



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 6 décembre 2005

À l'attention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 91 et Autres renseignements administratifs

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 91** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet aux dates précisées ci-dessous. La [Partie II](#) contient le texte officiel paraphé.

L'Amendement n° 91 **prolonge jusqu'au 31 août 2006**, la lettre d'entente (L.E.) n° 116 portant sur la rémunération des médecins exerçant au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie. Cette prolongation concerne les médecins qui s'en prévalaient au 31 août 2004. Elle prend effet le **1^{er} septembre 2005**.

De plus, il **modifie** les documents officiels suivants :

- Annexe XVIII** « Mécanisme de dépannage »;
- L.E. n° 170** « Forfaits d'accessibilité pour l'installation de nouveaux médecins en certaines localités »;
- L.E. n° 174** « Prise en charge du service d'urgence par les médecins du Centre de Mont-Laurier »;
- E.P.** relative aux activités médicales particulières (**AMP**);
- E.P.** relative au médecin exerçant dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (**GMF**);
- E.P.** relative au respect des plans régionaux des effectifs médicaux (**PREM**).

FAITS SAILLANTS

□ **Annexe XVIII** « Mécanisme de dépannage »

Prend effet le **16 octobre 2005**.

L'Amendement n° 91 vise particulièrement

- à permettre, sur autorisation préalable du comité paritaire, le dépannage à l'urgence en dehors de la période de 8 h à 16 h, au médecin effectuant du **dépannage en obstétrique**. Un ajustement à la rémunération du dépannage en obstétrique s'applique, le cas échéant.
- à permettre la rémunération à tarif horaire, au médecin autorisé à effectuer du **dépannage en anesthésie** qui dispense également des services à l'urgence, en dehors de la période de 8 h à 16 h, dans un établissement où le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire prévaut dans le service d'urgence.

(Voir partie II, le texte des paragraphes 3.07 et 3.08 ainsi que les avis. À noter dans l'avis sous 3.08, le nouveau code d'activité 009112 pour le forfait d'obstétrique rajusté en fonction des services dispensés à l'urgence).

□ **L.E. n° 170** « Forfaits d'accessibilité pour l'installation de nouveaux médecins en certaines localités »

- La condition d'admissibilité suivante a été ajoutée : le médecin n'est pas détenteur d'un permis restrictif (paragraphe 4.1j)).
- Le paragraphe 4.2 est ajouté afin de préciser qu'exceptionnellement, pour des motifs jugés valables tels la participation à des activités prioritaires, le comité paritaire peut permettre au médecin de déroger à certaines conditions d'admissibilité prévues aux paragraphes 4.1 et 5.1.

Prend effet le **1^{er} septembre 2005**.

□ **L.E. n° 174** « Prise en charge du service d'urgence par les médecins du Centre de Mont-Laurier ».

La période d'engagement de six mois peut être prolongée *pour une ou des périodes supplémentaires moindres dont la durée totale ne dépasse pas six mois* sur demande de l'établissement et des médecins concernés (paragraphe 3.02).

Prend effet le **1^{er} juillet 2005**.

□ **E.P.** relative aux activités médicales particulières (**AMP**)

Garde en disponibilité : la modification se situe au niveau des critères d'évaluation du volume d'activités (Annexe II) et des règles de conversion (Annexe III) relativement à la garde en disponibilité pour les secteurs ii) (malades admis) et iii) (CHSLD, Centres de réadaptation ou programme de soutien à domicile de CLSC). Chaque forfait versé est comptabilisé à raison d'une heure et quarante-cinq minutes (1.75) plutôt que deux heures et demie.

Prend effet le **1^{er} février 2005**.

- **E.P.** relative au médecin exerçant en **GMF** (phase transitoire) : en ce qui a trait au forfait en obstétrique (code d'acte **19074**) payable une seule fois par grossesse au médecin assumant **temporairement** le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF, le texte précise que ce médecin peut être rémunéré à l'acte, à honoraires fixes ou au tarif horaire. Ce forfait est donc payable dans tout site du GMF incluant un CLSC ou une UMF.

Prend effet le **1^{er} juin 2005**.

La facturation retenue depuis le 1^{er} juin 2005 pourra être présentée à la Régie dès la réception de ce communiqué.

- **E.P.** relative au respect des **PREM** : les changements se situent au niveau des règles s'appliquant aux régions à pratique partielle restreinte (article 7.00).
 - Un deuxième alinéa est ajouté au paragraphe 7.01 relativement au médecin qui ne dépasse pas, dans une région à pratique partielle restreinte, 5 % du total de ses journées de facturation. Le comité paritaire peut considérer qu'il respecte toutes les conditions du premier alinéa de 7.01 même s'il ne détient pas d'avis de conformité de cette région.
 - Le paragraphe 7.05 est ajouté relativement au médecin qui détient un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui, dans le cadre de la modification de sa pratique médicale, obtient un avis de conformité d'une autre région. Il peut continuer d'exercer dans sa région à pratique partielle restreinte en autant qu'il y pratique pour 45 % ou moins du total de ses journées de facturation.

