



POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

**Assistance aux professionnels**

Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480

Ailleurs au Québec, en Ontario  
et au Nouveau-Brunswick 1 800 463-4776

**Télécopieur**

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

Québec, le 28 janvier 2005

À l'attention des médecins omnipraticiens

**Amendement n° 88  
et  
Protocole d'accord dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein**

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de **l'Amendement n° 88** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet le **1<sup>er</sup> février 2005** sauf mention contraire. Vous trouverez également en [Partie IV](#) un Protocole d'accord relatif à la rémunération de services médico-administratifs dispensés dans le cadre du dépistage du cancer du sein, lequel prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2004.

L'Amendement n° 88 modifie les documents officiels suivants :

- Les annexes **V, VI, IX, XII-A** et **XVIII**;
- E.P. prise en charge et suivi des **clientèles vulnérables**;
- E.P. en CHSGS – **Unité de soins coronariens ou intensifs**;
- E.P. relative aux activités médicales particulières (**AMP**);
- E.P. **malades admis en certains CHSGS**;
- E.P. relative au médecin exerçant en **GMF** (phase transitoire)
- E.P. **garde en disponibilité en CHSGS\***;
- E.P. **garde en disponibilité auprès de certains établissements\***;
- E.P. **garde dans le service d'urgence 1<sup>re</sup> ligne de certains CLSC du réseau de garde**;
- E.P. relative au médecin **chef de département clinique de médecine générale, CHSGS**;
- E.P. relative au médecin **chef du service d'urgence d'un CHSGS**;
- E.P. **garde sur place dans le service d'urgence de 1<sup>re</sup> ligne CHSGS ou réseau de garde intégré**;
- E.P. médecins exerçant dans **les territoires du Nunavik (17), du Conseil Cri de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)**;
- E.P. relative au **Grand-Nord**;
- Lettres d'entente n<sup>os</sup> 77, 110, 116, 132 et 156**;

\* **GARDE EN DISPONIBILITÉ** : Le **1<sup>er</sup> mai 2005**, les trois ententes particulières sur la **garde en disponibilité** (CHSGS, certains établissements (maintien à domicile) et CLSC du réseau de garde intégré) seront abrogées et remplacées par une seule entente relative à la garde en disponibilité. **Un communiqué suivra plus tard sur cette nouvelle entente.**

- A. **Annexe V** : tarifs des actes médicaux, **2.2.6C** du Préambule général  
Prend effet le **15 mars 2003**.

**Intervention en situation complexe au service d'urgence des C.H. et des CLSC du réseau de garde intégré.**

Le texte précise qu'un forfait ne peut être combiné à une facturation à l'acte par le même médecin, pour un même patient, durant la journée de facturation du forfait **pour les services dispensés dans le service d'urgence**. (Voir [Partie II](#), page 2 / 12.) (codes **15064, 15065, 15068, 15071**).

Révision la RAMQ procédera à la révision des services médicaux refusés depuis le 15 mars 2003 en regard de l'application de cette disposition du Préambule.

- B. **Annexe V** : tarifs des actes médicaux : **Préambule général**  
Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

1. Rémunération pour la garde sur place à l'urgence (**1.4b**) du Préambule).

Le forfait de nuit, les fins de semaine ou les jours fériés, est haussé de 515 \$ à **566,50 \$**. Il demeure à 515 \$ pour les jours de la semaine.

**Note** : Vous aurez deux nouveaux codes à utiliser pour votre facturation du forfait de nuit, les fins de semaine ou jours fériés (codes **19055** ou **19056** « médecin additionnel »).

*L'AVIS sous 1.4 b) est modifié en conséquence dans le texte paraphé en Partie II, page 1 / 12.*

2. Examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans (**2.2.6B**).

Le supplément passe de 7 \$ à **9 \$** (code **8877**). (Voir Partie II, page 2 / 12.)

3. Service d'urgence d'un C.H. et CLSC du réseau de garde intégré (**2.2.9B**).

Le supplément accordé pour les services dispensés de 20 h 00 à 24 h 00 les jours de la semaine à l'exception des jours fériés, est augmenté de 50 \$ à **80 \$** (code **9791**). (Voir Partie II, page 2 / 12.)

4. Supplément d'honoraires (ajout d'un 2<sup>e</sup> alinéa à **2.4.7.3A**)

Le samedi, dimanche, jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h, un supplément du tiers (1/3) du tarif des actes chirurgicaux qui sont **immédiatement requis** est accordé au médecin détenant des privilèges complets dans une discipline chirurgicale (RÔLE 1). (Voir Partie II, page 2 / 12).

Pour avoir droit à ce supplément, le médecin doit être reconnu à cette fin par le comité paritaire.

Facturation : l'utilisation du **MOD 175** ou d'un de ses multiples est permise le samedi, dimanche, jour férié ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Vous devez inscrire l'heure de début dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir AVIS, Partie II, page 2 / 12).

Traitement des demandes de paiement : la RAMQ paiera le supplément facturé avec un code de transaction 03 (demande de paiement payée avant appréciation) et ce, jusqu'à l'implantation des changements dans ses systèmes.

**5. Transfert ambulancier (2.4.9.3 du Préambule et tarif) (Voir Partie II, pages 2 et 3 / 12.)**

**5.1** Forfait de déplacement : ajout du sous - paragraphe 2.4.9.3 pour accorder un forfait de déplacement au médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre, est appelé pour effectuer lui-même le transfert ou pour remplacer au service d'urgence, le médecin qui effectue le transfert.

Un seul forfait est accordé par déplacement. Il est de :

- 125 \$ pour un déplacement entre 8 h 00 et 18 h 00 (nouveau code **19047**);
- 175 \$ pour un déplacement entre 18 h et 24 h 00 (nouveau code **19048**);
- 250 \$ pour un déplacement entre 0 h 00 et 8 h 00 (nouveau code **19049**).

(Voir AVIS sous 2.4.9.3 à la page 2 / 12 pour les instructions de facturation. **La rémunération majorée prévue aux annexes XII et XII-A s'applique.**)

**5.2** Le tarif du transfert ambulancier est haussé de la façon suivante :

- **9087**, première demi-heure : de 33,60 à **36,55 \$**;
- **9246**, par quart d'heure supplémentaire : de 16,80 à **18,30 \$**.

**C. Annexe V : section CONSULTATION ET EXAMEN et Annexe IX**

Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

En regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet et à domicile, une majoration de 1 % est accordée au tarif des examens. L'amendement prévoit également l'exemption de cette majoration de 1 % du calcul du revenu brut trimestriel. L'Annexe IX est modifiée en conséquence à l'alinéa 9. (Voir Partie II, pages 3 et 4 / 12 et le tableau synthèse à la Partie I, page 10 / 12.)

De plus, il y a abrogation de la limitation **hebdomadaire** de l'examen ordinaire d'un patient admis dans un CHSGS pour sa partie courte durée et dans un CLSC. Les codes concernés sont **0003** (patient de moins de 70 ans) et **9112** (patient de 70 ans et plus). (Voir Partie II, page 3 / 12.)

**D. Annexe V : section OBSTÉTRIQUE**

Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

Le forfait annuel pour la garde en disponibilité en obstétrique (code **9776**) est haussé de 2 492 \$ à **4 254 \$**. (Voir Partie II, page 3 / 12.)

**Note :** La hausse de tarif prenant effet le 1<sup>er</sup> février 2005, le paiement du trimestre du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars sera de **916,70 \$**. Les autres trimestres seront payés à 1 063,50 \$ par trimestre. **La Régie révisera les demandes de paiement déjà facturées à l'ancien tarif.**

**E. Annexe VI : Avantages sociaux**

Prend effet le **1<sup>er</sup> juillet 2004**.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, l'Amendement n° 88 prévoit une augmentation de la contribution de la Régie aux régimes d'assurance complémentaires obligatoires de 1,35 % à **1,96 %** du traitement annuel. (Voir Partie II, page 3 / 12.)

Des modifications sont également apportées au paiement de la contribution gouvernementale de la rente de survivant ainsi qu'au taux total de la contribution de la Régie aux régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires et de celle liée au coût de la rente de survivant. (Voir Partie II, page 3 / 12.)

- F. **Annexe XII-A** : rémunération différente dans les territoires non désignés (Voir Partie II, page 4 / 12.) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

### Article 3

**Ajout** d'établissements de la région de l'Outaouais (07) à cette annexe; l'article 3 prévoit une rémunération de 105 % de la rémunération de base pour les services dispensés en C.H. à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le C.H. auquel il est rattaché.

Les établissements sont la Corporation du Centre hospitalier Pierre-Janet : Centre hospitalier Pierre-Janet (0082X) et les centres de santé et des services sociaux suivants :

- des Collines : C.H. Gatineau Memorial (0131X);
- de Gatineau : Pavillon de Hull (0126X) et Pavillon de Gatineau (0769X);
- de Papineau : Pavillon du Centre hospitalier (0125X).

