

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 20 décembre 2006

À l'intention des médecins omnipraticiens

**Amendement n° 95 (suite) - Mesures au 1<sup>er</sup> janvier 2007**  
**Rappel sur le déplaçonnement au 1<sup>er</sup> décembre 2006**  
**Renseignements administratifs**

Tel qu'il a été annoncé dans le [communiqué 063 du 28 septembre 2006](#), nous vous informons des mesures de l'Amendement n° 95 prenant effet le 1<sup>er</sup> janvier 2007, **à l'exclusion de** celles ayant trait à la nouvelle Entente particulière (E.P.) relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle. Celle-ci fera l'objet d'un communiqué spécifique.

Nous ferons également un rappel sur les mesures de déplaçonnement au 1<sup>er</sup> décembre 2006 et terminerons par des renseignements administratifs.

**1. Dispositions de l'Amendement 95 effectives au 1<sup>er</sup> janvier 2007** (voir texte paraphé - [Partie II](#))

**a) Hausse du taux de kilométrage**

Le taux de kilométrage sera haussé de 0,72 \$ à **0,82 \$** dans toutes les situations où il est présentement payable à 0,72 \$.

*La prochaine mise à jour du Manuel de facturation intégrera ce changement.*

**b) Annexe XII (rémunération différente dans les territoires insuffisamment pourvus)**  
Section II – Autres mesures incitatives

En plus de l'augmentation du taux de kilométrage à 0,82 \$, il y a des hausses au niveau du remboursement des frais de ressourcement auquel le médecin, bénéficiant d'un séjour de ressourcement ou de perfectionnement, a droit (article 5, paragraphe 5.3) :

- Le montant de 371 \$ remboursable au médecin rémunéré selon tout autre mode que les honoraires fixes est augmenté à **402 \$** (alinéa a) du paragraphe 5.3);
- Hausse de l'allocation forfaitaire journalière pour la compensation de frais de séjour (logement, repas et autres frais) de 180 \$ à **204 \$** (alinéa c) du paragraphe 5.3).

c) Annexe XII-A - Rémunération différente dans les territoires non désignés

**Région 02 (Saguenay-Lac-st-Jean)** : ajout de l'article 5.00 pour inclure la partie non désignée du territoire de la région 02, **soit celle du Saguenay** donnant droit à une rémunération à 105 % pour le médecin qui dispense des services en cabinet ou dans un CLSC. Cette modification ne touche pas le médecin exerçant dans la localité de l'Anse Saint-Jean qui bénéficie déjà d'une majoration plus importante.

d) Mesures concernant l'Annexe XIX – Formation continue

- Malgré le fait que l'Annexe XIX prévoit l'octroi de 7 jours de formation par période de 12 mois de pratique active dans l'année précédant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, l'Amendement 95 permet au médecin nouvellement gradué **débutant** sa pratique au sein du régime d'assurance maladie du Québec de se prévaloir, au cours de cette même année et également au cours de l'année civile suivante, de journées de formation au prorata de ses mois de pratique durant l'année civile en cause. Ce médecin doit répondre aux conditions d'admissibilité prévues.
- Hausse de l'allocation forfaitaire quotidienne de 300 \$ à **336 \$**; le montant pour la formation prise en demi-journée demeure à 150 \$.

e) E.P. relative aux unités de médecine familiale (UMF)

L'Amendement n° 95 ajoute l'article 7.00 portant sur la **formation continue** (voir texte paraphé, partie II, pages 2 et 3/6).

**À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007**, tout médecin détenant une nomination d'un établissement responsable d'une UMF adhérente à l'E.P. relative aux unités de médecine familiale (UMF) est admissible à se prévaloir d'une mesure additionnelle de la formation continue.

- Le comité paritaire alloue à chaque UMF, une banque de journées de formation continue par période annuelle d'application débutant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. L'annexe 1 sera mise à jour pour inclure le nombre de jours de formation continue attribué à chaque établissement. La répartition de ces journées de formation, entre les médecins, relève du chef de l'unité de médecine familiale.
- Cette banque est basée sur l'octroi de 5 jours par année par médecin équivalent temps plein.
- Les cours de formation doivent être approuvés par le chef de l'unité de médecine familiale.
- Quel que soit son mode de rémunération (tarif horaire, honoraires fixes ou à l'acte), le médecin bénéficiant de journées de formation a droit à une allocation forfaitaire quotidienne de 336 \$ ou de 150 \$ lorsque ces journées sont prises en demi-journées. La journée de formation comporte un minimum de 6 heures divisibles en demi-journées ayant un minimum de 3 heures (paragraphe 7.05, voir texte paraphé joint).
- Le médecin qui bénéficie déjà de mesures de perfectionnement prévues à l'Annexe VI de l'Entente ou de mesures de ressourcement prévues à l'Annexe XII de l'Entente peut, pour une activité donnée, opter pour l'une ou l'autre des mesures.