Prend effet le **1^{er} janvier 2004**

Autres renseignements administratifs – Manuel de facturation

Ces renseignements seront intégrés dans la prochaine mise à jour de votre manuel de facturation (MAJ 52 / décembre 2005).

Nouvel avis administratif

Veuillez prendre note qu'un astérisque (*) est ajouté à la fin des libellés des codes d'acte 7227 et 7261 pour référence à l'avis administratif suivant qui est ajouté dans votre manuel de facturation, à l'onglet **T - Appareil visuel**, au bas de la page **T-3** :

AVIS: (*) *Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 7227 ou 7261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire n° 1944 (Documents complémentaires).*

Modifications d'avis administratif

Veuillez prendre note des modifications suivantes apportées dans votre manuel de facturation :

À l'onglet **F – Peau – Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané**, page **F-9**.

Sous Lacérations compliquées, l'avis sous le code d'acte 1322 est modifié comme suit :

AVIS: *Joindre le compte rendu opératoire et utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée. Exemple : 2,5 cm = 1 unité.*

À l'onglet **G – Appareil musculo-squelettique**, page **G-37** :

Sous PIED - Amputation, l'avis sous le code d'acte 2287 est **enlevé**.

Deux astérisques sont ajoutés à la fin des libellés des codes d'acte 2285 et 2287.

2287 amputation d'un métatarsien ou désarticulation métatarso-phalangienne
chaque métatarsien supplémentaire pour un même pied (**)

2285 amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un orteil
chaque orteil supplémentaire (*) (**)

*Ces deux astérisques (**) vous réfèrent au bas de la page G-37 à l'ajout de cet avis administratif :*

AVIS: (**) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

Autre renseignement administratif – Brochure n° 1

Modification d'avis administratif

Veillez prendre note du libellé modifié de l'avis administratif inscrit aux endroits suivants :

Annexe XIX – programme de formation continue – paragraphe 3.04, sous le 2^e alinéa; **E.P.** relative aux **AMP** – Annexe I – Calcul des années de pratique.

AVIS : *Le médecin doit informer la Régie de la période de congé, par une lettre explicative accompagnée des documents justificatifs. Pour les périodes d'invalidité totale, veuillez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et mentionnant que **l'invalidité est totale**.*

Les documents doivent être transmis à l'adresse suivante :

*Service de l'admissibilité et de la révision
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

Cette modification sera intégrée dans une prochaine mise à jour Internet de la Brochure n° 1 prévue en janvier ou février 2006.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Partie II – Texte paraphé de l'Amendement n° 91

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

Texte paraphé de l'Amendement n° 91 à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est de nouveau amendée en modifiant l'**Annexe XVIII** 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** » de la façon suivante :

a) En remplaçant le paragraphe 3.07 par le suivant :

« **3.07** Malgré le paragraphe 3.06 ci-dessus, le médecin qui assure une prestation de services en anesthésie peut être rémunéré selon les dispositions de l'article 1.00 de la présente annexe pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8 h à 16 h ».

AVIS: – *Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations; indiquer le code d'établissement 0XXX7 dans la case ÉTABLISSEMENT et l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8 h à 16 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

– *Pour la rémunération du tarif horaire : utiliser le code d'activités 009030 : services cliniques (TH).*

b) En ajoutant le paragraphe 3.08 suivant :

« **3.08** Malgré les dispositions du paragraphe 3.06 ci-dessus et avec l'autorisation préalable du comité paritaire, le médecin qui effectue un remplacement temporaire en obstétrique peut, pour une même journée de calendrier, effectuer un quart de garde au service d'urgence de l'établissement en-dehors de la période de 8 h à 16 h. Les modalités de rémunération qui s'appliquent à cette situation sont les suivantes :

- Les services dispensés au service d'urgence sont rémunérés selon les dispositions de l'article 1.00 de la présente annexe;

AVIS: – *Pour la rémunération à l'acte du médecin autorisé : tous les services doivent être facturés dans la section ACTES » du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations; indiquer le code d'établissement 0XXX7 dans la case ÉTABLISSEMENT et l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8 h à 16 h dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

– *Pour la rémunération du tarif horaire du médecin autorisé : utiliser le code d'activités 009030 : services cliniques (TH)*

- Les services en obstétrique sont rémunérés selon les dispositions du premier alinéa du paragraphe 3.01 a) relatif au forfait quotidien équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire mais rajusté pour tenir compte des services dispensés au service d'urgence. Ce rajustement se traduit par une diminution du forfait de neuf (9) heures proportionnelle au ratio du nombre d'heures du quart de garde effectué au service d'urgence sur vingt-quatre (24) heures;

AVIS: *Rémunération à tarif horaire, utiliser le code d'activité 009112 pour le forfait en obstétrique rajusté en considération des services dispensés au service d'urgence. Appliquer la formule suivante afin de calculer le nombre d'heures à facturer :*

$$9 \text{ heures}^* - (9 \text{ heures} * X \frac{\text{nombre d'heures dispensées au service d'urgence}}{24 \text{ heures}})$$

** Pour les jours d'arrivée et de départ (paragraphe 3.03), remplacer par le nombre d'heures réelles effectuées si la prestation de services est inférieure à 9 heures.*

Dès qu'un quart de garde est assuré au service d'urgence le même jour, le médecin ne peut facturer le code d'activité 009006 ni le forfait (code d'acte 19044) et 41,5 % des services à l'acte.