**Note** : le médecin en santé publique doit s'assurer que l'établissement transmet l'information pertinente à la RAMQ quant à son statut de membre actif. Cette information est transmise par un avis de service pour les modes de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, par lettre dans les autres cas.

### Article 4

- **Ajout** de la catégorie Centre hospitalier au libellé de cet article qui visait auparavant seulement certains CLSC du réseau de garde. Dorénavant, le médecin reçoit 105 % pour les services dispensés **dans le service d'urgence** d'un des CLSC du réseau de garde **ou d'un centre hospitalier** désigné.
- **Ajout** du Centre de santé de Portneuf : les points de service de St-Marc-des-Carières (CLSC-90682) et de St-Raymond de Portneuf (CH-CLSC 02357).

- G. **Annexe XVIII** sur les modalités de rémunération reliées au dépannage (Voir Partie II, page 4 / 12.) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

Le forfait quotidien pour le dépannage dans une unité de courte durée et pour le dépannage en obstétrique est haussé de 500 \$ à **526,45 \$** (codes **9777** et **19044**).

- H. E.P. prise en charge et suivi des clientèles vulnérables (Voir Partie II, page 4 / 12.) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

Le forfait pour la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables est haussé :

- De 7 \$ à **9 \$** en cabinet ou à domicile (code **8894**);
- De 15 \$ à **22 \$** en CLSC/UMF (code **8895**).

- I. E.P. CHSGS – **Unité de soins coronariens ou soins intensifs** (Voir Partie II, page 5 / 12.) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

Le forfait est haussé de la façon suivante :

- De 96,65 \$ à **97,65 \$** pour la 1<sup>re</sup> journée de séjour dans l'unité (code d'acte **9997**);
- De 76,30 \$ à **77,10 \$** pour la 2<sup>e</sup> journée (code d'acte **8896**);
- De 71,25 \$ à **72,00 \$** pour les journées suivantes (code d'acte **8897**).

- J. E.P. relative aux activités médicales particulières (**AMP**) (Voir Partie II, page 5 / 12.)  
Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2003**.
1. Ajout de deux alinéas au paragraphe 3.2.4 pour permettre au comité paritaire de prolonger les délais d'adhésion d'un médecin dont le DRMG n'aurait pu respecter ses obligations envers celui-ci dans les délais impartis et pour préciser que le médecin dont le délai d'adhésion est reporté est réputé adhérent à l'E.P. sur les AMP et peut donc se prévaloir de la formation continue (Annexe XIX);
  2. Remplacement de l'avant dernier alinéa de 4.1 pour préciser que le suivi de la clientèle vulnérable en GMF est considéré comme une activité du secteur v) et que le secteur v) peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et acceptée à ce titre par accord des parties;
  3. Exemption de l'application de la réduction (paragr. 5.4) :
    - o le comité paritaire détermine la période de l'exemption accordée au médecin;
    - o cette période peut être indéfinie;
    - o le médecin, durant cette période, est réputé adhérent à l'E.P. sur les AMP et peut donc se prévaloir de la formation continue (Annexe XIX).
- K. E.P. **malades admis en certains CHSGS** (Voir Partie II, page 6 / 12.)
- a) Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2004**.
    - o Unités ou services exclus (paragr. 1.03) : l'unité de soins coronariens ou de soins intensifs peut être exclue avec l'accord du comité paritaire;
    - o Services dispensés à 90 % (paragr. 1.04) : on précise que les lits relevant d'une unité ou d'un service exclu ne sont pas considérés dans le taux de 90 % des services que l'établissement doit s'engager à couvrir.
  - b) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.
    - o Forfait régulier quotidien : le forfait du régime A est haussé de 500 \$ à **526,45 \$** (code 9778); celui du régime B est haussé de 300 \$ à **326,45 \$** (code 19018);
    - o Demi-forfait : le demi-forfait du régime A passe de 250 \$ à **263,25 \$** (code 19007) et celui du régime B passe de 150 \$ à **163,25 \$** (code 19019).
- L. E.P. relative au médecin exerçant en **GMF** (phase transitoire) (Voir Partie II, pages 6 et 7 / 12.)
- a) Prend effet le **1<sup>er</sup> juin 2002**.
    - o Bonification de la rémunération (Section I de l'Annexe V): le forfait de prise en charge et de suivi GMF (code **8875**) est payable une fois par année, **par GMF et par patient** lors de sa première visite accompagnant ou suivant son inscription **et lors de la première visite de l'année suivante**. Si le patient s'inscrit auprès d'un autre médecin du GMF, cet autre médecin pourra facturer le forfait relié à l'inscription seulement lors d'une visite effectuée un an suivant la rémunération du forfait facturé antérieurement.
  - b) Prend effet le **1<sup>er</sup> janvier 2003**.
    - o Mécanismes de contrôle : ajout à la section IV de l'Annexe V, alinéa c) pour indiquer que les forfaits de responsabilité reliés à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables en GMF visés à la section VII ne sont pas soumis à l'application du plafond trimestriel.

c) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**

- Forfait de responsabilité pour clientèles vulnérables (article VII de l'Annexe V) : à compter du 1<sup>er</sup> février 2005, le forfait payable en cabinet ou à domicile est haussé de 7 \$ à **9 \$** par examen (code **15038**); celui en CLSC ou UMF-CH passe de 14 \$ à **22 \$** par année (code **15039**).

**M. E.P. garde en disponibilité en CHSGS** (Voir Partie II, page 7 / 12.)

Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**

- Rémunération la semaine également : la garde en disponibilité effectuée **la semaine** de 0 h 00 à 8 h 00 du lundi au vendredi inclusivement, autrement qu'un jour férié, **est désormais rémunérée en vertu de cette E.P.** au tarif de **51,90 \$**.

***Note** : Deux nouveaux codes devront être utilisés pour la facturation de cette garde en semaine soit le code **19057** et le code **19058** pour la garde en obstétrique.*

*Pour les facturer, voir l'AVIS à la page 7 / 12 de la Partie II.*

- Allocation de forfaits de garde par jour de semaine autre qu'un jour férié : un médecin peut se voir allouer au plus deux (2) forfaits de garde incluant le forfait en obstétrique (3<sup>e</sup> alinéa du paragr. 3.03). L'établissement peut se voir octroyer un (1) forfait de garde en obstétrique par jour de semaine (paragr. 6.03).
- Nombre de forfaits : le comité paritaire déterminera par établissement, une banque globale hebdomadaire de forfaits et un nombre supplémentaire de forfaits par jour férié. L'Annexe de l'E.P. est remplacée à cet effet.

**N. E.P. Garde en disponibilité auprès de certains établissements** (Voir Partie II, page 8 / 12.) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**

- Rémunération la semaine également : la garde en disponibilité effectuée **la semaine** de 0 h 00 à 8 h 00 du lundi au vendredi inclusivement, autrement qu'un jour férié, **est désormais rémunérée en vertu de cette E.P.** au tarif de **51,90 \$**.

***Note** : Trois nouveaux codes devront être utilisés pour la facturation de cette garde en semaine soit le code **19059** (forfait majoré), le code **19060** (forfait régulier) et le code **19061** (forfait réduit). Ces forfaits ne sont pas divisibles.*

*Pour les facturer, voir l'AVIS à la page 8 / 12 de la Partie II.*

- Forfait divisible sur base horaire : on ajoute au troisième alinéa de 3.03 que le forfait de garde peut être divisible **sur base horaire**. **Seuls** les forfaits de fin de semaine et jour férié sont divisibles, codes 9856 (majoré), 9857 (régulier) et 9727 (réduit). Le forfait en semaine n'est pas divisible.

**IMPORTANT**

**GARDE EN DISPONIBILITÉ** : trois ententes particulières portant sur la garde en disponibilité, soit celles mentionnées aux points M et N, en CHSGS et auprès de certains établissements (maintien à domicile) PLUS celle dans certains CLSC du réseau de garde intégré SERONT ABROGÉES ET REMPLACÉES DÈS LE 1<sup>ER</sup> MAI 2005 par une nouvelle E.P. relative à la rémunération de la garde en disponibilité. Un communiqué sur cette nouvelle E.P. vous parviendra ultérieurement.

**O. E.P. garde dans le service d'urgence de 1<sup>re</sup> ligne dans certains CLSC du réseau de garde.** Prend effet le 1<sup>er</sup> mai 2005.

Le paragraphe 3.03 portant sur la garde en disponibilité est remplacé pour mentionner que la garde en disponibilité dans le cadre de cette E.P. sera rémunérée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2005, selon les dispositions de la nouvelle entente particulière sur la garde en disponibilité (Voir Partie II, page 9 / 12).

**P. E.P. relative au médecin chef de département clinique de médecine générale, CHSGS** (Voir [Partie III.](#)) Prend effet le 1<sup>er</sup> février 2005.