- Le médecin qui se prévaut de l'allocation forfaitaire de formation continue et qui bénéficie par ailleurs des mesures de ressourcement prévues à la section II de l'Annexe XII, a droit également au remboursement de ses frais selon certaines modalités prévues au paragraphe 7.06.
- Pour obtenir le remboursement de l'allocation forfaitaire, vous devrez soumettre les pièces justificatives suivantes au plus tard 3 mois après la prise de la formation ou lors de votre facturation :
  1. l'attestation de présence signée par le responsable officiel du cours contenant tous les renseignements nécessaires (organisme responsable, dates, durée de l'activité de formation, catégories de crédits attribués). Cette attestation vous est remise sur place lors du cours;
  2. l'approbation du chef de l'UMF relativement au cours de formation en cause.

***Veillez noter que la RAMQ transmettra ultérieurement, à chaque responsable des UMF adhérentes à la présente entente particulière, les renseignements nécessaires pour que les médecins concernés puissent se prévaloir de la formation continue.***

f) E.P. relative à la garde en disponibilité

La rémunération de la garde en disponibilité de 20 h à 24 h du lundi au vendredi inclusivement apporte les modifications suivantes aux différentes gardes rémunérées en vertu de l'entente particulière :

- Garde en disponibilité la semaine (paragr. 3.02) : une nouvelle plage horaire **de 20 h à 24 h** s'ajoute à celle de 0 h à 8 h pour la garde en disponibilité la semaine du lundi au vendredi inclusivement, autre qu'un jour férié (aucun nouveau code, voir les avis modifiés sous l'article 19 en Partie II, pages 3, 4, 5 et 6/6).
- Garde en disponibilité en CHSGS et en CHSP (paragr. 6.06) : pour la garde durant la semaine, le médecin peut se voir allouer au plus **3** forfaits par jour. Le nombre de forfaits quotidiens alloués à un médecin la fin de semaine (au plus 6 forfaits, code **09847**) et la semaine du lundi au vendredi, autre qu'un jour férié (code **19057**) **exclut** désormais ceux alloués pour l'obstétrique.
- Forfait en obstétrique en CHSGS et en CHSP (sous-paragr.6.07.2) : ce forfait (codes **19058 et 09705**) est divisible sur base horaire.
- Garde en disponibilité au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle (sous-paragr. 7.03.1): la garde régionale (code d'acte **19088**) en semaine du lundi au vendredi inclusivement autre qu'un jour férié, couvre également la plage horaire **de 20 h à 24 h** en plus de celle de 0 h à 8 h. De plus, le forfait relié à la garde régionale (codes **19087 et 19088**) est maintenant divisible sur base horaire.
- Nombre de forfaits alloués en fonction de la nouvelle plage horaire : pour obtenir le nombre réel de forfaits en fonction de cette nouvelle plage horaire **en semaine**, il faut multiplier le nombre actuel de forfaits par le facteur 1.5. Par exemple, un établissement qui a présentement 3 forfaits quotidiens **en semaine** se verra octroyer dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, un nombre de 4.5 forfaits. Dès que les annexes concernées (annexes I et IV) seront mises à jour, elles seront déposées dans notre site Internet. Ceci ne concerne pas l'annexe III qui intégrera ces modifications au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

## 2. Rappel sur le déplafonnement au 1<sup>er</sup> décembre 2006

Nous vous informions dans le [communiqué 063 du 28 septembre 2006](#) des nouvelles dispositions de l'Annexe IX concernant des ajouts aux services non soumis au plafonnement à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2006 (paragr. 5.3 de l'Annexe IX, voir texte paraphé au complet dans le communiqué précité). Nous attirons votre attention sur l'alinéa 1) dont le texte, modifié par rapport à la version transmise dans le communiqué 063, se lit dorénavant comme suit :

- 1) Pour les quatre (4) trimestres commençant le 1<sup>er</sup> mars de chaque année, toute la rémunération du médecin qui a inscrit, au 31 décembre précédant ce 1<sup>er</sup> mars, au moins deux cents (200) patients vulnérables qui, à partir du 31 décembre 2007, doivent être actifs selon les dispositions apparaissant au premier alinéa du paragraphe 5.01 F) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle;

De plus, nous reproduisons l'alinéa 2) du paragr. 5.3 de l'Annexe IX et nous vous prions de noter l'avis administratif qui est inscrit sous cet alinéa.

