35	24,75
8157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8148, 8153, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	21,65	8,00
	Tube digestif supérieur		
8154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	44,05	15,42
8153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de cinq (5) ans)	52,30	27,23
8158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	44,30	21,19
8159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	56,90	23,44

Médecins omnipraticiens

	R = 7	R = 1
8162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	61,05 25,44
8156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 8153, 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	34,45 15,20
8164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	54,60 42,00
8149	Colon, lavement baryté simple contraste	45,85 14,07
8179	pour réduction d'intussusception	54,50 82,70
8160	double contraste, comprend au moins 5 films pleine grandeur de l'abdomen	57,40 22,94
8161	Cholécystographie orale	16,00 3,20
8171	Cholangiographie par tube en T, incluant injection	17,90 11,10
8165	par infusion intra-veineuse, incluant injection	36,05 16,50
8182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	23,70 11,00

VOIES GÉNITO-URINAIRES

8181	Pyélographie i.v. incluant injection, abdomen simple et films postmictionnels	44,05 20,44
8186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	26,00 5,50
8187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	21,65 5,00
8190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	34,35 10,00
8196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant (enfant de moins de cinq (5) ans)	43,45 17,64
8189	Vasographie - Déférentographie	18,45 4,10
8191	Kystographie rénale	11,25 3,10
8198	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	38,10 7,00

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

8192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	11,25 3,10
8193	Pelvimétrie	19,05 7,50
8197	Hystérosalpingographie, incluant scopie	29,60 9,25

Médecins omnipraticiens**R = 7****R = 1****FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE**

8102	Thorax	18,90	8,00
8151	Abdomen	18,90	8,00
8121	Squelette	18,90	8,00
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
8270	premier quart d'heure	5,65	15,50
8271	deux quarts d'heure	11,35	31,00
8272	trois quarts d'heure	17,00	46,50
8273	une heure ou plus	22,65	62,00

EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT

	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
8114	graphie seulement	23,70	17,25
8116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	36,60	28,75
	Bronchographie		
8109	unilatérale	28,35	14,50
8111	bilatérale	39,15	21,00
8166	Cholangiographie percutanée transhépatique	25,75	16,00
8007	Cisternographie opaque	64,90	21,00
8027	Dacryocystographie	24,20	6,50
8098	Discographie, un (1) niveau ou plus	25,75	17,00
8004	Encéphalographie	61,80	20,00
8214	Fistulographie	15,70	7,75
8201	Galactographie, incluant l'injection	26,40	28,75
8202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	27,75	23,75
8119	Laryngogramme, avec contraste opaque	49,30	15,50
	Mammographie		
	sans examen clinique		
8140	unilatérale	18,80	5,25
8141	bilatérale	30,90	9,50
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
8142	unilatérale	18,80	11,25
8143	bilatérale	30,90	15,50
8199	Radiographie d'une pièce biopsique	21,50	4,25
8204	Mesure de la densité osseuse	34,00	11,00

NOTE: La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises.

Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

		Médecins omnipraticiens	
		R = 7	R = 1
8122	Microradiographie des mains Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire	10,90	3,40
8096	contraste huileux	59,75	21,94
8097	contraste non ionique	119,20	21,94
8008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		21,44
8061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	51,50	65,93
8025	Sialographie	33,05	9,50
8006	Stéréotaxie	61,80	20,00 »

4. L'**annexe IX** de l'Entente intitulée « Conditions d'application des tarifs » est modifiée 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} septembre 2003, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de 54 285 \$. ». À compter du 1^{er} décembre 2003, le plafond trimestriel sera de 54 800 \$. »

5. L'**annexe XII** est remplacée par celle apparaissant en annexe I des présentes.
6. L'**annexe XII A** apparaissant en annexe II des présentes est ajoutée à l'entente générale.
7. L'**annexe XIV** de l'Entente intitulée « **Règles générales relatives au mode du tarif horaire et dispositions tarifaires afférentes** » est modifiée de la façon suivante :