Cette E.P. est remplacée par celle présentée en Partie III du présent communiqué. Il y a de nouvelles instructions de facturation à respecter.

- Le médecin assistant le chef du département clinique peut, le cas échéant, être concerné par cette E.P (paragr. 1.01);
- **Changement du mode de rémunération** : on introduit au paragr. 4.01, une formule de rémunération à l'acte avec paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires de **50 \$** (nouveau code d'acte **19064**).

*À noter que les codes d'activités 013007, 013008, 013009 et 013010 **sont abolis au 1<sup>er</sup> février 2005.** (Voir AVIS sous 4.01, Partie III, page 2 / 7).*

- Les forfaits seront dorénavant alloués à l'établissement sur une base annuelle mais selon les mêmes critères qu'antérieurement (paragr. 4.02);
- Des dispositions sont prévues dans les cas où l'établissement opère une seule installation admissible ou plusieurs installations physiquement distinctes (paragr. 4.04);
- L'établissement doit transmettre un avis de service à la RAMQ (paragr. 4.05).

*Traitement des demandes de paiement : la RAMQ paiera les forfaits facturés avec un code de transaction 03 (demande de paiement payée avant appréciation) et ce, jusqu'à l'implantation des changements dans ses systèmes.*

**Q. E.P. relative au médecin chef du service d'urgence d'un CHSGS;** (Voir Partie II, pages 9 et 10 / 12.) Prend effet le 1<sup>er</sup> février 2005.

La banque de forfaits accordés à un établissement tiendra compte désormais, du nombre d'installations physiques distinctes opérant un service d'urgence et un CHSGS offrant des services en anesthésie et en chirurgie. La banque de forfaits sera allouée globalement à l'établissement et non plus à chaque installation s'y rattachant. Le pourcentage de forfaits devant être attribué au médecin assumant la fonction de chef du service d'urgence demeure à au moins 60 % si l'établissement ne compte qu'une installation admissible. Il sera d'au moins 35 % s'il y a plus d'une installation.

**R. E.P. garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne CHSGS ou réseau de garde intégré;** (Voir Partie II, page 10 / 12) Prend effet le 1<sup>er</sup> février 2005.

Le paragraphe 5.08 est remplacé pour permettre l'application des nouvelles dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif ayant trait à la période de garde de 0 h 00 à 8 h 00.

**Note : Lors de votre facturation : ne pas oublier d'utiliser les nouveaux codes 19055, 19065, 19067 ou (si plus d'un médecin) 19056, 19066, 19068 pour le forfait de nuit les fins de semaine et les jours fériés qui est haussé de 515 \$ à 566,50 \$.**

(Voir l'AVIS modifié à la Partie II, page 10 / 12.)

- S.** E.P. médecins exerçant dans **les territoires du Nunavik (17), du Conseil Cri de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)**; (Voir Partie II, page 6 / 12.) Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2003**.

Ajout de l'article 4.06 afin de permettre à un médecin, se trouvant sur place et qui est appelé exceptionnellement à dispenser des soins médicaux dans un contexte d'urgence, de facturer selon les conditions de l'entente générale. Ce médecin ne doit pas dispenser des soins de façon régulière dans un établissement visé ni y exercer en vertu du dépannage.

- T.** E.P. relative au **Grand-Nord**; (Voir Partie II, page 10 / 12) Prend effet le **1<sup>er</sup> juin 2003**.

Ajout du paragraphe 9.03 afin de préciser que la rémunération versée pour le dépannage selon le tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'Annexe XIV ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués. Les dispositions du paragraphe 7.02 de l'E.P. continuent de s'appliquer pour la garde en disponibilité dont le taux horaire est soumis aux modificateurs de la colonne 3 de l'Annexe XIV.

**ATTENTION** : à compter de maintenant, VOUS NE DEVEZ PLUS UTILISER le code **009071** : garde sur place à même les 35 premières heures d'activité.

- U.** **Lettres d'entente n<sup>os</sup> 77, 110, 116, 132 et 156**; (Voir Partie II, pages 10 et 11 / 12.)

1. Lettre d'entente n<sup>o</sup> 77 : rémunération majorée, samedi, dimanche et jour férié. Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

**Ajout** au premier alinéa de l'article 5 d'une majoration de 5 % pour le médecin à tarif horaire ou de 6 % pour celui à honoraires fixes, pour les services dispensés de 0 h 00 à 8 h 00 le samedi, dimanche ou jour férié dans un service d'urgence d'un des établissements mentionnés;

**Hausse** du supplément prévu à l'article 6 de 50 \$ à **80 \$** (code **9791**).

2. Lettre d'entente n<sup>o</sup> 110 : (É.V.A.Q.) Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**.

**Hausse** de la majoration de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire de 8,7 % à **8,9 %** pour les services dispensés;

**Hausse** du supplément prévu au paragraphe 5.5 de 50 \$ à **80 \$** (code **9791**).

3. Lettre d'entente n<sup>o</sup> 116 : médecins exerçant au Centre médical Acton ou CLSC La Chênaie Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2004**.

Cette L.E. se termine le 31 août 2004. Elle est toutefois prolongée au 31 août 2005 pour les médecins qui s'en prévalaient au 31 août 2004.



4. Lettre d'entente n° 132 : prise en charge intra-régionale et interrégionale du service d'urgence par un groupe de médecins  
Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2004**.

Médecin hors région : des conditions sont ajoutées (2<sup>e</sup> alinéa de 7.02) pour permettre exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, au médecin hors région qui s'était engagé au départ à effectuer moins de six quarts de garde ou 48 heures de services cliniques de dépannage, de se prévaloir des dispositions de la L.E. n° 132. Il doit toutefois effectuer au moins six quarts de garde ou 48 heures de services cliniques en raison d'absence imprévue d'un autre médecin hors région ou exerçant dans le cadre du mécanisme de dépannage.

Recours par l'établissement à d'autres médecins que ceux du groupe : le comité paritaire pourra dans des circonstances exceptionnelles et en autant qu'il n'y a pas de rupture de services, autoriser le versement du forfait malgré le recours à d'autres médecins que ceux du groupe (ajout d'un 2<sup>e</sup> alinéa à 8.03).

**ATTENTION** : le forfait de 50 \$/quart de garde de 8 heures (code **19022**) ne DOIT PAS ÊTRE FACTURÉ AVEC LA MAJORATION prévue à la L.E. 132.

- 5 Lettre d'entente n° 156 : forfaits d'accessibilité pour l'installation de médecins dans certaines MRC  
Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2004**.

La L.E. n° 156 est remplacée par une nouvelle **L.E. n° 170** à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2004. Cette nouvelle L.E. contient les mêmes dispositions que la précédente sauf les modifications suivantes :

- L'appellation « Régie régionale » est remplacée par le terme « Agence » qui désigne l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- Un projet présenté dans le cadre de cette L.E. peut exceptionnellement viser une localité hors MRC. Celle-ci doit être confrontée depuis plus d'un an, à une grave pénurie d'effectifs médicaux en première ou deuxième ligne;
- L'article 11 qui traitait de disposition transitoire est enlevé.

**Note** : La nouvelle Lettre d'entente n° 170 n'est pas jointe au présent communiqué. Vous pouvez la consulter dans le site Internet à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/man104.shtml>

**Tableau des nouveaux tarifs prenant effet le 1<sup>er</sup> février 2005 - Amendement n°88**

<b>Code d'acte</b>	<b>Ancien tarif</b>	<b>Nouveau tarif</b>
08877	7,00	9,00
09791	50,00	80,00
09776	623,00/trimestre	916,70 /janv-mars05 1063,50/trimestre suivant
09777	500,00	526,45
19044	500,00	526,45
08894	7,00	9,00
08895	15,00	22,00
09997	96,65	97,65
08896	76,30	77,10
08897	71,25	72,00
09778	500,00	526,45
19018	300,00	326,45
19007	250,00	263,25
19019	150,00	163,25
15038	7,00	9,00
15039	14,00	22,00
00059	59,75	60,35
08870	16,10	16,25
00009	17,05	17,20
09034	19,55	19,75
09038	20,45	20,65
00058	42,10	42,50
09240	45,10	45,55
08871	32,30	32,60
00011	34,00	34,35
09035	39,30	39,70
09039	41,10	41,50
08872	59,75	60,35
00021	62,90	63,55
09036	71,95	72,65
09040	75,25	76,00
08901	38,10	38,50
08930	43,50	43,95
08902	59,90	60,50
08931	65,40	66,05
00022	17,05	17,20
00074	34,00	34,35
00002	37,10	37,45
00012	42,20	42,60
08873	16,10	16,25
08874	32,30	32,60
00007	68,95	69,65
00008	106,10	107,15
00075	53,05	53,60
09247	41,10	41,50
09110	46,40	46,85
08878	19,55	19,75
08879	39,30	39,70
08880	20,45	20,65
08881	41,10	41,50
09087	33,60	36,55
09246	16,80	18,30

