

www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone

Québec (418) 643-8210

Montréal (514) 873-3480

Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur

Québec (418) 646-9251

Montréal (514) 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 5 octobre 2005

À l'intention des médecins responsables des cliniques-réseau accréditées

Entente particulière « Clinique-réseau »

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu de **l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique-réseau**. Cette entente a été signée le 21 juillet 2005. Elle est mise en application le 1^{er} septembre 2005 avec prise d'effet rétroactive au 1^{er} juin 2005. Vous trouverez le texte officiel dans la [Partie II](#) du présent communiqué.

Important : Nous vous saurions gré de transmettre ces renseignements à chaque médecin concerné.

FAITS SAILLANTS

1. Conditions d'admissibilité de la clinique-réseau (Article 3.00)

L'article 3.00 de cette entente particulière énumère les conditions d'admissibilité de la clinique-réseau qui doit entre autres :

- être accréditée par l'agence de santé et de services sociaux de son territoire;
- avoir convenu, avec le CSSS de son territoire ou avec tout autre établissement, un contrat concernant l'accès aux services diagnostiques de laboratoire et de radiologie requis en urgence;
- offrir des services sans rendez-vous pendant 12 heures par jour du lundi au vendredi et pendant 8 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés;
- assurer la dispensation des services sans rendez-vous en un lieu physique unique;
- offrir des services sur rendez-vous en conformité avec le contrat conclu avec le CSSS.

(Voir les instructions de facturation des services sans rendez-vous et sur rendez-vous, Partie II sous le paragraphe 3.01, alinéas e) et g).)

2. Rémunération durant les horaires défavorables (Article 4.00)

Le médecin qui exerce dans une clinique-réseau accréditée et qui est affecté au service sans rendez-vous, reçoit **un forfait de 80 \$** par quart de 4 heures durant les horaires suivants :

- **du lundi au vendredi, de 18 h à 22 h** (code d'acte **19100**);
- **les samedi, dimanche et jour férié, de 8 h à 16 h** (code d'acte **19101**).

Ce forfait est divisible sur base horaire et s'ajoute à la rémunération à l'acte pour les services rendus pendant cette période.

Un médecin peut facturer au maximum un forfait par quart de garde de quatre heures.

Le comité paritaire détermine le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chaque clinique-réseau.

(Voir les instructions de facturation des forfaits, Partie II sous le paragraphe 4.01.)

3. Rémunération pour les activités médico-administratives (Article 6.00)

Les activités médico-administratives (paragraphe 6.01), notamment la confection des horaires de garde du sans rendez-vous, sont rémunérées à l'acte, sans égard au mode de rémunération du médecin, à raison de **6 forfaits de 50 \$ par semaine** (code d'acte **19102**) dont au moins la moitié est payée au médecin responsable. Ce dernier répartit les forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent des activités médico-administratives prévues à cette entente.

(Voir les instructions de facturation, Partie II sous le paragraphe 6.02)

GMF/Clinique-réseau : pour la clinique qui est aussi accréditée comme GMF, le nombre de forfaits alloués pour les activités médico-administratives de la clinique-réseau **est réduit à 3 par semaine** (paragraphe 6.04). Ces activités sont rémunérées à l'acte (code d'acte **19102**).

L'adhésion d'un GMF comme clinique-réseau n'affecte pas la rémunération des activités professionnelles requises pour le fonctionnement en GMF. Ces activités de fonctionnement en GMF sont rémunérées à tarif horaire ou à honoraires fixes pour les médecins concernés par ces activités (code d'activité 072101).

Ces deux types d'activités (**19102, à l'acte** et **072101, à tarif horaire ou à honoraires fixes**) peuvent donc être facturées par un médecin oeuvrant dans un GMF/Clinique-réseau.

4. Plafond trimestriel

La rémunération (forfait + acte) pour les services médicaux rendus durant une période de garde sans rendez-vous dans le lieu physique unique de la clinique-réseau et celle des forfaits pour activités médico-administratives, ne sont pas comptées dans le revenu brut trimestriel du médecin (paragraphe 7.01). Le comité paritaire établit le nombre maximal de médecins pouvant se prévaloir de ces dispositions pour une même période de garde.

Les services rendus pendant une période de garde sans rendez-vous doivent être facturés avec le **modificateur 176** ou un de ses multiples. (Voir les instructions de facturation sous le paragraphe 3.01e.)

5. Garde en disponibilité

Le médecin visé par la présente entente particulière qui effectue de la garde en disponibilité est rémunéré selon les dispositions de l'E.P. relative à la rémunération de la garde en disponibilité lorsque celle-ci s'applique à la clinique-réseau (Article 5.00).