- Le forfait rajusté comprend la rémunération de la garde en disponibilité pendant toute la journée de calendrier en cause ainsi que la rémunération des services dispensés lorsque le médecin n'est pas de garde au service d'urgence. Les services reliés à un accouchement et dispensés pendant le quart de garde du médecin au service d'urgence sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 4.01 de la présente annexe. »

c) En remplaçant le paragraphe 4.02 par le suivant :

« **4.02** Sous réserve des paragraphes 3.07 et 3.08, un médecin ne peut se prévaloir concurremment, pour une même journée de calendrier, des dispositions prévues aux articles 1.00, 2.00 ou 3.00. »

2. L'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières est modifiée de la façon suivante :

a) En remplaçant le paragraphe 7 de son annexe II par le suivant :

« **7. Garde en disponibilité pour les secteurs ii) et iii);**

La garde en disponibilité n'est reconnue que les semaines où elle est rémunérée. Chaque forfait versé pour une garde de huit (8) heures est comptabilisé à une heure et quarante-cinq minutes (1.75 heure). »

b) En remplaçant le troisième alinéa de son annexe III par le suivant :

« - Garde en disponibilité : selon le nombre de forfaits de garde versé, chaque forfait équivalent à une heure et quarante-cinq minutes (1.75 heure). »

3. 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 (GMF) est modifiée en remplaçant le deuxième alinéa de l'article I de son annexe V par le suivant :

« Au bénéfice du médecin membre du GMF qui, dans le cadre de sa pratique en obstétrique, assume temporairement le suivi d'une cliente inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF, un forfait de 7 \$ est ajouté pour le transfert temporaire de responsabilité de la prise en charge et le suivi de cette cliente. Ce forfait n'est payable qu'une seule fois par grossesse de la cliente et facturé lors de l'examen de prise en charge de grossesse lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte ou lors du premier examen de prise en charge effective de la grossesse lorsque le médecin est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le formulaire d'inscription ne doit pas être complété. »

AVIS: *Ce forfait peut être facturé uniquement si la patiente est inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF.*

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

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code d'acte 19074 dans la section « ACTES »;*
- *les HONORAIRES de 7 \$ (soumis à la rémunération différente);*
- *le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet (54XXX), CLSC (9XXX2 ou 8XXX5) ou UMF (0XXX3). Si la prise en charge ne peut être faite qu'à domicile, veuillez utiliser le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF.*

4. L'entente particulière relative au respect des plans d'effectifs médicaux est modifiée de la façon suivante :

a) en ajoutant au paragraphe 7.01 l'alinéa suivant :

« Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, considérer qu'un médecin respecte les dispositions du précédent alinéa si sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte ne dépasse pas 5 % du total de ses journées de facturation. »

b) en ajoutant le paragraphe 7.05 suivant :

« Le médecin détenant un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui modifie la répartition de sa pratique et obtient un avis de conformité d'une autre région peut continuer d'exercer dans la région à pratique partielle restreinte de laquelle il détenait l'avis de conformité antérieur pour 45 % ou moins du total de ses journées de facturation et cela conformément aux dispositions de l'article 3.00 de la présente entente. »

5. 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 2006.

6. La lettre d'entente n° 170 est modifiée de la façon suivante :

a) en ajoutant au paragraphe 4.1 l'alinéa j) suivant;

« j) il n'est pas détenteur d'un permis de pratique restrictif. »

b) en ajoutant le paragraphe 4.2 suivant :

« 4.2 Exceptionnellement, pour des motifs jugés valables le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre que le médecin déroge à des dispositions du paragraphe 4.1 et du paragraphe 5.1. »

7. La Lettre d'entente n° 174 est modifiée en remplaçant son paragraphe 3.02 par le suivant :

« 3.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une ou des périodes supplémentaires moindres dont la durée totale ne dépasse pas six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. »

8. Cet amendement entre en vigueur le 16 octobre 2005, sauf pour son article 2 qui entre en vigueur le 1^{er} février 2005, son article 3 qui entre en vigueur le 1^{er} juin 2005, son article 4 qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004, son article 5 qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2005, son article 6 qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2005 et son article 7 qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2005. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce _____^e 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