**Tableau des nouveaux codes d'actes au 1<sup>er</sup> février 2005 – Amendement n° 88**

CODE ACTE	LIBELLÉ
19047	Forfait de déplacement pour un transfert ambulancier inter-établissement entre 8 h 00 et 18 h 00 (Préambule général 2.4.9.3)
19048	Forfait de déplacement pour un transfert ambulancier inter-établissement entre 18 h 00 et 24 h 00 (Préambule général 2.4.9.3)
19049	Forfait de déplacement pour un transfert ambulancier inter-établissement entre 0 h 00 et 8 h 00 (Préambule général 2.4.9.3)
19055	Garde sur place 0 h 00 à 8 h 00, fin de semaine ou jours fériés, Groupe 3 (Préambule général 1.4 b / E.P. Garde sur place CHSGS désignés)
19056	Garde sur place 0 h 00 à 8 h 00, fin de semaine ou jours fériés, plus d'un médecin la nuit, Groupe 3 (Préambule général 1.4 b / E.P. Garde sur place CHSGS désignés)
19057	Garde en disponibilité 0 h 00 à 8 h 00 sur semaine lundi au vendredi inclusivement sauf jour férié (E.P. Garde disponibilité CHSGS)
19058	Garde en disponibilité en obstétrique 0 h 00 à 8 h 00 sur semaine lundi au vendredi inclusivement sauf jour férié (E.P. Garde disponibilité CHSGS)
19059	Garde en disponibilité 0 h 00 à 8 h 00 sur semaine lundi au vendredi inclusivement sauf jour férié <b>Forfait majoré</b> (E.P. Garde disponibilité auprès de certains établissements - maintien à domicile)
19060	Garde en disponibilité 0 h 00 à 8 h 00 sur semaine lundi au vendredi inclusivement sauf jour férié <b>Forfait régulier</b> (E.P. Garde disponibilité auprès de certains établissements - maintien à domicile)
19061	Garde en disponibilité 0 h 00 à 8 h 00 sur semaine lundi au vendredi inclusivement sauf jour férié <b>Forfait réduit</b> (E.P. Garde disponibilité auprès de certains établissements - maintien à domicile)
19064	Forfait hebdomadaire de 50 \$ (E.P. chef de département clinique de médecine générale, CHSGS)
19065	Garde sur place 0 h 00 à 8 h 00, fin de semaine ou jours fériés, Groupe 1 (Préambule général 1.4 b / E.P. Garde sur place CHSGS désignés)
19066	Garde sur place 0 h 00 à 8 h 00, fin de semaine ou jours fériés, plus d'un médecin la nuit, Groupe 1 (Préambule général 1.4 b / E.P. Garde sur place CHSGS désignés)
19067	Garde sur place 0 h 00 à 8 h 00, fin de semaine ou jours fériés, Groupe 2 (Préambule général 1.4 b / E.P. Garde sur place CHSGS désignés)
19068	Garde sur place 0 h 00 à 8 h 00, fin de semaine ou jours fériés, plus d'un médecin la nuit, Groupe 2 (Préambule général 1.4 b / E.P. Garde sur place CHSGS désignés)

## Nouveau code d'acte au 1<sup>er</sup> avril 2004.

<b>9817</b>	Rapport de confirmation diagnostique (H-509) dans le cadre du Protocole d'accord relatif à la rémunération des services médico-administratifs dispensés dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein
-------------	---

## Codes d'activité abolis au 1<sup>er</sup> février 2005 (E.P. chef de département clinique de médecine générale, CHSGS)

013007	013008	013009	013010
--------	--------	--------	--------

## Modification des messages explicatifs 222 et 766 dans votre manuel de facturation

**222** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services vous déteniez des privilèges en obstétrique **ou des privilèges complets dans une discipline chirurgicale** dans l'établissement où les services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise, et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

**766** Vous ne détenez pas d'avis de service vous permettant d'être rémunéré pour cet acte ou d'utiliser ce modificateur dans l'établissement dont le numéro figure sur la demande de paiement (réf. : Annexe XVIII de l'Entente et Ententes particulières suivantes : « CH régional de Sept-Iles », « Malades admis en certains CHSGS », « Chef du service d'urgence » ou « **Chef du département clinique de médecine générale** »).

*Note : Ce communiqué est disponible dans le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante :*

[http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/comm/comm\\_tdm.shtml](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/comm/comm_tdm.shtml)

*La lettre d'entente n° 170 et les annexes (effectives au 1<sup>er</sup> février 2005) des Ententes particulières suivantes :*

- Garde en disponibilité en CHSGS;
- Garde en disponibilité auprès de certains établissements (maintien à domicile);
- Chef du service d'urgence d'un CHSGS;

*sont disponibles dans notre site Internet à cette adresse :*

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/man104.shtml>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 88](#)  
[Partie III – Entente particulière](#)  
[Partie IV – Protocole d'accord](#)

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et  
Agences commerciales de traitement de données – Médecine  
Directeurs des services professionnels des CHSGS

**Texte paraphé de l'Amendement n° 88 à l'entente générale du 1<sup>er</sup> 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 générale intitulée « **Tarif des actes médicaux** » est amendée de la façon suivante :

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

a) En remplaçant les deux premiers alinéas du paragraphe 1.4 b) par les suivants :

« **1.4...**

b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable selon le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout, pour une période de garde de 0h à 8h, d'un forfait compensatoire de 515 \$ pour les jours de la semaine ou de 566,50 \$ pour les jours de fin de semaine ou les jours fériés et pour une période de garde de 20h à 24h, d'un forfait compensatoire de 126 \$.

Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant entre 0h à 8h. L'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération. »

**AVIS :** - *Si l'option b) est choisie, remplir la première demande de paiement pour l'ensemble des personnes assurées en inscrivant sur une demande de paiement n°1200 les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- en semaine 0h00 à 8h00 du lundi au vendredi, code 9998 pour le forfait de 515,00 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
- fin de semaine ou jours fériés 0h00 à 8h00, code **19055** pour le forfait de 566,50 \$ (soumis à la rémunération différente);ou
- en tout temps de 20h00 à 24h00, code 9996 pour le forfait compensatoire de 126,00 \$ (soumis à la rémunération différente).
- le code d'établissement (0XXX7 sauf s'il s'agit d'un CLSC du réseau de garde).

*Les services rendus durant la période comprise entre 20h et 24h doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes, en inscrivant le modificateur 096 pour chacun des actes pour établissements non adhérents ou 106 pour établissements adhérents.*

*Pour la période comprise entre 0h et 8h, utiliser le modificateur 097 pour chacun des actes.*

*Si les modificateurs doivent être utilisés simultanément avec d'autre(s) modificateur(s) : Voir 4.2.6.4 et 4.6.2, « Rédaction de la demande de paiement ».*

- **Si plus d'un médecin** est autorisé pour la garde de 0h à 8h :
  - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
  - en semaine 0h00 à 8h00 du lundi au vendredi, code 9994 pour le forfait de 515,00 \$; **ou** fin de semaine ou jours fériés 0h00 à 8h00, code **19056** pour le forfait de 566,50 \$; (les deux sont soumis à la rémunération différente);
  - le code d'établissement désigné;
  - les honoraires du forfait sur une base horaire;
  - le nombre total d'heures effectuées durant la période de garde dans la case UNITÉS;
  - l'heure de début et de fin de la période continue de garde ou de chacune des plages d'heures durant la même période de garde, s'il y a lieu, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

b) En remplaçant au premier alinéa du sous-paragraphe 2.2.6B, le supplément de 7 \$ par le supplément de 9 \$. (*Code 8877*)

c) En remplaçant à l'alinéa 3) du sous-paragraphe 2.2.6C, le deuxième tiret par le suivant :  
« - forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte pour les services dispensés dans le service d'urgence par le même médecin durant la journée de facturation du forfait; »  
(Codes 15064, 15065, 15068 et 15071)

d) En remplaçant le deuxième alinéa du sous-paragraphe 2.2.9B par le suivant :  
« **2.2.9B...**  
Est également accordé un supplément de 80 \$ pour les services dispensés de 20h00 à 24h00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Ce supplément est divisible en heures »

e) En ajoutant un deuxième alinéa au sous-paragraphe 2.4.7.3 A  
« **2.4.7.3A...**  
Ce supplément d'honoraires équivalant au tiers (1/3) du tarif est également applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis posés par un médecin qui détient des privilèges complets dans une discipline chirurgicale. L'établissement transmet le nom du médecin admissible à cette disposition au comité paritaire qui en informe la Régie. »

**AVIS** : - Le samedi, dimanche, jour férié ou tout autre jour de 19 h à 7 h, utiliser le **MOD 175** ou ses multiples :

	<b>Modificateur multiple</b>	<b>Constante</b>
093 – 175	595	1,3333
094 – 175	596	1,3333
093 – 094 – 175	328	1,3333
050 – 175	598	0,6666

- Incrire l'heure de début dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

f) En ajoutant le sous-paragraphe 2.4.9.3 suivant :

« **2.4.9.3 Forfait de déplacement**

Le médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé à se déplacer pour se rendre à l'établissement afin d'effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert est compensé, pour ce déplacement, par un forfait qui, selon l'heure de son départ pour l'établissement, est de :

- 125 \$ pour un déplacement entre 8h00 et 18h00 (*code 19047*);
- 175 \$ pour un déplacement entre 18h00 et 24h00 (*code 19048*);
- 250 \$ pour un déplacement entre 0h00 et 8h00 (*code 19049*); »

**AVIS** : Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19047, 19048 ou 19049, **sujets à la rémunération majorée prévue aux annexes XII et XII-A**), vous devez obligatoirement vous déplacer vers un établissement et ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé.

Pour facturer l'un ou l'autre de ces forfaits, utiliser la demande de paiement n° 1200 et y inscrire entre autres les renseignements suivants :

- Le NAM de la personne transférée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- L'heure de départ pour l'établissement dans la case renseignements complémentaires;
- Incrire le code d'établissement (0XXX7) qui requiert le déplacement.

B) En modifiant la section « **CONSULTATION ET EXAMEN** » de la façon suivante :

- a) En abrogeant sous la rubrique « **Examen (Patients de moins de 70 ans)** » et la sous-rubrique « **dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée et dans un CLSC (Patients de moins de 70 ans)** », la limitation hebdomadaire prévue au code 0003.
- b) En abrogeant sous la rubrique « **Examen (70 ans ou plus)** » et la sous-rubrique « **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)** », la limitation hebdomadaire prévue au code 9112.
- c) En remplaçant le tarif des examens en cabinet ou à domicile par les suivants :

« **AU CABINET**

0059	60,35	8902	60,50
8870	16,25	8931	66,05
0009	17,20	0022	17,20
9034	19,75	0074	34,35
9038	20,65	0002	37,45
0058	42,50	0012	42,60
9240	45,55	8873	16,25
8871	32,60	8874	32,60
0011	34,35	0007	69,65
9035	39,70	0008	107,15
9039	41,50	0075	53,60
8872	60,35	9247	41,50
0021	63,55	9110	46,85
9036	72,65	8878	19,75
9040	76,00	8879	39,70
8901	38,50	8880	20,65
8930	43,95	8881	41,50

- d) En remplaçant les tarifs du transfert ambulancier par les suivants :

« 9087 première demi-heure ..... 36,55  
9246 par quart d'heure supplémentaire ..... 18,30 »

- C) En remplaçant à l'article 9 du préambule de la section « **OBSTÉTRIQUE** » le montant du forfait annuel de 2 492 \$ par le montant de 4 254 \$.

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

- a) En remplaçant ses paragraphes 6.22 et 6.23 par les suivants :

« **6.22** Sous réserve du paragraphe 6.23, la contribution de la Régie est, pour une année civile donnée, de 1,96 %.

**6.23** La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. S'il advenait que ce coût diffère de 1,04 % du traitement annuel du médecin, le pourcentage apparaissant au paragraphe 6.22 serait modifié de telle façon que le taux total de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires et de la contribution au coût de la rente du survivant soit de 3,00 % du traitement annuel du médecin.»

- b) En abrogeant son paragraphe 6.22.1.
3. **L'annexe IX** de l'Entente intitulée « **Conditions d'application des tarifs** » est modifiée de la façon suivante :
- a) En remplaçant l'alinéa 9) du paragraphe 5.3 par le suivant :
- « 9) en regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé, 1 % de la rémunération relative aux examens faits en cabinet et aux examens à domicile et 1,69 % de la rémunération relative aux examens et aux thérapies faits en cabinet. »
- b) En remplaçant les alinéas 15) et 18) par les suivants :
- « 15) les honoraires versés en vertu de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité.
- 18) les montants versés en rémunération de la garde en disponibilité effectuée en obstétrique.»
4. **L'annexe XII-A** de l'Entente « **Concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires non désignés par Arrêté du Ministre conformément au 5<sup>e</sup> alinéa de l'article 19 de la Loi** » est modifiée de la façon suivante :
- a) En ajoutant à son article 3 les établissements suivants :
- « **Région de l'Outaouais (07)**
- Centre de santé et de services sociaux des Collines : Centre hospitalier Gatineau Mémorial
  - Centre de santé et de services sociaux de Gatineau : Pavillon de Hull, Pavillon de Gatineau
  - Centre de santé et de services sociaux de Papineau : Pavillon du Centre hospitalier
  - Centre hospitalier Pierre-Janet »
- b) En remplaçant le premier alinéa de l'article 4 par le suivant :
- « 4. Le médecin reçoit 105 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un des CLSC du réseau de garde ou d'un centre hospitalier suivants »
- c) En ajoutant à son article 4 l'établissement suivant :
- « **Région de la Capitale nationale (03)**
- Le Centre de santé de Portneuf : Centre local de services communautaires (St-Marc-des-Carières), Centre hospitalier Portneuf/CLSC de Portneuf »
5. **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 ses paragraphes 2.01 et 3.01 a) le montant de 500 \$ par le montant de 526,45 \$.
6. **L'Entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables** est modifiée de la façon suivante :
- a) En remplaçant, à son paragraphe 5.01, 7,00 \$ par 9,00 \$.
- b) En remplaçant, à son paragraphe 5.02, 15,00 \$ par 22,00 \$.



7. **L'Entente particulière relative à une unité de soins intensifs ou coronariens** est modifiée en remplaçant le premier alinéa du sous-paragraphe 3.02.1 par le suivant :

« **3.02.1** La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un forfait de 97,65 \$ pour la première journée de séjour dans l'unité, de 77,10 \$ pour la deuxième journée de séjour et de 72,00 \$ pour les suivantes. »

**AVIS ;** Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **9997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **8896** pour la **deuxième** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **8897** pour les journées **suivantes** de séjour dans l'unité;
- le code d'établissement spécifique (0XXX6);  
le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.

8. **L'Entente particulière relative aux activités médicales particulières** est modifiée de la façon suivante :

- a) En ajoutant à son article 3.2.4 les alinéas suivants :

« **3.2.4...**

Le comité paritaire peut, en outre, prolonger les délais d'adhésion accordés au médecin en vertu de la présente entente lorsque le DRMG de la régie régionale n'a pu respecter ses obligations envers le médecin dans les délais impartis.

Aux fins de l'application de l'annexe XIX de l'entente générale, le médecin est réputé adhérent à la présente entente pendant la période de report de son délai d'adhésion.»

- b) En remplaçant l'avant-dernier alinéa du paragraphe 4.1 par les suivants :

« **4.1...**

Les activités du secteur v) ci-dessus en regard de la clientèle vulnérable répondent aux conditions prévues à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables notamment en ce qui a trait à l'identification du médecin de famille par le patient vulnérable visé à cette entente.

Les activités du secteur v) en regard de la clientèle vulnérable suivie en GMF doivent répondre aux conditions prévues pour cette clientèle au paragraphe VII de l'annexe V de l'entente particulière relative aux GMF et être inscrite auprès du médecin.

Le secteur v) peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et acceptée à ce titre par accord des parties. »

- c) En ajoutant au paragraphe 5.4 les deuxième et troisième alinéas suivants :

« Le comité paritaire précise la période d'application de l'exemption accordée. Dans certains cas, cette période peut être indéfinie.

Aux fins de l'annexe XIX, l'exemption accordée par le comité paritaire tient lieu, pour la période en cause, d'adhésion du médecin à la présente entente. »

**9. L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés est modifiée de la façon suivante :**

a) En remplaçant le paragraphe 1.03 par le suivant :

« **1.03** Cette entente ne peut couvrir les services dispensés aux patients inscrits au service d'urgence, à l'unité d'hébergement et de soins de longue durée y compris les lits de transition et à l'unité de soins psychiatriques. Peut également être exclue de l'application de la présente entente une unité de soins coronariens ou de soins intensifs avec l'autorisation du comité paritaire; »

b) En remplaçant le paragraphe 1.04 par le suivant :

« **1.04** L'adhésion d'un établissement à la présente entente doit obligatoirement couvrir, dans une proportion d'au moins 90 %, les services dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée et doit justifier, en fonction des dispositions des articles 6.00 et 8.00 des présentes, l'allocation d'au moins un forfait régulier quotidien pendant les jours de la semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi. Ce taux de 90 % ne comprend pas les lits relevant d'une unité ou d'un service exclus de la présente entente ; »

c) En remplaçant, au deuxième alinéa de son paragraphe 4.02, 500 \$ par 526,45 \$ et, au troisième alinéa du même paragraphe, 300 \$ par 326,45 \$.

d) En remplaçant, au paragraphe 4.03, 250 \$ par 263,25 \$ et 150 \$ par 163,25 \$.