- a) En remplaçant au paragraphe 5.10 de la section I le nombre 220 par 440;

AVIS: *Les activités facturées doivent être codées à l'aide des codes réguliers. L'établissement doit mentionner sur l'avis de service lors de la nomination ou du renouvellement si le médecin est susceptible de se prévaloir des 440 heures supplémentaires. Si le besoin est identifié en cours d'année, l'établissement doit faire parvenir à la Régie, un avis de service identifiant le médecin et la période concernée.*

- b) En remplaçant à la Section II « Dispositions tarifaires » 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 au 30 septembre 2003	70,95 \$
	À compter du 1 ^{er} octobre 2003	73,10 \$ »

« 4.00 MONTANT FORFAITAIRE

Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 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 données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 octobre 2003.

Un second montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 6 juillet au 30 septembre 2003 est versé au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou de la vacation le ou vers le 30 janvier 2004 selon des modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 janvier 2004.

Les rémunérations suivantes sont également sujettes au versement de ces montants forfaitaires :

- le dépannage selon le mode du per diem tel que prévu aux ententes particulières relatives au Grand-Nord et à l'hôpital Chibougamau Limitée, pour ce dernier établissement, seul le premier montant forfaitaire est versé. Sont également visés 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.

Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale. »

8. 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 de la façon suivante :

a) en remplaçant au paragraphe 2.01 le taux du forfait de 37,5 % par le taux de 41,5 %.

b) en remplaçant le paragraphe 2.10 par le suivant :

« Tout médecin qui opte pour le mode de rémunération forfaitaire prévu au paragraphe 2.01 de la présente annexe ne peut se prévaloir de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS ni se prévaloir du supplément de responsabilité. »

9. 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 766 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003 et de 789 \$ à compter du 1^{er} octobre 2003 ».

10. 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 :

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;

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 96,65 \$ pour la première journée de séjour dans l'unité, 76,30 \$ pour la deuxième journée de séjour et 71,25 \$ pour les suivantes;

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. »

11. **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 51 \$ prévu à son paragraphe 3.03 par le taux de 51,90 \$.
12. **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 51 \$ prévu à son paragraphe 3.00 par le taux de 51,90 \$.
13. **L'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle** est remplacée par celle apparaissant en annexe III des présentes.
14. **L'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée** est abrogée.
15. **L'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé Chibougamau** est modifiée en remplaçant le 2^e alinéa de son paragraphe 6.03 par le suivant :
« Le taux de base du per diem est de 789 \$ à compte du 1^{er} octobre 2003. »
À noter que le taux de 0,50 \$ du kilomètre mentionné au paragraphe 6.06 a) de l'E.P. Chibougamau est remplacé par 0,72 \$.
16. **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 en remplaçant à l'article 5.00 les montants des forfaits applicables de la façon suivante :
 - « **5.04** Les forfaits applicables aux établissements faisant partie du groupe 1 sont les suivants :
 - X pour la période de 8h à 20h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 283 \$;
 - X pour la période de 20h à 24h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 309 \$;
 - 5.05** Les forfaits applicables aux établissements du groupe 2 sont les suivants :
 - X pour la période de 8h à 20h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 258 \$;
 - X pour la période de 20h à 24h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 283 \$;
 - 5.06** Le forfait applicable aux établissements du groupe 3 est de 232 \$ pour la période de 8h à 24h, chaque jour de la semaine;
 - 5.07**
 - 5.08** Malgré les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif relativement au montant du forfait compensatoire pour la période de 0h à 8h, le forfait compensatoire pour cette même période est de 515 \$. Les autres dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général continuent de s'appliquer; »

17. L'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements est modifiée en remplaçant le taux de 51 \$ prévu à son paragraphe 3.03 par le taux de 51,90 \$.

18. L'entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est modifiée en remplaçant le paragraphe 6.03 par le suivant :

« 6.03 Le montant forfaitaire, sur base hebdomadaire, pour une période de 52 semaines par année, est déterminé selon le nombre de membres du département qui, sur base annuelle, reçoivent une rémunération supérieure à 5,000 \$ pour leurs activités hospitalières et selon les modalités suivantes :

Nombre de médecins	Forfait hebdomadaire
Entre 1 et 24 médecins	309 \$
Entre 25 et 74 médecins	412 \$
Entre 75 et 99 médecins	515 \$
Cent (100) médecins ou plus	618 \$ »

SVP prendre note que l'AVIS demeure le même sauf la partie reliée au code d'activités qui doit tenir compte de la nouvelle tarification :

CODE D'ACTIVITÉS : inscrire le code d'activités selon le montant forfaitaire hebdomadaire alloué à l'établissement désigné, soit : 013007 (forfait de 309 \$), 013008 (forfait de 412 \$), 013009 (forfait de 515 \$) ou 013010 (forfait de 618 \$).

19. 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 :

- En remplaçant à son paragraphe 4.02 sous le Régime A et au sous-paragraphe 4.06.02, le taux de 37.5 % par le taux de 41.5 %;
- En remplaçant à son paragraphe 4.02 sous le Régime B et au sous-paragraphe 4.06.02, le taux de 71.5 % par le taux de 74.5 %.

20. 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 51 \$ prévu à son paragraphe 3.03 par le taux de 51,90 \$.

21. L'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17) et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) est modifiée en remplaçant son titre par le suivant :

« L'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17), du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09) »

22. 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 51 \$ prévu à son annexe V, paragraphe III. par le taux de 51,90 \$.

23. La Lettre d'entente n° 20 du 16 juin 1992 est modifiée en remplaçant les tarifs de la façon suivante : 82,40 \$ par 84,85 \$, 35,00 \$ par 36,05 \$ et 100,00 \$ par 103,00 \$.

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

Article 8 b)
Article 13
Articles 1 a) et 7 a)

1^{er} juin 2001
1^{er} janvier 2003
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

TABLEAU – ANNEXE XII - Territoires désignés (version Amendement n° 84)

Territoire où le service est dispensé	Conditions donnant droit à ce pourcentage	Pourcentage de rémunération
<p>GROUPE 1</p> <p>- Une partie des secteurs isolés I et II soit : Chapais, Matagami, Baie James (Joutel), Lebel-sur-Quévillon, Témiscaming, Ville-Marie, Fermont, Îles-de-la-Madeleine ;</p> <p>- Une partie des secteurs isolés III, IV et V soit : Schefferville, Kawawachikamach, Baie James (Radisson), Parent, Champlain, partie Rivière Windigo (Sanmaur), Abitibi, partie Obedjiwan (Clova) ;</p> <p>- St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger, St-Paul-de-la-Croix ;</p> <p>- Autres territoires désignés ne faisant pas partie des situations décrites dans les groupes 2 à 6.</p>	<p>ÉTABLISSEMENT : pour les services dispensés en CH, à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché, dans un CR, dans un CHSLD, dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde.</p> <p><u>Durant les 3 premières années de pratique pour les services définis en ÉTABLISSEMENT.</u></p> <p><u>À compter de la 4^e année de pratique principale continue et de la 7^e année pour les services définis à ÉTABLISSEMENT.</u></p> <p><u>À compter de la 20^e année de pratique du médecin admissible aux majorations de la 7^e année pour les services définis à ÉTABLISSEMENT.</u></p>	<p>130 %</p> <p>135 %</p> <p>140 %</p>
	<p>CABINET : sous réserve du respect de l'une des conditions du paragraphe 1.2, pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché.</p> <p><u>Durant les 3 premières années de pratique pour les services définis en CABINET.</u></p> <p><u>À compter de la 4^e année de pratique principale continue et de la 7^e année pour les services définis en CABINET.</u></p> <p><u>À compter de la 20^e année de pratique du médecin admissible aux majorations de la 7^e année pour les services définis en CABINET.</u></p>	<p>120 %</p> <p>125 %</p> <p>125 %</p>

TABLEAU – ANNEXE XII – Territoires désignés (version Amendement n° 84) (suite)

Territoire où le service est dispensé	Conditions donnant droit à ce pourcentage	Pourcentage de rémunération
<p>GROUPE 2</p> <p>Chibougamau et le territoire de la Côte - Nord à l'est de la Rivière Moisie jusqu'à Havre-St-Pierre inclusivement</p>	<p>ÉTABLISSEMENT : pour les services dispensés en CH, à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché, dans un CR, dans un CHSLD, dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde.</p>	
	<p><u>Durant les 3 premières années de pratique du médecin</u> pour les services définis en ÉTABLISSEMENT.</p>	135 %
	<p><u>À compter de la 4^e année de pratique principale continue, de la 7^e année de pratique principale continue et à compter de la 20^e année de pratique</u> du médecin admissible aux majorations de la <u>7^e année</u>, pour les services définis en ÉTABLISSEMENT.</p>	140 %
	<p>CABINET : sous réserve du respect de l'une des conditions du paragraphe 1.2, pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché.</p>	
<p>GROUPE 3</p> <p>Une partie des secteurs isolés III, IV, V</p> <p>Localités des régions socio-sanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Conseil Cri de la Baie James) ainsi que le territoire de la Côte Nord s'étendant à l'Est de Havre St-Pierre jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'île d'Anticosti.</p>	<p><u>Durant les 3 premières années de pratique du médecin</u> pour les services définis en CABINET.</p>	120 %
	<p><u>À compter de la 4^e année de pratique principale continue, de la 7^e année de pratique principale continue et à compter de la 20^e année de pratique</u> du médecin admissible aux majorations de la <u>7^e année</u>, pour les services définis en CABINET.</p>	125 %
	<p>ÉTABLISSEMENT : pour les services dispensés en CH, à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché, dans un CR, dans un CHSLD, dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde.</p>	
	<p><u>Pratique principale du médecin, peu importe le nombre d'années</u>, pour les services définis en ÉTABLISSEMENT.</p>	130 %
	<p>CABINET : sous réserve du respect de l'une des conditions du paragraphe 1.2, pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché.</p>	
	<p><u>Pratique principale du médecin, peu importe le nombre d'années</u>, pour les services définis en CABINET.</p>	120 %

TABLEAU – ANNEXE XII – Territoires désignés (version Amendement n° 84) (suite)

Territoire où le service est dispensé	Conditions donnant droit à ce pourcentage	Pourcentage de rémunération
<p>GROUPE 4</p> <p>Secteurs géographiques d'Alma et de Rimouski</p>	<p>ÉTABLISSEMENT : pour les services dispensés en CH, à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché, dans un CR, dans un CHSLD, dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde.</p> <p>CABINET : sous réserve du respect de l'une des conditions du paragraphe 1.2, pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché</p> <p>Premières années de pratique, à compter de la 4^e année, de la 7^e année de pratique principale continue pour les services définis en ÉTABLISSEMENT.</p> <p>À compter de la 20^e année de pratique du médecin admissible aux majorations de la 7^e année pour les services définis en ÉTABLISSEMENT.</p> <p>Pratique principale du médecin, peu importe le nombre d'années, pour les services définis en CABINET.</p>	<p>120 %</p> <p>125 %</p> <p>115 %</p>
<p>GROUPE 5</p> <p>MRC Antoine-Labelle</p>	<p>Sous réserve du respect de l'une des conditions du paragraphe 1.2 :</p> <p>Durant les 3 premières années de pratique du médecin pour les services dispensés en CH, en CHSLD, en CR et dans tout CLSC.</p> <p>À compter de la 4^e année de pratique principale continue pour les services dispensés en CH, en CHSLD, en CR et dans tout CLSC.</p> <p>À compter de la 7^e année de pratique principale continue et à compter de la 20^e année de pratique du médecin admissible aux majorations de la 7^e année, pour les services dispensés en CH, en CHSLD, en CR et dans tout CLSC.</p> <p>Pratique principale du médecin, peu importe le nombre d'années, pour les services en CABINET, incluant les visites à domicile.</p>	<p>120 %</p> <p>125 %</p> <p>130 %</p> <p>105 %</p>
<p>GROUPE 6</p> <p>MRC de Kamouraska et de Rivière-du-Loup EXCLUANT les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix</p>	<p>Sous réserve du respect de l'une des conditions du paragraphe 1.2 :</p> <p>Pratique principale du médecin, peu importe le nombre d'années, pour les services dispensés en CH, en CHSLD, en CR et dans tout CLSC.</p> <p>Pratique principale du médecin, peu importe le nombre d'années, pour les services en CABINET, incluant les visites à domicile.</p>	<p>115 %</p> <p>105 %</p>