- 2) La rémunération versée en vertu de l'entente particulière relative à la prise en charge et suivi de la clientèle, la rémunération de tous les services dispensés à un patient inscrit par le médecin auprès duquel il est inscrit dans le cadre de la même entente ainsi que la rémunération versée en vertu de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF);

**AVIS:** *Toutes les dates de service inscrites sur une demande de paiement doivent être égales ou postérieures à la date effective d'inscription du patient vulnérable. Vous devez utiliser une autre demande de paiement pour tout service rendu à une date antérieure à l'inscription.*

Par ailleurs, tenant compte que la première année d'application de la nouvelle entente en sera une de rodage, nous désirons apporter les précisions suivantes relativement à l'inscription des 200 patients vulnérables :

- **Exceptionnellement**, la première année d'application du déplafonnement s'appliquera sur **5 trimestres** soit :
  - 1<sup>er</sup> : du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 28 février 2007;
  - 2<sup>e</sup> : du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 mai 2007;
  - 3<sup>e</sup> : du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 31 août 2007;
  - 4<sup>e</sup> : du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 30 novembre 2007;
  - 5<sup>e</sup> : du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 29 février 2008.
- La Régie procédera à l'évaluation du nombre de patients inscrits pour chaque médecin en fonction de l'information qui lui a été transmise au 31 décembre 2006.
- Si votre nombre de patients **inscrits** est d'au moins 200 en date du 31 décembre 2006, la Régie appliquera pour ces 5 trimestres, le déplafonnement sur toute votre rémunération. Il est à noter que les patients vulnérables en GMF sont considérés au même titre que les patients vulnérables hors GMF.

- Si vous n'avez pas encore atteint le nombre de 200 patients **inscrits** en date du 31 décembre 2006, les parties conviennent de tenir compte des augmentations apportées au nombre de vos patients inscrits au cours de l'année 2007. Lorsque le nombre de 200 sera atteint, l'exclusion de votre rémunération de l'application du plafond trimestriel s'appliquera à compter du trimestre suivant et pour les trimestres subséquents; le dernier trimestre visé par cette procédure d'exception étant celui se terminant le 29 février 2008.

### 3. Renseignements administratifs

- a) **Mise à jour** du texte sur les autorisations requises pour les services médicaux non disponibles au Québec ni au Canada et les services médicaux disponibles au Canada, mais pas au Québec – Manuel de facturation

Veillez prendre note que les pages A-34 et A-35 du Préambule général de votre manuel de facturation seront modifiées lors de la prochaine mise à jour électronique prévue en janvier 2007 (MAJ 56). Il est à noter que seul le libellé est modifié, le contenu demeurant le même.

- b) **Ajout** du nouveau message explicatif 142

**142** Nos fichiers indiquent qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Extraits de l'Amendement n° 95](#)

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et  
Agences commerciales de traitement de données

**Extraits de l'amendement n° 95**  
**Dispositions prenant effet le 1<sup>er</sup> janvier 2007**

1. L'entente générale est modifiée de la façon suivante :
  - C) En remplaçant au paragraphe 30.05 le taux de 0,72 \$ par celui de 0,82 \$.
5. L'annexe XII de l'Entente « **Concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé** » est modifiée de la façon suivante :
  - B) En remplaçant au paragraphe 2.4 de la section II le taux de 0,72 \$ par celui de 0,82 \$.
  - C) En remplaçant l'alinéa a) du paragraphe 5.3 de la section II par le suivant :

« a) un montant de quatre cent deux (402 \$). Le médecin rémunéré à honoraires fixes reçoit son traitement; »
  - D) En remplaçant l'alinéa c) du paragraphe 5.3 de la section II par le suivant :

« c) une allocation forfaitaire de deux cent quatre (204 \$) par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas, et autres frais); »
6. L'annexe XII-A de l'Entente est modifiée en ajoutant l'article suivant :

« 5. Sous réserve de l'article 2 ci-dessus, 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 en cabinet ou dans un CLSC de la région du Saguenay-Lac-St-Jean pour la partie de son territoire non désigné. »
8. L'annexe XIX de l'Entente intitulée « **Programme de formation continue** » est modifiée de la façon suivante :
  - A) En remplaçant son paragraphe 3.02 par le suivant :

« **3.02** Le médecin a droit à sept (7) journées de formation par période de douze (12) mois de pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec dans l'année précédant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Malgré ce qui précède, le médecin peut, au cours de l'année où il débute sa pratique au sein du régime d'assurance maladie et au cours de l'année civile qui suit, se prévaloir des journées de formation prévues à la présente annexe. Le nombre de ces journées est déterminé selon le prorata des mois de pratique du médecin durant l'année civile en cause.