**10. L'Entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de 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) est modifiée en ajoutant l'article 4.06 suivant :**

« **4.06** Le médecin qui ne dispense pas de soins de façon régulière auprès d'un établissement visé par la présente entente et qui n'exerce pas en vertu de l'article 8.00 des présentes, mais qui se trouve sur place et est appelé, exceptionnellement, à dispenser des soins médicaux dans un contexte d'urgence, peut facturer pour les services dispensés selon les conditions de l'entente générale. »

**11. L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille est modifiée à son annexe V de la façon suivante :**

a) En remplaçant l'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 \$) que le médecin exerce en cabinet ou en CLSC ou en UMF (CH). Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois par GMF et par patient, lors de la première visite du patient accompagnant ou suivant son inscription et, par la suite, lors de la première visite de l'année suivante. Dans le cas où un patient déjà inscrit, s'inscrit à nouveau auprès d'un autre médecin du GMF, le forfait lié à cette autre inscription n'est payé à cet autre médecin que lors d'une visite faite un an suivant la facturation du forfait antérieurement versé. »

- b) En remplaçant à son article IV l'alinéa c) par le suivant :
- « c) assujettir à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale la rémunération versée pour les activités professionnelles visées aux sections I, II, III, VI et VII. »
- c) en remplaçant à l'alinéa 1 de l'article VII, le forfait de 7\$ par un forfait de 9\$ et à l'alinéa 2 du même article le forfait de 14\$ par un forfait de 22\$.

**12. 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 :**

- a) En remplaçant son paragraphe 3.03 par le suivant :

**« 3.03 Rémunération**

La garde en disponibilité doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0h00 au dimanche suivant à 24h00 et les jours fériés de 0h00 à 24h00;
- qu'à compter de 0h00 à 8h00 sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

La garde en disponibilité effectuée par un médecin régi selon la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits quotidiens de cinquante et un dollars et quatre-vingt-dix cents (51,90 \$) additionné de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période.

En vertu de la présente entente, un médecin peut se voir allouer quotidiennement au plus six (6) forfaits de garde par journée de fin de semaine ou par journée fériée et au plus deux (2) forfaits de garde un jour de semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi, comprenant, le cas échéant, ceux alloués spécifiquement pour l'obstétrique en vertu de l'article 6.00 des présentes. »

**AVIS : Fin de semaine et jour férié :** sur une demande de paiement n° 1200, inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **9847** (garde en disponibilité) ou **9705** (garde en disponibilité en obstétrique) dans la section ACTES, le samedi, dimanche ou jour férié de 0h00 à 24h00 (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés);
- le code d'établissement OXXX3;
- le nombre de **forfaits** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

**En semaine du lundi au vendredi 0 h 00 à 8 h 00, autre qu'un jour férié, sur une demande de paiement n° 1200, inscrire les données suivantes :**

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code **19057** (garde en disponibilité) ou **19058** (garde en disponibilité en obstétrique) dans la section ACTES ;
- le code d'établissement OXXX3;
- le nombre de **forfaits** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait en semaine n'est pas divisible sur base horaire.

b) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 4.01 par le suivant :

« **4.01** Pour assumer l'ensemble des gardes en disponibilité visées aux présentes, le comité paritaire attribue à l'établissement une banque globale hebdomadaire de forfaits ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits par journée fériée. La banque hebdomadaire de forfaits est déterminée à partir de l'évaluation du nombre de forfaits requis pour les jours de semaine soit du lundi au vendredi et, de façon distincte, du nombre de forfaits requis pour les jours de fin de semaine et les jours fériés. Le comité paritaire tient compte, notamment, des critères suivants : »

c) En remplaçant son paragraphe 6.03 par le suivant :

« **6.03** Trois (3) forfaits de garde par journée de fin de semaine ou par journée fériée et un (1) forfait de garde par journée de semaine soit du lundi au vendredi sont octroyés à l'établissement qui se prévaut des dispositions du présent article. »

**13. L'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements** est modifiée, à son paragraphe 3.03, comme suit :

a) En remplaçant son premier alinéa par le suivant :

« La garde en disponibilité doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0h00 au dimanche suivant à 24h00 et les jours fériés de 0h00 à 24h00 ;
- qu'à compter de 0h00 à 8h00 sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement. »

b) En remplaçant son troisième alinéa par le suivant :

« Si une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction du quart de garde de huit (8) heures, le forfait prévu à la présente entente particulière devient, quant à cette portion de quart de garde, divisible sur base horaire. Il est alors payé par la Régie au prorata du temps de garde effectué par le médecin. »

*L'AVIS sous le quatrième alinéa de 3.03 se lira comme suit :*

**AVIS : Fin de semaine et jour férié :** pour facturer le forfait, sur une demande de paiement n° 1200, inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- le code d'acte approprié par quart de 8 heures :

- **9856** (forfait majoré), honoraires de **77,85 \$**;

- **9857** (forfait régulier), honoraires de **51,90 \$**;

- **9727** (forfait réduit), honoraires de **25,95 \$**;

- le code d'établissement;

- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;

- les honoraires sur base horaire;

- la lettre « E » dans la case C.S.;

- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

- dans le cas de garde simultanée dans plusieurs établissements, installations ou pavillons, inscrire les services sur des lignes distinctes en respectant le nombre maximum de forfaits par établissement désigné.

**En semaine du lundi au vendredi 0 h 00 à 8 h 00, autre qu'un jour férié, sur une demande de paiement n° 1200, inscrire :**

- XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- le code d'acte approprié dans la section ACTES :

- **19059** (forfait majoré), honoraires de **77,85 \$**;

- **19060** (forfait régulier), honoraires de **51,90 \$**;

- **19061** (forfait réduit), honoraires de **25,95 \$**.

- le code d'établissement;
- **ne rien inscrire dans la case UNITÉS;**
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;**
- le forfait en semaine n'est pas divisible sur base horaire.

- 14. L'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements; et l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée dans certains CLSC dans le cadre du réseau de garde intégré** sont abrogées au 1<sup>er</sup> mai 2005 et remplacées par l'Entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité et apparaissant en annexe I du présent amendement.

*Attention : La nouvelle entente n'est pas jointe à ce communiqué. Elle prend effet le 1<sup>er</sup> mai 2005 et fera l'objet d'un communiqué ultérieur.*

- 15. L'Entente particulière relative à la garde effectuée dans le service d'urgence de certains CLSC du réseau de garde intégré** est modifiée en remplaçant son paragraphe 3.03 par le suivant :

**« 3.03 Garde en disponibilité**

Outre les motifs énoncés à l'article 14.00 de l'entente générale, la nécessité d'effectuer, en complémentarité avec la garde sur place, une garde en disponibilité selon la présente entente particulière, se fonde également sur le nombre réduit des effectifs médicaux et l'impossibilité qui en découle d'assurer, de façon continue, une garde sur place.

La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité. »

*Attention : La nouvelle entente sur la garde en disponibilité prendra effet le 1<sup>er</sup> mai 2005 et fera l'objet d'un communiqué ultérieur.*

- 16. L'Entente particulière relative à la rémunération du chef de département clinique de médecine générale** est remplacée par celle apparaissant en annexe II de la présente.

- 17. L'Entente particulière relative à la rémunération du chef du service d'urgence d'un CHSGS** est modifiée en remplaçant ses paragraphes 4.02 et 4.03 par les suivants :

**« 4.02** Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le groupe auquel il appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré. Le nombre de forfaits alloués, par groupe, est le suivant :

- Établissement (ou installation) du groupe I : 520 forfaits par année
- Établissement (ou installation) du groupe II : 312 forfaits par année
- Établissement (ou installation) du groupe III : 208 forfaits par année

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un service d'urgence et un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dispensant des services en anesthésie et en chirurgie, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

L'annexe II de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

**4.03** Sous réserve du paragraphe 4.04, dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du service d'urgence.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un médecin assume la fonction de chef de l'ensemble des services d'urgence, le pourcentage du nombre de forfaits attribué à ce médecin est d'au moins 35 %.

- 18. L'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré est modifiée en remplaçant son paragraphe 5.08 par le suivant :**

« **5.08** Les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif relatives à la période de 0h00 à 8h00 s'appliquent. »

**AVIS :** Les instructions de facturation sous le paragraphe 5.01 sont modifiés comme suit :

<b>2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du Préambule général</b>						
<b>Périodes</b>	<b>Groupe 1</b>		<b>Groupe 2</b>		<b>Groupe 3</b>	
	<b>Codes</b>	<b>Forfaits</b>	<b>Codes</b>	<b>Forfaits</b>	<b>Codes</b>	<b>Forfaits</b>
<i>0 h à 8 h / 8 heures :</i>						
<i>Semaine seulement</i>	9802	515,00 \$	9804	515,00 \$	9998	515,00 \$
<i>Samedi, dimanche, jours fériés seulement</i>	19065	566,50 \$	19067	566,50 \$	19055	566,50 \$

<b>3. Rémunération du ou des médecins additionnel(s)/8 h selon le paragraphe 1.4 du Préambule général</b>						
<b>Périodes</b>	<b>Groupe 1</b>		<b>Groupe 2</b>		<b>Groupe 3</b>	
	<b>Codes</b>	<b>Forfaits</b>	<b>Codes</b>	<b>Forfaits</b>	<b>Codes</b>	<b>Forfaits</b>
<i>0 h à 8 h / 8 heures :</i>						
<i>Semaine seulement</i>	9803	515,00 \$	9805	515,00 \$	9994	515,00 \$
<i>Samedi, dimanche, jours fériés seulement</i>	19066	566,50 \$	19068	566,50 \$	19056	566,50 \$

<b>5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (n° 1200)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;</li> <li>- l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la case ACTES;</li> <li>- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);</li> <li>- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 9802, 9804, 9998, 19065, 19067 et 19055;</li> <li>- les honoraires sur base horaire, sauf codes 9802, 9804, 9998, 19065, 19067 et 19055;</li> <li>- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</li> </ul>
<p><b>Remarque :</b> Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 9802, 9804, 9998, 19065, 19067 ou 19055 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.</p>

- 19. L'Entente particulière relative à la rémunération des médecins qui exercent dans le Grand-Nord est modifiée en ajoutant le paragraphe 9.03 suivant :**

« 9.03 Sous réserve du paragraphe 7.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'Annexe XIV ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués. »

- 20. La Lettre d'entente n° 77** est modifiée de la façon suivante :
- a) En remplaçant le premier alinéa de son article 5 par le suivant :  
« 5. Une seconde majoration de 10 % selon les modalités prévues au paragraphe 1.3 de la présente lettre d'entente applicable sur le tarif de base pour des services dispensés de 8h00 à 24h00 le samedi, dimanche ou une journée fériée et une majoration de 5 % pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou de 6 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, pour les services dispensés de 0h00 à 8h00 le samedi, le dimanche ou une journée fériée dans un service d'urgence des établissements suivants : »
  - b) En remplaçant à son article 6 le supplément de 50 \$ par un supplément de 80 \$.
- 21. La Lettre d'entente n° 110** est modifiée de la façon suivante :
- a) En remplaçant, à son paragraphe 5.4 le pourcentage de 8,7 % par 8,9%.
  - b) En remplaçant, à son paragraphe 5.5, le supplément de 50 \$ par un supplément de 80 \$.
- 22. La Lettre d'entente n° 116** se termine le 31 août 2004 sauf pour les médecins qui s'en prévalaient au 31 août 2004 pour lesquels elle est prolongée jusqu'au 31 août 2005.
- 23. La Lettre d'entente n° 132** signée le 10 novembre 2003 est modifiée de la façon suivante :
- a) En ajoutant l'alinéa suivant à son paragraphe 7.02 :  
« **7.02** .....  
Exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé à effectuer moins de six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques de dépannage mais qui, en raison d'absence imprévue d'un médecin visé à l'alinéa ci-dessus, effectue au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente. »
  - b) En ajoutant l'alinéa suivant à son paragraphe 8.03 :  
« **8.03** ....  
Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles et dans la mesure où il n'y a pas de rupture de services, le comité paritaire peut autoriser le versement du forfait malgré le recours par l'établissement durant le mois à d'autres médecins que ceux du groupe. »
- 24. La Lettre d'entente n° 156** signée le 18 mars 2004 est remplacée par celle apparaissant à l'annexe III des présentes.
- Attention :* La nouvelle lettre d'entente n° 170 n'est pas jointe au présent communiqué. Vous pouvez la consulter sur notre site Internet à l'adresse suivante :  
<http://p1s62s:8080/fr/professionnels/medomni/manuel/man104.shtml>
- 25.** Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2005 sauf les dispositions suivantes :
- le paragraphe 1A)c) entre en vigueur le 15 mars 2003;
  - l'article 2 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2004;
  - le paragraphe 3b) et les articles 14 et 15 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2005;
  - les articles 8 et 10 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2003;
  - les paragraphes 9a) et b) et les articles 22, 23 et 24 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2004;

- le paragraphe 11 a) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002;
- le paragraphe 11 b) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003;
- l'article 19 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2003.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2005.

---

**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---

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



## Amendement n° 88

### **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)**

#### **PRÉAMBULE**

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

#### **LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

##### **1.00 OBJET**

- 1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, de celui qui l'assiste, d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui a un service d'urgence;
- 1.02** La présente entente particulière vise également le médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale d'un établissement qui a pour mission, entre autres, d'exploiter un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, et dont les conditions de rémunération pour les activités qu'il exerce auprès de cet établissement sont régies exclusivement par les dispositions relatives aux modes des honoraires fixes ou du tarif horaire.

##### **2.00 CHAMP D'APPLICATION**

- 2.01** Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

##### **3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES**

- 3.01** À des fins de rémunération, les activités médico-administratives couvertes par la présente entente sont celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2);
- 3.02** Pour le médecin qui détient le poste de chef de département, est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à sa participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

## 4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

- 4.01 Sous réserve du paragraphe 4.03 de la présente entente, les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de cinquante dollars (50 \$).

**AVIS :** Utiliser la « Demande de paiement » no 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19064 dans la case CODE de la section « Acte »;
- le code d'établissement 0XXX3 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

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

- 4.02 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement 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	Forfaits annuels
Entre 1 et 24 médecins	321
Entre 25 et 74 médecins	428
Entre 75 et 99 médecins	536
Cent (100) médecins et plus	643

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et un service d'urgence, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

L'annexe I de la présente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

- 4.03 Pour le médecin visé au paragraphe 1.02, les activités prévues aux présentes sont rémunérées à tarif horaire.

Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités exercées par un médecin visé au paragraphe 1.02 des présentes.

Un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités prévues à la présente entente, autorisé jusqu'à concurrence de 220 heures par année, au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02 lorsqu'il a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou au paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente.

**AVIS : Tarif horaire :** Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement – Vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215 et inscrire le code d'activité 013043 Tâches médico-administratives et hospitalières.

- 4.04 Dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale pour l'ensemble des installations, et il se voit attribuer au moins 35 % du nombre de forfaits alloués à l'établissement.

Dans le cas où l'établissement compte plus d'une installation mais qu'un médecin assume la fonction de chef du département de médecine générale dans chaque installation, ce médecin se voit attribuer 60 % du nombre de forfaits calculé pour l'installation conformément au paragraphe 4.02 des présentes.

- 4.05** L'établissement transmet à la régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin. L'établissement remet au médecin copie de cet avis.

**AVIS:** *L'établissement doit utiliser le formulaire « Avis de service -Rémunération au tarif horaire, au per diem et à l'acte » n° 3547.*

**Rémunération à l'acte avec forfait (Paragr. 1.01) :** *La nomination est valide du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, renouvelable à chaque année. Ne pas inscrire d'heures puisqu'il s'agit d'un forfait hebdomadaire. Indiquer dans la case « Entente particulière autre » : chef de département clinique de médecine générale (acte avec forfait).*

**Rémunération à tarif horaire (Paragr. 1.02) :** *La Régie accepte les nominations couvrant une période de 2 ans. Nombre d'heures hebdomadaires : Inscrire cinq (5) heures. Indiquer dans la case « Entente particulière autre » : chef de département clinique de médecine générale (tarif horaire).*

- 4.06** Au 1<sup>er</sup> novembre de chaque année, les parties déterminent le montant forfaitaire accordé au médecin visé au paragraphe 1.01 pour l'année qui suit, pour la rémunération des activités prévues dans le cadre de la présente entente, sur la base des données sur la rémunération des médecins pour l'année finissant le 1<sup>er</sup> juin de l'année en cours.

## **5.00 ANNEXE IX**

- 5.01** La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

## **6.00 COMITÉ PARITAIRE**

- 6.01** Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

## **7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE**

- 7.01** La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale du 1<sup>er</sup> janvier 2000. Elle prend effet le 1<sup>er</sup> février 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2005.

\_\_\_\_\_  
**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

## ANNEXE I

Établissements admissibles à l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, à celui qui l'assiste.

ÉTABLISSEMENTS	INSTALLATIONS	FORFAITS ANNUELS
<b>Région du Bas St-Laurent (01)</b>		
Réseau santé Kamouraska	Centre Notre-Dame-de-Fatima (03043)	428
Réseau de santé du Témiscouata	Centre hospitalier Notre-Dame-du-Lac (03333)	428
Réseau de santé de la Matapédia	Centre hospitalier d'Amqui (03253)	428
Réseau de santé et de services sociaux de Matane	Centre hospitalier de Matane (03313)	428
Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski	Centre hospitalier régional de Rimouski (03343)	428
CSSS de Rivière-du-Loup	Centre hospitalier régional du Grand-Portage (03403)	428
<b>Région Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)</b>		
Centre Maria-Chapdelaine	Centre Maria-Chapdelaine – Centre de service Dolbeau (02503)	428
CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau	Hôpital de la Baie des Ha! Ha! (02483)	428
Carrefour de santé de Jonquière	Centre hospitalier de Jonquière (02513)	428
CSSS de Pékouagami	Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma (02453)	428
CSSS Domaine-du-Roy	Hôtel-Dieu de Roberval (02523)	428
CSSS de Chicoutimi	Complexe hospitalier de la Sagamie (02473)	536
<b>Région Québec (03)</b>		
Centre hospitalier universitaire de Québec	Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec (02043) Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval (02133) Pavillon Saint-François d'Assise (02103)	1393
Le Centre de santé de Portneuf	Centre hospitalier Portneuf/CLSC de Portneuf (02353)	428
CSSS de Québec-Nord	Centre hospitalier Chauveau (02323) Centre de santé Orléans/Hôpital Ste-Anne de Beaupré (02343)	856
CSSS de Charlevoix	Centre hospitalier Saint-Joseph de la Malbaie (02313) Centre hospitalier de Charlevoix (02373)	642
L'Hôpital Jeffery Hale	L'Hôpital Jeffery Hale (02053)	428
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	Hôpital de l'Enfant-Jésus (02033) Hôpital du Saint-Sacrement (02123)	856
Hôpital Laval	Hôpital Laval (02063)	428

**ÉTABLISSEMENTS****INSTALLATIONS****FORFAITS  
ANNUELS****Région Mauricie et du Centre-du-Québec (04)**

CSSS de la St-Maurice	CSSS de la Saint-Maurice (01773)	321
Centre de santé de la MRC de Maskinongé	Point de service Comtois (01783)	321
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	Pavillon St-Joseph (01823)	428
CSSS d'Arthabaska-Érable	Hôtel-Dieu d'Arthabaska (02753)	428
CSSS de Trois-Rivières	Centre de santé Clautier-du Rivage (01753)	428
CSSS Drummond	Hôpital Sainte-Croix (02773)	428
CSSS de l'Énergie	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (01853)	428
CSSS Nicolet-Yamaska, Les blés d'or	Centre Christ-Roy (02783)	321

**Région Estrie (05)**

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	C.H. universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont (01163) C.H. universitaire de Sherbrooke – Hotel-Dieu (01103)	856
Centre de santé de la MRC d'Asbestos	Centre hospitalier d'Asbestos (01003)	321
Centre de santé Memphrémagog	Centre de santé Memphrémagog – Siège social (01063)	428
Centre de santé du Granit	Centre de santé du Granit (Siège social) (01123)	321

**Région Montréal (06)**

Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Hôtel-Dieu du CHUM (00063) Hôpital Notre-Dame du CHUM (00203) Hôpital Saint-Luc du CHUM (00303)	1284
CSSS de Pierrefonds et Lac Saint-Louis	Hôpital général du Lakeshore (00403)	428
CSSS de Lasalle et du Vieux Lachine	Centre hospitalier de Lasalle (00143) Centre hospitalier de Lachine (00283)	856
CSSS de Verdun/C. St-Paul, St-Henri et P. St-Charles	Centre hospitalier de Verdun (00363)	428
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Centre hospitalier Fleury (00053)	428
CSSS de la Petite Patrie et Villeray	Hôpital Jean-Talon (00103)	428
Hôpital Santa Cabrini	Hôpital Santa Cabrini (00353)	428
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (00273)	643
Centre universitaire de santé McGill	Hôpital général de Montréal (00183) Hôpital Royal Victoria (00253)	964

ÉTABLISSEMENTS	INSTALLATIONS	FORFAITS ANNUELS
L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis	L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis (00113)	536
Centre hospitalier de St. Mary	Centre hospitalier de St. Mary (00313)	428
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel-Lamoureux (00153)	536
<b>Région Outaouais (07)</b>		
Centre de santé du Pontiac	Centre hospitalier du Pontiac (01303)	428
Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau (01333)	321
CSSS des Collines	Centre hospitalier Gatineau Memorial (01313)	321
CSSS de Gatineau	Pavillon de Gatineau (07693) Pavillon de Hull (01263)	856
CSSS de Papineau	Pavillon du Centre-hospitalier (01253)	428
<b>Région Abitibi-Témiscamingue (08)</b>		
Réseau santé et services sociaux des Aurores Boréales	Centre hospitalier La Sarre (01523)	428
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos (01503)	428
CSSS de Rouyn-Noranda	Centre hospitalier de Rouyn-Noranda (01533)	428
CSSS de la Vallée-de-l'Or	Centre hospitalier de Val-d'Or (01543)	428
<b>Région Côte-Nord (09)</b>		
CSSS de Manicouagan	Centre hospitalier régional Baie-Comeau (07543)	428
Centre hospitalier régional de Sept-Iles	Centre hospitalier régional de Sept-Iles 02693)	428
<b>Région Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (11)</b>		
CSSS de la Haute-Gaspésie	Hôpital des Monts (03413)	428
CSSS du Rocher-Percé	Centre hospitalier de Chandler (03273)	428
CSSS Baie-des-Chaleurs	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (03303)	428
CSSS de la Côte-de-Gaspé	Pavillon Hôtel-Dieu (03283)	428
<b>Région Chaudière-Appalaches (12)</b>		
CSSS de la région de Thetford	Centre hospitalier de la région de l'Amiante (02803)	428
CSSS de Montmagny-L'Islet	Hôtel-Dieu de Montmagny (03033)	321
CSSS du Grand Littoral	Point de service : Charny (02854)	428
CSSS de Beauce	Centre hospitalier Beauce-Etchemin (02873)	536
Hôtel-Dieu de Lévis	Hôtel-Dieu de Lévis (03003)	428

ÉTABLISSEMENTS	INSTALLATIONS	FORFAITS ANNUELS
<b>Région Laval (13)</b>		
CSSS de Laval	Cité de la santé de Laval (00443)	643
<b>Région Lanaudière (14)</b>		
CSSS de Lanaudière	Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (01413)	536
CSSS du Nord de Lanaudière	Centre hospitalier régional de Lanaudière (00853)	643
<b>Région Laurentides (15)</b>		
CH-CLSC-CHSLD des Sommets	Centre hospitalier Laurentien (01433)	428
CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle	Centre de Mont-Laurier (01423) Centre de L'Annonciation (00783)	749
CSSS Deux-Montagnes / Sud-de-Mirabel	Centre hospitalier Saint-Eustache (01453)	643
CSSS Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (01443)	428
L'Hôpital d'Argenteuil	L'Hôpital d'Argenteuil (01273)	428
<b>Région Montérégie (16)</b>		
CSSS du Vieux Longueuil et de la Lajemmerais	Centre hospitalier Pierre-Boucher (07533)	643
CSSS Haut Richelieu / Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu (00423)	428
CSSS de Sorel-Tracy	Hôtel-Dieu de Sorel (00923)	428
CSSS La Pommeraie	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (01133)	428
CSSS Richelieu-Yamaska	Centre hospitalier Honoré-Mercier (00943)	536
CSSS du Haut-St-Laurent	L'Hôpital Barrie Memorial (01083)	321
CSSS de la Haute-Yamaska	Centre hospitalier de Granby (01033)	428
Hôpital Charles Lemoyne	Hôpital Charles Lemoyne (00953)	536
CSSS Jardins-Roussillon	Centre hospitalier Anna-Laberge (07763)	428
CSSS de Suroît	Centre hospitalier régional du Suroît (01143)	428

Annexe effective le 1<sup>er</sup> février 2005

## Protocole d'accord relatif à la rémunération de services médico-administratifs dispensés dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein

### PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5).

### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

#### 1. Objet

Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin appelé à dispenser des services médico-administratifs pour un Centre de référence et d'investigation désigné (CRID) dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

#### 2. Formulaire rémunéré

- Rapport de confirmation diagnostique (AH-509) 25 \$

**AVIS** : **Facturation du rapport effectué sur une demande de paiement n° 1200 :**

- utiliser le code **9817**;
- indiquer le code d'établissement où la technique a été effectuée (CRID).

#### 3. Application de l'annexe IX de l'Entente

Les honoraires versés en vertu du présent protocole sont soumis à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

4. La liste des centres de référence et d'investigation désignés est transmise à la Régie par le Ministère.
5. Le présent protocole d'accord prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2004.

---

**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---

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