6. Dispositions relatives à la mise en application

- L'entrée en vigueur de cette entente particulière est le 1^{er} juin 2005. Elle est mise en application le 1^{er} septembre 2005 et prend effet **rétroactivement à la date d'adhésion** de chaque clinique-réseau.
- Pour ce qui concerne les deux types de forfaits (heures défavorables et activités médico-administratives) la **facturation retenue** depuis la date d'adhésion pourra être présentée à la Régie dès la réception de ce communiqué et de la lettre du Service de l'admissibilité et de la révision. Cette dernière vous informe notamment du numéro du lieu physique unique de la clinique-réseau et des autres sites, le cas échéant.
- En ce qui a trait à l'exclusion du plafond trimestriel, un ajustement rétroactif sera apporté à la rémunération versée pour la période concernée depuis le 1^{er} juin 2005. Le médecin responsable devra transmettre à la Régie le nom des médecins ayant œuvré au service sans rendez-vous dans le lieu physique unique accrédité de la clinique-réseau.
- La facturation des services se fera avec le code approprié de la clinique-réseau soit : 54XXX, s'il s'agit d'une clinique et 9XXX2 ou 8XXX5, s'il s'agit d'un CLSC. Ce code est utilisé pour **tous** les services dispensés avec ou sans rendez-vous au sein d'un même site ou installation de la clinique-réseau.
- Dans le cas d'une clinique-réseau comportant plus d'un site ou installation, les services doivent être facturés avec le code du site concerné; les modificateurs **176** et **180** ou leurs multiples doivent **obligatoirement** être utilisés pour chaque service facturé.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte signé de l'entente particulière](#)

c. c. Directeur général de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux concernée
Directeurs des CSSS concernés
Développeurs de logiciels de facturation et Agences commerciales de traitement des données - Médecine

TEXTE SIGNÉ DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE CLINIQUE-RÉSEAU

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ci-après nommée « *l'Entente* ».

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

- 1.01 Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique-réseau désignée par accord des parties négociantes et inscrite à l'annexe I des présentes.

2.00 Champ d'application

- 2.01 L'Entente intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans une clinique-réseau, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 Conditions d'admissibilité de la clinique-réseau

- 3.01 Aux fins de la présente entente particulière et sous réserve du paragraphe 3.02, une clinique-réseau est une clinique médicale qui répond aux conditions d'admissibilité suivantes :
- a) Elle est dûment accréditée par l'agence de santé et de services sociaux de son territoire en conformité avec les dispositions du plan d'organisation édicté par cette agence en matière d'accessibilité aux services médicaux. Ce plan d'organisation doit, aux fins exclusives de l'application de cette entente particulière, avoir été préalablement approuvé par le Ministre et prévoir desservir, par clinique-réseau, une population d'environ cinquante mille (50 000) personnes;
 - b) Elle a convenu avec le CSSS de son territoire du réseau local de services ou avec tout autre établissement un contrat prévoyant notamment l'accès aux services diagnostiques de laboratoire et de radiologie requis en urgence;
 - c) L'offre de services de cette clinique médicale s'harmonise avec l'ensemble des services médicaux dispensés par les différents producteurs de services et partenaires du réseau local de santé et de services sociaux;
 - d) Elle assume des fonctions de coordination opérationnelle entre le CSSS et les médecins qui exercent leurs activités professionnelles dans le territoire desservi par le réseau local de santé et de services sociaux visé;

- e) Elle offre des services accessibles sans rendez-vous pendant douze (12) heures par jour du lundi au vendredi et de huit (8) heures le samedi, le dimanche et la journée fériée;

AVIS: Dans la section « Actes » d'une demande de paiement n° 1200, inscrire pour chaque service rendu en sans rendez-vous dans chaque site de la clinique-réseau :

- le modificateur **176** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à 100 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé ;
- le code de la clinique-réseau où les services sans rendez-vous ont été rendus.

Les multiples du modificateur **176** sont :

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
002 – 046 – 176	364	1,1000
002 – 046 – 176 – 179	914	1,1000
002 – 176	657	1,0000
002 – 176 – 179	366	1,0000
046 – 050 – 176	349	0,5500
046 – 050 – 093 – 176	909	0,5500
046 – 093 – 176	352	1,1000
046 – 093 – 094 – 176	900	1,1000
046 – 094 – 176	351	1,1000
046 – 094 – 176 – 179	913	1,1000
046 – 176	652	1,1000
046 – 176 – 179	367	1,1000
050 – 176	633	0,5000
093 – 094 – 176	350	1,0000
093 – 176	634	1,0000
094 - 176	635	1,0000
094 – 176 – 179	368	1,0000
176 – 179	660	1,0000

Pour le médecin rémunéré à **honoraires fixes** ou à **tarif horaire**, veuillez utiliser le code d'activité **076110** : Services cliniques **sans** rendez-vous.