Les journées de formation non utilisées au cours de l'année civile pour laquelle elles sont attribuées ne peuvent être utilisées au cours de l'année ou des années subséquentes. »
  - B) Remplacer le paragraphe 4.01 par le suivant :

« **4.01** Le médecin qui bénéficie des journées de formation continue conformément à la présente annexe reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 336 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$. »

**AVIS:** Remplir le formulaire n° 3814 « Demande de remboursement – Programme de formation continue », en inscrivant les renseignements pertinents et le transmettre à l'adresse précisée dans le formulaire. Joindre l'attestation signée (voir paragraphe 6.02).

À noter que le formulaire n° 3814 est disponible dans notre site Internet. Ne pas oublier de nous transmettre l'original de ce formulaire.

**9. L'entente particulière relative aux unités de médecine familiale est modifiée de la façon suivante**

**A)** Le paragraphe 1.02 est remplacé par le suivant :

« **1.02** L'annexe I ci-jointe contient la liste des établissements qui exploitent un centre ayant une unité de médecine familiale et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour chaque établissement, le nombre d'heures alloué pour les services de supervision, le nombre d'heures alloué pour les activités académiques ainsi que le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la présente entente. »

**B)** L'article 7.00 suivant est ajouté :

« **7.00 Formation continue**

**7.01** Est admissible à se prévaloir des dispositions du présent article tout médecin qui détient une nomination de l'établissement responsable de l'unité de médecine familiale adhérente à la présente entente.

**7.02** Les cours de formation admissibles aux présentes dispositions doivent répondre aux conditions apparaissant à l'article 2.00 de l'annexe XIX de l'Entente relative au Programme de formation continue et être approuvés par le chef de l'unité de médecine familiale. Certaines activités de formation pertinentes ne répondant pas aux conditions de l'article 2 de l'annexe XIX pourront être également admissibles avec l'approbation du chef de l'UMF.

**7.03** Une banque de journées de formation, sur la base de cinq (5) journées de formation continue par médecin en équivalent temps complet, est allouée à chaque UMF par période annuelle d'application débutant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente détermine le nombre alloué à chaque UMF.

**7.04** Le chef de l'unité de médecine familiale est responsable de la répartition entre les médecins des journées de formation allouées à l'unité de médecine familiale.

**7.05** La journée de formation visée par les présentes dispositions comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

**7.06** Quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui bénéficie de journées de formation continue selon les présentes dispositions reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 336 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$. Le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente pour sa pratique dans l'UMF a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

- a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum une (1) fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, sous réserve des dispositions des paragraphes 5.2 et 5.3 de la section II de l'annexe XII, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

- b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3, alinéa c), de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

**7.07** Le médecin qui bénéficie des journées de formation prévues par les présentes dispositions doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée au paragraphe précédent, fournir à la Régie les pièces justificatives au plus tard trois (3) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation. Les pièces justificatives sont :

- a) l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu du paragraphe 7.02 ci-dessus. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés;
- b) l'approbation du chef de l'unité de médecine familiale relativement au cours de formation en cause. »

C) L'article 7.00 devient l'article 8.00.

**19. L'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité** est modifiée de la façon suivante :

B) En remplaçant le paragraphe 3.02 par le suivant :

**« 3.02 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 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;
- qu'à compter de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement. »

**AVIS:**

<b>CSSS, CHSLD, CR (Annexe I)</b>				<b>CLSC du Réseau de garde intégré (Annexe II)</b>			
<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>		<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>	
<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>
19059	79,43 \$	09856	79,43 \$	19069	52,95 \$	19070	52,95 \$
19060	52,95 \$	09857	52,95 \$				
19061	26,48 \$	09727	26,48 \$				
<i>Divisible sur base horaire</i>				<i>Divisible sur base horaire</i>			