TABLEAU – ANNEXE XII - A Territoires non désignés (Amendement n° 84)

Territoire où le service est dispensé	Conditions donnant droit à ce pourcentage	Pourcentage de Rémunération
<p>Région 02 (Saguenay-Lac-St-Jean) pour la partie non désignée de son territoire soit celle du Saguenay. Il s'agit des établissements situés dans les localités suivantes : La Baie, localité n° 69410 - Chicoutimi, localité n° 69420, - Jonquière, localité n° 69425 et de leurs installations ou points de service.</p>	<p>Pour les services dispensés en CH, à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché, dans un CR, dans un CHSLD, dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement et ce, peu importe le nombre d'années</p>	<p align="center">115 %</p>
<p>Région 02 : L'Anse Saint-Jean, localité n° 69402</p>	<p><u>Médecin exerçant en cabinet ou à domicile et répondant à l'une des conditions de 1.2</u></p>	<p align="center">115 %</p>
<p>Région 03 : CH de Charlevoix (0237X) et CH St-Joseph de la Malbaie (0231X). Région 04 : Hôpital Ste-Croix (0277X), CH du Centre-de-la-Mauricie (0185X et 0180X), Hôtel-Dieu d'Arthabaska (0275X) et CH régional de Trois-Rivières (0182X et 0183X); Région 05 : Carrefour Santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC) (0112X); Région 12 : CH Beauce-Etchemin (0287X), CH de la région de l'Amiante (0280X) et Hôtel – Dieu de Montmagny (0303X); Région 16 : Hôtel-Dieu de Sorel (0092X).</p>	<p>Pour les services dispensés dans un CH à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le CH auquel il est rattaché, s'il exerce dans un des CH mentionnés dans la présente section à gauche. Régions concernées : de Québec (03), Mauricie et Centre-du-Québec (04), de l'Estrie (05), Chaudière-Appalaches (12) et de la Montérégie (16).</p>	<p align="center">105 %</p>
<p>Région 04 : Centre de santé Les Blés d'Or (90642) ; Région 07 : CLSC-CHSLD de la Petite Nation (90602) ; Région 12 : Les CLSC et CHSLD suivants : -de la MRC des Etchemins (point de service de Lac-Etchemin) (90572); -de la MRC de L'Islet (points de service de St-Jean-Port-Joli (91222) et de St-Pamphile (90662); -de la MRC de Montmagny (point de service de St-Fabien-de-Panet (91322). Région 14 : Carrefour de la santé et des services sociaux de la Matawinie (point de service de St-Michel-des-Saints (80025).</p>	<p>Pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un des CLSC du réseau de garde mentionnés dans la présente section à gauche. Régions concernées : Mauricie et Centre-du-Québec (04), de l'Outaouais (07), Chaudière-Appalaches (12) et Lanaudière (14). À noter que les actes suivants, dispensés dans un service de consultation médicale physiquement dissocié du service d'urgence, ne doivent pas être majorés : 0005 – 0006 – 0056 – 0057 – 8807- 8808 – 0097 – 0098 – 8809 – 8810 – 8882 à 8885 – 9116 - 9117 – 9119 — 9120 – 8992 – 8993 – 8996 et 8997.</p>	<p align="center">105 %</p>