- f) La dispensation des services sans rendez-vous visés à la présente se fait en un lieu physique unique;

- g) Elle offre des services sur rendez-vous en conformité avec les dispositions apparaissant au contrat qu'elle a conclu avec le CSSS.

AVIS : Dans la section « Actes » d'une demande de paiement n° 1200, inscrire pour chaque service rendu sur rendez-vous dans chaque site de la clinique-réseau :

- le modificateur **180** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à 100 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé ;
- le code de la clinique-réseau où les services sur rendez-vous ont été rendus.

Les multiples du modificateur **180** sont :

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
002 – 046 – 180	365	1,1000
002 – 046 – 179 – 180	916	1,1000
002 – 179 – 180	369	1,0000
002 – 180	658	1,0000
032 – 180	659	0,4000
046 – 050 – 180	325	0,5500
046 – 050 – 093 – 180	910	0,5500
046 – 093 – 094 – 180	901	1,1000
046 – 093 – 180	347	1,1000
046 – 094 – 179 – 180	915	1,1000
046 – 094 – 180	348	1,1000
046 – 179 – 180	370	1,1000
046 – 180	649	1,1000
050 – 180	654	0,5000
093 – 094 – 180	322	1,0000
093 – 180	650	1,0000
094 – 179 – 180	371	1,0000
094 – 180	651	1,0000
179 – 180	661	1,0000

Pour le médecin rémunéré à **honoraires fixes** ou à **tarif horaire**, veuillez utiliser le code d'activité **076111** : Services cliniques **avec** rendez-vous.

- 3.02 Exceptionnellement, dans le cadre de sa mission de CLSC et avec l'autorisation du ministère, un point de services d'un CSSS est considéré comme admissible aux dispositions de la présente entente.
- 3.03 La désignation et l'inscription d'une clinique-réseau à l'annexe I des présentes fait mention du nombre total de forfaits alloués en vertu de l'article 4.01, sur base hebdomadaire, à cette clinique-réseau. Ce nombre correspond, toujours sur cette base, à l'addition des quarts de garde requis, par médecin, pour répondre aux services sans rendez-vous pendant les périodes décrites au paragraphe 4.01. Lorsque tel est le cas, cette désignation précise que la clinique-réseau en cause est également accréditée comme groupe de médecine de famille (GMF).

4.00 Horaires défavorables

- 4.01 Un forfait de quatre-vingts dollars (80 \$), par quart de quatre (4) heures, est payé au médecin qui est affecté au service du sans rendez-vous d'une clinique-réseau, du lundi au vendredi, de 18h00 à 22h00 ou, les samedi, dimanche et journée fériée, de 8h00 à 16h00 ou, dans ce dernier cas, à toute autre période de remplacement, continue et équivalente, déterminée par la clinique-réseau avec l'approbation du CSSS.

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

En semaine du lundi au vendredi entre 18 h et 22 h autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19100** dans la case CODE de la section « Actes »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le code de la clinique-réseau désigné à titre de lieu physique unique, 54XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT.

Fin de semaine de 8 h à 16 h et les jours fériés :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19101** dans la case CODE de la section « Actes »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le code de la clinique-réseau désigné à titre de lieu physique unique, 54XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT.

- 4.02 Ce forfait s'ajoute à la rémunération à l'acte dévolue aux médecins selon l'Entente pour les services médicaux qu'il dispense pendant ou à l'occasion d'une période de garde visée au présent article.
- 4.03 Le forfait visé au présent article est, sur base horaire, divisible. Le médecin est, quant au montant de ce forfait, payé par la Régie au prorata du temps où il a effectivement assumé la garde, dans le cadre ou dans la foulée d'une période de garde établie.
- 4.04 Le comité paritaire estime, sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière, le nombre hebdomadaire de forfaits correspondant au nombre de quarts de garde de quatre (4) heures nécessaires pour dispenser les services visés à la présente entente. Le comité paritaire en informe la clinique-réseau, le CSSS et la Régie.
- Aux fins de l'attribution de la banque de forfaits hebdomadaires, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes requises pour l'estimation du nombre de forfaits hebdomadaires.
- 4.05 Un médecin ne peut se prévaloir de plus d'un forfait par période de quatre (4) heures.
- 4.06 La clinique-réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon continue du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique-réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

5.00 Garde en disponibilité

- 5.01 Un médecin visé au paragraphe 1.01 de cette entente qui assume une garde en disponibilité relevant de la juridiction d'un CSSS est rémunéré selon les dispositions qu'édicte *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

6.00 Activités médico-administratives

- 6.01 Les activités professionnelles visées au présent article couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques de la clinique-réseau en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec le CSSS et autres intervenants du réseau local, à la confection des horaires de garde du sans rendez-vous et au recrutement.