<b>CHSGS et CHSP (Annexe III)</b>				<b>CHSGS et CHSP (Annexe III)</b>			
<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>		<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>	
<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>
19057	52,95 \$	09847	52,95 \$	19058 (o)	52,95 \$	09705 (o)	52,95 \$
<i>Non divisible</i>				<i>Divisible sur base horaire</i>			

<b>Centres désignés au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle (Annexe IV)</b>							
<i>Garde régionale</i>				<i>Garde sous-régionale</i>			
<i>En semaine (autre qu'un jour férié)</i>		<i>Fin de semaine et jours fériés</i>		<i>Toute la semaine, du lundi 8 h au lundi suivant 8 h</i>			
<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>	<i>Code</i>	<i>Forfait</i>		
19088	26,48 \$	19087	26,48 \$	19089	51,00 \$		
<i>Divisible sur base horaire</i>				<i>Non divisible</i>			

Veillez noter que l'avis sous le paragraphe 5.02.3 est modifié pour tenir compte de cette nouvelle plage horaire en semaine :

**AVIS (sous 5.02.3 :**

Veillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :

En semaine du lundi au vendredi de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h, autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « **Actes** » le code d'acte approprié par quart de 8 heures de garde :
  - le code **19059** (forfait majoré), honoraires de **79,43 \$**;
  - le code **19060** (forfait régulier), honoraires de **52,95 \$**;
  - le code **19061** (forfait réduit), honoraires de **26,48 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Fin de semaine du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « **Actes** »
  - le code **09856** (forfait majoré), honoraires de **79,43 \$**;
  - le code **09857** (forfait régulier), honoraires de **52,95 \$**;
  - le code **09727** (forfait réduit), honoraires de **26,48 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Par ailleurs, l'avis sous le paragraphe 5.02.4 (CLSC du réseau de garde intégré) demeure inchangé :

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

En semaine du lundi au vendredi entre 20 h et 8 h ou, le cas échéant, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement, autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19069** dans la section « **Actes** »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Fin de semaine du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h, et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19070** dans la section « Actes »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Lors de gardes simultanées, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement. Précisez dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

C) En remplaçant son paragraphe 6.06 par le suivant :

« **6.06** En vertu du présent article de la présente entente, un médecin peut se voir allouer quotidiennement au plus six (6) forfaits de garde en disponibilité par jour de fin de semaine ou par journée fériée et au plus trois (3) forfaits les jours de semaine, soit du lundi au vendredi exclu, le cas échéant, ceux alloués spécifiquement pour l'obstétrique en vertu du paragraphe 6.07. »

D) En remplaçant son paragraphe 6.07.2 par le suivant :

« **6.07.2** Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures. Il est divisible en heures. »

Veillez noter que l'avis sous le paragraphe 6.07.4 est modifié par le suivant :

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

**Garde en disponibilité :**

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « Actes »
  - le code **19057** En semaine du lundi au vendredi de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h, autre qu'un jour férié; ou
  - le code **09847** Fin de semaine du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés));
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX3** (ou **0XXX8** pour les CHSP désignés);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

**Garde en disponibilité en obstétrique :**

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section « Actes »
  - le code **19058** En semaine du lundi au vendredi de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h, autre qu'un jour férié; ou
  - le code **09705** Fin de semaine du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h, et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés));
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX3** (ou **0XXX8** pour les CHSP désignés);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

E) En remplaçant le premier alinéa du sous-paragraphe 7.03.1 par le suivant :

« Dans le cas où l'agence opte pour la mise en place sur son territoire d'une garde régionale assurée à partir d'un seul et unique centre désigné, le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits par quart de garde de huit (8) heures, additionné de la rémunération à l'acte prévue à l'entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période, sous réserve de l'alinéa suivant. Le montant du forfait est de 26,48 \$ à compter du 1<sup>er</sup> juin 2006, de 27,00 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007, de 27,55 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2008 et de 28,10 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

Le forfait prévu dans l'alinéa précédent est divisible en heures. » \*\*

\*\* Pour l'article 19 E), seul le deuxième alinéa prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

F) En remplaçant le dernier alinéa de son sous-paragraphe 7.03.01 par le suivant :

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

- qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h.
- qu'à compter de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement. »

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

*Fin de semaine du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19087** dans la section « **Actes** »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

*En semaine du lundi au vendredi de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h; autre qu'un jour férié :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code **19088** dans la section « **Actes** »;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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