Aux fins de l'application de ces obligations spécifiques, dont principalement la confection des horaires de garde du sans rendez-vous, le médecin responsable doit tenir compte des contraintes auxquelles le médecin dispensateur des services médicaux est confronté.

- 6.02 Sous réserve du paragraphe 6.04 ci-dessous, les activités décrites ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six (6) forfaits de cinquante dollars (50 \$) par semaine.

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

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section « Actes »;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique-réseau désigné à titre de lieu physique unique, 54XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

- 6.03 Le médecin responsable de la clinique-réseau se prévaut au moins de la moitié des forfaits prévus au présent article. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus.

- 6.04 Dans le cas où la clinique accréditée comme clinique-réseau est aussi accréditée comme GMF, le nombre de forfaits alloués pour la rémunération des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus est de trois (3) forfaits par semaine.

7.00 Exclusion

- 7.01 Sous réserve des paragraphes suivants, la rémunération que le médecin reçoit pour les services médicaux dispensés pendant une période de garde sans rendez-vous telle que stipulée aux alinéas e) et f) du paragraphe 3.01 est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même de la rémunération visée à l'article 6.00 de cette entente.

AVIS: Les services rendus pendant une période sans rendez-vous doivent être facturés avec le modificateur **176** ou un de ses multiples. (Voir les instructions de facturation sous 3.01e)). Toutefois, seuls les services rendus dans le lieu physique unique sont exclus de l'application du plafond trimestriel.

- 7.02 Le comité paritaire établit le nombre maximal de médecins pouvant se prévaloir, pour une même période de garde, des dispositions du paragraphe précédent sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière. Ce nombre peut varier selon les périodes de garde en cause. Le comité paritaire en informe la clinique-réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de la détermination de ce nombre, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes.

- 7.03 La clinique-réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de médecins qui, pour une même période de garde, se prévalent des dispositions du paragraphe 7.01 ci-dessus. Dans le cas où ce nombre diffère significativement ou de façon continue du nombre tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique-réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

8.00 Procédures

- 8.01 La demande d'adhésion d'une clinique-réseau à la présente entente est formulée par la majorité des médecins qui y exercent ou le cas échéant, par le CSSS. Il en est ainsi d'une demande de retrait.
- 8.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une clinique-réseau aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité décrites au paragraphe 3.01 ci-dessus sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable.
- 8.03 Le comité paritaire a enfin pour mandat de veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.
- Sans limiter la généralité de ce qui précède, sur autorisation spécifique de ses mandants, le comité paritaire peut se pencher sur une problématique ayant un impact sur les conditions d'exercice des médecins. Le comité paritaire, après examen de la situation, pourra s'il le juge nécessaire, faire des recommandations aux parties.
- 8.04 La clinique-réseau dont l'accréditation n'est plus en vigueur est tenue d'en aviser le comité paritaire qui en informe la Régie.
- 8.05 Le comité paritaire informe la Régie du nom de la clinique-réseau dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée et ainsi que du nom du médecin responsable.
- 8.06 La Régie transmet mensuellement au CSSS et au comité paritaire les informations pertinentes sur la facturation des forfaits prévus à l'article 4.00 de la présente entente ainsi que sur le nombre de médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 7.00 de la présente.
- 8.07 Un CSSS visé à l'article 3.02 de la présente qui entend cesser d'assumer les mandats d'une clinique-réseau doit en informer les médecins dans un délai raisonnable.
- 8.08 Lorsque l'avis de résiliation ou de retrait d'un contrat intervenu entre un CSSS et une clinique-réseau fait, aux termes du processus d'arbitrage prévu à ce contrat, l'objet d'une contestation de la part de la clinique-réseau, ou des médecins qui y exercent leur profession, les médecins visés sont habilités à se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière jusqu'à ce que, par décision finale, la contestation en cause ait été tranchée finalement selon la procédure prévue à ce contrat.

9.00 Dispositions transitoires

- 9.01 Sous réserve du paragraphe 9.02, cette entente se limite aux quatorze (14) premières cliniques-réseau accréditées par l'Agence de Montréal.
- 9.02 Sous réserve de l'approbation gouvernementale, la présente entente devient applicable au plus tard le 1^{er} novembre 2005, à toutes les cliniques-réseau admissibles.

10.00 Mise en vigueur et durée

10.01 Cette entente particulière prend effet le 1^{er} juin 2005. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21^e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, m.d.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec