



Modification 63 à l'Accord-cadre

Introduction

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de la Modification 63 à l'Accord-cadre.

La Modification 63 concerne les éléments suivants :

L'annexe 1 est modifiée pour apporter des précisions quant à la non application de l'entente au médecin détenant un certificat de spécialiste en médecine de famille.

Le préambule général et les addenda 1 (médecine), 4 (chirurgie) et 9 (génétique médicale) sont modifiés.

Une règle concernant la validation de prescription d'une analyse de biologie médicale non disponible au Québec est ajoutée au préambule général de la médecine de laboratoire.

Quelques nouveaux codes d'acte ont été créés et des notes ont été ajoutées ou modifiées.

Une lettre d'entente est abrogée, de nouvelles ont été adoptées et certaines ont été modifiées.

Les annexes 30 (services hospitaliers psychiatriques en réadaptation lourde), 38 (rémunération mixte), 41 (centres de traitement de la douleur chronique) et 44 (développement professionnel et maintien des compétences) ont été modifiées.

Finalement, quatre nouveaux protocoles d'accord ont été adoptés et deux ont été modifiés.

Documents de référence

[Partie I](#) Textes officiels

[Partie II](#) Nouveaux codes d'actes, changements de tarifs, changements de libellés, notes et modificateurs

Sommaire

1. Changements apportés aux dispositions générales (annexe 1). 2
2. Changements apportés aux règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (annexe 4)..... 3
3. Changements apportés aux règles de tarification de la médecine de laboratoire (annexe 5) 4
4. Changements apportés au tarif de la médecine et de la chirurgie (annexe 6)..... 5
5. Ajouts et changements aux lettres d'entente (annexe 11) 5
6. Changements apportés à l'entente auxiliaire concernant les services hospitaliers psychiatriques en réadaptation lourde (annexe 30) 10
7. Changements apportés au mode de rémunération mixte (annexe 38). 11
8. Changements apportés à la rémunération dans les centres de traitement de la douleur chronique (annexe 41)..... 13
9. Changements apportés au programme de développement professionnel et de maintien des compétences (annexe 44)..... 14
10. Protocoles d'accord 14

À NOTER

À moins d'avis contraire, les changements introduits par la Modification 63 prennent effet le 1^{er} octobre 2012. **La Régie sera prête à recevoir votre facturation à compter du 2 octobre 2012.** Lorsque des nouvelles dispositions prennent effet de façon rétroactive, la Régie vous alloue trois mois à compter de la date de la présente infolettre pour facturer.

1. Changements apportés aux dispositions générales (annexe 1)

◆ BROCHURE 1 → ANNEXE 1

1.1 Modification à l'article 2 – Application

L'article 2.2 est remplacé par le suivant :

2.2 Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

- le médecin spécialiste qui est fonctionnaire et auquel la Loi sur la fonction publique impose un service exclusif;
- le médecin spécialiste qui fait partie du personnel cadre d'un établissement selon un contrat plein temps. On ne considère pas comme membre du personnel cadre le chef d'un département clinique;
- le médecin spécialiste dont le seul certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec est un certificat de spécialiste en médecine de famille;
- le médecin spécialiste qui détient plus d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec et dont le dernier certificat obtenu en est un de spécialiste en médecine de famille, lequel lui a été délivré postérieurement au 1^{er} janvier 2012, au plus tard un (1) an après qu'il eût complété la formation postdoctorale requise pour l'obtention de ce dernier certificat.

Date de prise d'effet : **25 novembre 2010.**

1.2 Modification à l'article 14 – Demande de révision

L'article 14.2 est modifié en remplaçant la référence à « soixante » au deuxième paragraphe par « quatre-vingt-dix ».

Le délai alloué à la Régie pour statuer sur une demande de révision et communiquer sa décision au médecin passe de 60 à 90 jours.

Soyez assurés que la Régie continuera à traiter les demandes de révision dans les meilleurs délais.

Date de prise d'effet : **À la date de signature de la Modification 63.**

2. Changements apportés aux règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (annexe 4)

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS A, B ET E

2.1 Modifications au *Préambule général*

2.1.1 Le troisième paragraphe de la règle 5.7 est remplacé par le suivant :

Dans une unité de soins de néonatalogie, un maximum d'unités de visite peut être réclamé, par patient, entre 7 heures et 19 heures, par l'ensemble des médecins classés en pédiatrie. Pour un patient qui n'est pas sous respirateur, ce maximum est de trois (3) unités de visite. Pour un patient sous respirateur, ce maximum est de cinq (5) unités de visite.

FACTURATION

La Régie vous demande de retenir votre facturation jusqu'à ce que les instructions pertinentes vous soient fournies dans une prochaine infolettre.

2.1.2 L'article 21.2 est remplacé par le suivant :

21.2 Celui qui a qualification de spécialiste dans plus d'une discipline, est classé en fonction de son certificat le plus récent.

Toutefois, les médecins ayant obtenu un certificat de spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie après le 25 novembre 2010 et qui détenaient déjà un certificat dans une surspécialité de la médecine interne ou de la pédiatrie demeurent classés dans cette surspécialité antérieure.

Date de prise d'effet : **25 novembre 2010.**

2.2 Modification à l'*Addendum 1 – Médecine*

2.2.1 La règle 4 est remplacée par la suivante :

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale

La visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale est la visite que le médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie médicale effectue, en hospitalisation ou en externe, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ. Elle inclut également la thérapie de communication, sauf lorsque effectuée auprès d'un patient de 14 ans et moins et pour une durée de 60 minutes ou plus.

Elle peut être facturée une fois par jour, par médecin, par patient.

Elle remplace la visite de contrôle.

2.3 Modification à l'Addendum 4 – Chirurgie

2.3.1 Le troisième paragraphe de la règle 2.8 est remplacé par le suivant :

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe. En ophtalmologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale et pour la visite de contrôle d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

Date de prise d'effet : À la date de signature de la Modification 63.

2.4 Modification à l'Addendum 9 – Génétique médicale

2.4.1 La règle 4 est remplacée par la suivante :

RÈGLE 4.

PRESCRIPTION D'UNE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLE AU QUÉBEC

Lors d'une visite, le médecin généticien a droit à un supplément d'honoraires lorsqu'il prescrit une analyse de biologie médicale non disponible au Québec.

Le médecin généticien prescripteur réclamant ce supplément doit préciser les tests requis et compléter la première partie du formulaire prévu à cet égard.

Date de prise d'effet : 1^{er} décembre 2011.

L'avis sous l'article 4 est remplacé par le suivant :

AVIS : Voir les codes d'acte 09005, 09010, 09018 et 09025 sous le présent onglet.

3. Changements apportés aux règles de tarification de la médecine de laboratoire (annexe 5)

MANUEL DES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT → ONGLET *ENTENTE – PRÉAMBULE GÉNÉRAL*

3.1 Modification au *Préambule général*

La règle 8 suivante est ajoutée :

RÈGLE 8.

VALIDATION DE PRESCRIPTION D'UNE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLE AU QUÉBEC

8.1 Suite à la prescription d'une analyse de biologie médicale non disponible au Québec, le médecin de laboratoire désigné et qui est appelé à valider cette demande a droit à l'honoraire prévu à ce titre.

70004 Validation et approbation d'une demande d'analyse de biologie médicale non disponible au Québec, avec rédaction du rapport AH612..... **75 \$**

Lorsque le médecin approuve la demande, il doit compléter la deuxième partie du formulaire. Dans le cas contraire, il doit y inscrire l'annulation de celle-ci.

Le médecin ne peut réclamer l'honoraire de validation d'une analyse de biologie médicale à l'égard d'une demande qu'il a lui-même prescrite.

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :
- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT ;
- le code d'acte **70004** dans la case ACTES ;
- inscrire le rôle 1.

Date de prise d'effet : **1^{er} décembre 2011**.

4. Changements apportés au tarif de la médecine et de la chirurgie (annexe 6)

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS B, C, DET F

Cinq nouveaux codes d'acte ont été créés. Des notes ont été créées ou modifiées. Le libellé d'un acte a été modifié. Des unités en rôle 2 ont été ajoutées à quatre codes d'acte. Des modificateurs ont été créés et un autre est aboli. Voir la [partie II](#) de l'infolettre.

Date de prise d'effet : **1^{er} octobre 2012**, à l'exception des changements apportés à la note apparaissant à la page C-24 sous le code **00734**, aux pages C-25, C-59, à la page D-12, lesquels prennent effet le **1^{er} avril 2012** et à la page C-70, lesquels prennent effet au **1^{er} février 2012**.

De plus, malgré ce qui avait été annoncé dans le cadre de la Modification 59 (infolettre n° 225 du 29 décembre 2011), les changements apportés à la page T-5 (codes d'acte **07037** et **07056 à 07060**) prennent effet le **24 mai 2011**.

5. Ajouts et changements aux lettres d'entente (annexe 11)

◆ BROCHURE 1 → ANNEXE 11

5.1 Nouvelles lettres d'entente

Note : Les textes officiels de ces nouvelles lettres d'entente ainsi que les instructions de facturation pertinentes, s'il y a lieu, se trouvent à la [partie I](#) de l'infolettre.

5.1.1 Lettre d'entente A-84 concernant les frais de déplacement du docteur Jean-Claude Delifer, pédiatre.

Un montant forfaitaire est accordé au docteur Delifer en compensation de ses frais et temps de déplacement pour la période de janvier à novembre 2010.

5.1.2 Lettre d'entente n° 182-A concernant les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires pour l'année 2012

Un montant forfaitaire est versé trimestriellement aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat (annexe 16) en lien avec les coûts des régimes d'assurance complémentaires obligatoires pour l'année 2012.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2012.**

5.1.3 Lettre d'entente n° 192 concernant les nouvelles spécialités médicales reconnues par le Collège des médecins du Québec

Des travaux sont actuellement en cours afin de déterminer les modalités de rémunération des médecins certifiés dans les nouvelles spécialités. Ainsi, les parties négociantes ont dû convenir de reconnaître des spécialités de classement aux fins de rémunération des médecins visés.

Nouvelle spécialité reconnue	Spécialité de classement
Chirurgie colorectale	Chirurgie générale
Chirurgie générale oncologique	Chirurgie générale
Chirurgie générale pédiatrique	Chirurgie générale
Chirurgie thoracique	Chirurgie générale
Chirurgie vasculaire	Selon la dernière certification obtenue avant celle de la chirurgie vasculaire, et ce, jusqu'à l'adoption de dispositions propres à cette spécialité
Hématologie/oncologie pédiatrique	Hématologie-oncologie
Maladies infectieuses – adulte	Microbiologie-infectiologie
Maladies infectieuses – enfant	Selon la dernière certification obtenue avant celle de maladies infectieuses – enfant
Médecine de l'adolescence	Pédiatrie
Médecine de soins intensifs – adulte	Selon la dernière certification obtenue avant celle de la médecine de soins intensifs
Médecine de soins intensifs – pédiatrique	Selon la dernière certification obtenue avant celle de la médecine de soins intensifs
Médecine d'urgence pédiatrique	Pédiatrie
Médecine du travail	Santé communautaire
Médecine maternelle et fœtale	Obstétrique et gynécologie

Nouvelle spécialité reconnue	Spécialité de classement
Médecine néonatale et périnatale	Pédiatrie
Neuropathologie	Anatomo-pathologie
Oncologie gynécologique	Obstétrique et gynécologie
Pathologie générale	Anatomo-pathologie
Pathologie hématologique	Anatomo-pathologie
Pathologie judiciaire	Anatomo-pathologie

5.1.4 Lettre d'entente n° 193 concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec

Pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 31 mars 2015, les parties négociantes ont convenu qu'un montant annuel est alloué afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec.

Date de prise d'effet : **1^{er} juillet 2011.**

5.1.5 Lettre d'entente n° 194 concernant la mise en application du protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes dispensant des services de télémédecine

Les parties négociantes ont convenu d'une enveloppe budgétaire allouée au financement du Protocole d'accord concernant la télémédecine et conviennent d'évaluer à chaque année les coûts réels associés à celui-ci.

5.1.6 Lettre d'entente n° 195 concernant la mise en application du protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique

Les parties négociantes ont convenu d'une enveloppe budgétaire allouée au financement du Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique et conviennent d'évaluer à chaque année les coûts réels associés à celui-ci.

5.1.7 Lettre d'entente n° 196 concernant la mise en place des augmentations tarifaires et mesures ciblées à l'entente des médecins spécialistes

Par cette lettre d'entente, les parties négociantes déterminent les enveloppes budgétaires nécessaires à la mise en place de certaines mesures ciblées et des augmentations tarifaires prévues lors du renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Les mesures ciblées par les parties négociantes et citées à cette lettre d'entente sont les suivantes :

- La rémunération des chefs de département, de service et de programme;
- les activités médico-administratives et d'enseignement des médecins;
- la rémunération des activités de télémédecine;

- la rémunération des consultations téléphoniques;
- la participation des médecins aux divers comités ministériels et organismes nationaux;
- la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie;
- la mise en place de modalités pour favoriser l'accueil clinique;
- la mise en place formelle de corridors de service;
- la mise en place de mesures visant à favoriser les activités de prélèvements et de dons d'organes;
- la prise en charge continue des malades aux soins intensifs;
- l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés;
- la médecine de laboratoire;
- le vieillissement de la population;
- la lutte contre le cancer;
- la modification de certaines modalités d'application du mode de rémunération mixte.

5.2 Lettres d'entente modifiées

5.2.1 Lettre d'entente A-73 concernant les activités accomplies par certains médecins microbiologistes infectiologues au sein du Laboratoire de santé publique du Québec

L'article 1 est remplacé par le suivant :

« 1. Les parties négociantes peuvent autoriser l'application des modalités de rémunération prévues à l'ADDENDUM 5 – MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE au médecin microbiologiste infectiologue dont la charge professionnelle en laboratoire est accomplie en totalité ou en partie au sein du LSPQ. Le LSPQ est alors considéré, selon le cas, comme l'établissement principal du médecin ou un établissement sujet à un forfait de desserte.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2012.**

5.2.2 Lettre d'entente n° 134

L'article 2 est remplacé par le suivant :

« 2. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les établissements visés sont les suivants :

- Hôpital de Chicoutimi
- CSSS de Trois-Rivières – Pavillon Saint-Joseph
- CSSS de Trois-Rivières – Pavillon Sainte-Marie
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- Hôpital Sainte-Croix
- Centre régional de santé mentale (CSSS de l'Énergie)
- Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
- Centre hospitalier Pierre-Janet
- Hôpital de Gatineau
- Hôpital de Hull
- Hôpital de Papineau
- Hôpital Memorial de Wakefield

- Hôpital de Saint-Georges
- Hôpital de Thetford Mines
- Hôpital de Montmagny
- CH régional de Lanaudière
- Hôpital régional de Saint-Jérôme
- Hôpital de Saint-Eustache
- CH Anna-Laberge
- Hôpital du Suroît
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Hôtel-Dieu de Sorel »

Date de prise d'effet : **À la date de signature de la Modification 63.**

5.2.3 Lettre d'entente n° 172 concernant la rémunération de certaines activités médicales effectuées par les médecins spécialistes

Les articles 1.4, 1.5, 1.9 et 2 sont remplacés par les suivants :

1.4 Évaluation médicale en vue d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin psychiatre ou gériatre en vue de l'émission d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement par un tribunal. Cette évaluation porte sur l'aptitude de la personne à consentir ainsi que sur le fait que l'état de santé du patient requiert la dispensation de ces soins.

98003 Évaluation – Ordonnance de traitement/hébergement..... 900 \$

1.5 Évaluation médicale en vue du suivi d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement.

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin psychiatre ou gériatre sur ordonnance d'un tribunal ayant émis une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement assortie d'une obligation de suivi périodique par le médecin traitant.

Cette tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport et sa remise au CMDP.

98004 Évaluation – Suivi d'ordonnance 150 \$

1.9 Évaluation psychiatrique relative à une mesure de protection (tutelle ou curatelle)

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin psychiatre dans le but de l'instauration d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle) ou de la modification de celle-ci et ayant pour objectif de déterminer l'aptitude d'une personne à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens.

La tarification de l'évaluation comprend la rédaction du rapport.

98009 Évaluation psychiatrique – **Mesure de protection**500 \$

Le médecin qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour la même personne, le paiement des services codés **09825** et **09826**.

2. Le médecin psychiatre **ou gériatre** qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif afin de faire suite à un rapport d'évaluation a droit à une rémunération de 1 000 \$ par demi-journée de disponibilité. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata. »

5.2.4 Lettre d'entente n° 181 concernant les nouvelles spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialistes

L'article 3 suivant est ajouté :

3. Les médecins ayant obtenu un certificat de spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie après le 25 novembre 2010 et qui détenaient déjà un certificat dans une surspécialité de la médecine interne ou de la pédiatrie demeurent classés dans cette surspécialité antérieure.

Date de prise d'effet : **25 novembre 2010**.

5.3 Lettre d'entente abrogée

La Lettre d'entente n° 162 concernant le projet de télésanté entre le CSSS du Nord de Lanaudière – CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan est abrogée.

Conséquemment, le code d'activité **065149** utilisé en rémunération mixte dans le cadre de cette lettre d'entente et le modificateur **011** sont **abolis** en date du 30 septembre 2012.

6. Changements apportés à l'entente auxiliaire concernant les services hospitaliers psychiatriques en réadaptation lourde (annexe 30)

◆ BROCHURE 1 → ANNEXE 30

L'entente auxiliaire est modifiée de la façon suivante :

Les références à « Institut de réadaptation de Montréal » et « IRM » sont **remplacées** respectivement par « Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal » et « IRGLM ».

Date de prise d'effet : **1^{er} juillet 2012**.

L'institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal étant le produit de la fusion de l'Institut de réadaptation de Montréal et de l'Hôpital de réadaptation Lindsay, les modalités prévues à l'annexe 30 sont maintenant applicables au Pavillon Lindsay (0409X). Ainsi, les codes d'acte **09084** (évaluation hebdomadaire), **09085** (plan d'intervention individualisée) et **09086** (évaluation médico-handicap) pourront y être facturés rétroactivement au 1^{er} juillet 2012 en rémunération mixte et à l'acte. Selon le modèle de rémunération mixte en psychiatrie, ces codes d'acte sont payables à 65 %.

Toujours selon le modèle de rémunération mixte en psychiatrie, les codes d'acte suivants sont maintenant payables à 65 % dans cet établissement, et ce, rétroactivement au 1^{er} juillet 2012 : **09060, 09094, 09150, 09160, 09162** et **09170**.

RÉVISION

Dans le cas des codes d'acte **09060, 09085, 09086, 09094, 09150, 09160, 09162** et **09170** qui ont déjà été payés à 60 % depuis le 1^{er} juillet 2012, et qui sont maintenant payables à 65 %, la Régie procédera à une révision.

7. Changements apportés au mode de rémunération mixte (annexe 38)

◆ BROCHURE 5 → ANNEXE 38

7.1 Limitations (art. 16.1)

L'article 16.1 est remplacé par le suivant :

16. LIMITATION

16.1 Le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui exercent dans un département, service ou secteur d'activité où s'applique ce mode, incluant ceux qui y exercent dans un contexte de remplacement ou, dans les cas spécifiques autorisés par les parties négociantes, ceux qui y exercent dans un contexte de support ou de pool de service.

Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle pour le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active, pour le médecin qui exerce dans un contexte de support ainsi que pour le médecin visé par l'*Annexe 16* de l'*Accord-cadre*, ce dernier pouvant plutôt conserver le mode de rémunération au salariat.

Également, une autre exception à cette règle s'applique pour le médecin qui exerce dans un établissement comportant plusieurs centres hospitaliers et où les modes de rémunération applicables dans une spécialité ne sont pas uniformes dans l'ensemble de ces centres hospitaliers. Ainsi, le médecin d'une discipline qui exerce de façon principale selon le mode de rémunération à l'acte dans un des centres hospitaliers d'un établissement peut demeurer rémunéré selon ce mode de rémunération lorsqu'il doit dispenser des services en urgence dans un autre centre hospitalier de cet établissement où le mode de rémunération mixte s'applique dans sa discipline. De même, le médecin d'une discipline qui exerce de façon principale selon le mode de rémunération mixte dans un des centres hospitaliers d'un établissement peut demeurer rémunéré selon ce mode de rémunération lorsqu'il doit dispenser des services en urgence dans un autre centre hospitalier de cet établissement où le mode de rémunération à l'acte s'applique dans sa discipline. De plus, les parties négociantes peuvent, sur désignation, permettre l'application de cette exception pour d'autres médecins qui exercent dans un contexte de support ou dans un contexte d'utilisation de plateaux techniques externes au sein d'autres centres hospitaliers.

Le médecin auquel s'applique le mode de rémunération mixte ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie que ceux prévus à la présente annexe.

Date de prise d'effet : **1^{er} janvier 2013**.

A NOTER

Ces changements apportés à la notion d'exclusivité du mode de rémunération mixte feront l'objet d'une prochaine infolettre.

7.2 Chirurgie générale

- Au deuxième paragraphe de la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 70 %, le service médical codé **05299** est **supprimé**.

Date de prise d'effet : **1^{er} avril 2012**.

7.3 Médecine interne

- À la liste des services médicaux visés par le supplément d'honoraires de 60 %, le service médical codé **00038** est **ajouté**.

Date de prise d'effet : **1^{er} mai 2009**.

RÉVISION

La date d'entrée en vigueur étant rétroactive au 1^{er} mai 2009, la Régie procédera à une révision. Vous n'avez pas à refacturer.

7.4 Rhumatologie

Sous le titre « Modalités particulières », les modifications suivantes sont apportées :

- La première phrase du premier paragraphe est modifiée comme suit :

En rhumatologie, **sous réserve du paragraphe suivant**, le mode de rémunération mixte s'applique, en tenant compte des modalités particulières prévues ci-après :

- Et le deuxième paragraphe suivant est ajouté :

Toutefois, les modalités prévues au premier paragraphe ne s'appliquent pas à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et à l'Hôpital de Montréal pour enfants. De plus, pour le médecin rhumatologue désigné par les parties négociantes et qui exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire, ces modalités ne s'appliquent également pas au cours d'une journée où il exerce en rhumatologie pédiatrique.

AVIS : Lorsque le médecin rhumatologue désigné par les parties négociantes exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire et qu'il a exercé en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée, inscrire le modificateur 176 ou son multiple afin d'être non soumis aux modalités particulières.

Le multiple du modificateur 176 est le suivant :

065 – 176 = MOD 271 (constante 1,1500)

Date de prise d'effet : 1^{er} septembre 2012.

8. Changements apportés à la rémunération dans les centres de traitement de la douleur chronique (annexe 41)

◆ BROCHURE 1 → ANNEXE 41

L'article 2 est remplacé par le suivant :

2. CENTRES DE DOULEUR CHRONIQUE

Les centres de douleur chronique reconnus par les parties négociantes aux fins du présent protocole sont les suivants :

Région 01 – Bas-Saint-Laurent

Hôpital régional de Rimouski

Région 02 – Saguenay Lac-Saint-Jean

Hôtel-Dieu de Roberval

Région 03 – Québec

CHUQ – Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval

CHAUQ – Hôpital de l'Enfant-Jésus

Région 04 – Mauricie et Centre-du-Québec

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières – Pavillon Sainte-Marie

Région 05 – Estrie

CHUS – Pavillon Fleurimont

Région 06 – Montréal

Hôpital Royal-Victoria

Hôpital de Montréal pour enfants

Hôpital général de Montréal

Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

Hôtel-Dieu du CHUM

Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux

Hôpital Sainte-Justine

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital de Verdun

Région 08 – Abitibi-Témiscamingue
Hôtel-Dieu d'Amos

Région 12 – Chaudières Appalaches
Hôtel-Dieu de Lévis

Région 16 – Montérégie
Hôpital Charles-Lemoyne
Hôpital Pierre-Boucher

Date de prise d'effet : 1^{er} janvier 2012.

RÉVISION

La date d'entrée en vigueur étant rétroactive au 1^{er} janvier 2012, la Régie procédera à une révision des demandes de paiement déjà reçues.

9. Changements apportés au programme de développement professionnel et de maintien des compétences (annexe 44)

◆ BROCHURE 1 → ANNEXE 44

L'article 4.2 i) est modifié de la façon suivante :

La référence à « et l'American Medical Association » est **supprimée** et la référence à « Tout autre organisme accréditeur désigné par les parties négociantes » est **remplacée** par « Tout autre prestataire désigné par les parties négociantes ».

L'organisme « American Medical Association » est retiré du texte de l'annexe 44, mais dans les faits il est inclus dans l'« Association Council for Continuing Medical Education » qui demeure l'organisme accréditeur reconnu pour les États-Unis dans cette annexe. Ainsi, toutes les demandes de l'« American Medical Association » déjà reçues sont acceptées et le demeureront dans l'avenir.

Date de prise d'effet : 1^{er} avril 2012.

10. Protocoles d'accord

◆ BROCHURE 1 → ONGLET *PROTOCOLES D'ACCORD*

10.1 Nouveaux protocoles d'accord

Note : Les textes officiels de ces nouveaux protocoles d'accord ainsi que les instructions de facturation pertinentes, s'il y a lieu, se retrouvent à la [partie I](#) de l'infolettre.

10.1.1 Protocole d'accord concernant la télémédecine

Ce nouveau protocole d'accord établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui dispense des services médicaux par le biais d'un moyen de télécommunication.

○ **DÉFINITIONS (art. 1)**

TÉLÉCONSULTATION (art. 1.1 a)

Les services de téléconsultation sont des services médicaux dispensés à distance par un médecin spécialiste consultant par l'intermédiaire de la vidéo interactive entre deux sites québécois reliés par le Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM).

Par services de téléconsultation, on entend les visites, les procédures diagnostiques et thérapeutiques prévues à l'Accord-cadre ou autres services ou examens identifiés par les parties négociantes.

Ces services sont dispensés à la suite d'une demande d'un site référant et nécessite la présence du patient et d'un médecin, d'un autre professionnel ou intervenant de la santé dans le site référant.

TÉLÉ-INTERPRÉTATION (art. 1.1 b)

Les services de télé-interprétation sont des services d'interprétation d'images, d'examens ou de tests dispensés à distance, par le biais d'un moyen de télécommunication.

Ces services sont réalisés sans la présence du patient. Si la présence du patient est requise, ces services sont alors considérés comme des services de téléconsultation prévus à l'article 1.1 a).

MÉDECIN SPÉCIALISTE CONSULTANT (art. 1.1 c)

Le médecin consultant est celui qui dispense, à distance, les services de téléconsultation ou de télé-interprétation.

MÉDECIN SPÉCIALISTE RÉFÉRANT (art. 1.1 d)

Le médecin référant est celui qui participe, dans un site référant, au service de téléconsultation ou de télé-interprétation dispensé par un médecin consultant, en présence du patient.

○ **ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES (art. 2)**

Seuls sont visés par le présent protocole, les services de téléconsultation et de télé-interprétation visés à l'article 1 dispensés par un médecin spécialiste consultant, ainsi que la participation d'un médecin spécialiste référant à ces services, le cas échéant.

○ **MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION (art. 3)**

MÉDECIN SPÉCIALISTE CONSULTANT (art. 3.1 et 3.2)

Pour un service de télé-interprétation, le médecin consultant est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement et prévues à l'Accord-cadre.

Pour un service de téléconsultation, le médecin consultant est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement, selon le secteur de l'établissement où se trouve le patient. S'y ajoute un supplément de 5 \$ (code d'acte **98105**) par tranche complète de 10 \$ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximum de 100 \$.

Les règles prévues à l'annexe 38 s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, le supplément payable en vertu de ce protocole d'accord est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

MÉDECIN SPÉCIALISTE RÉFÉRANT (art. 3.3)

Lors d'un service de téléconsultation, le médecin référant présent auprès d'un patient est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement, selon le secteur de l'établissement où se trouve le patient. S'y ajoute un supplément de 5 \$ (code d'acte **98106**) par tranche complète de 10 \$ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximum de 100 \$.

Les règles prévues à l'annexe 38 s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, le supplément payable en vertu de ce protocole d'accord est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

○ **MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION ADDITIONNELLE (art. 4)**

En plus de la rémunération prévue à l'article 3, lorsqu'un service de téléconsultation ou de télé-interprétation requérant la présence du patient, est interrompu ou prolongé en raison d'un problème technique, le médecin consultant et le médecin référant ont droit à un supplément de durée. Ce supplément est de 40 \$ (code d'acte **98107**) par période de 15 minutes. Un maximum de quatre suppléments est payable par jour, par médecin. Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, ce supplément est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

○ **RÉMUNÉRATION MAJORÉE (art. 5)**

Aux fins de l'application de l'annexe 19 :

Pour le médecin consultant, la rémunération majorée s'applique en fonction du lieu où il dispense le service et non celui où se situe le patient.

Pour le médecin référant, la rémunération majorée s'applique en fonction du lieu où il dispense le service et où se situe le patient.

○ **EXCLUSIONS (art. 6)**

Ne sont pas visés par ce protocole d'accord :

Les services dispensés par un médecin rémunéré selon le mode du salariat ou par un médecin classé en anatomo-pathologie ou en médecine nucléaire;

Les services de télémédecine demandés directement au médecin par le patient;

Les applications expérimentales dont l'exécution est faite à l'aide de la robotique.

10.1.2 Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique

Ce nouveau protocole d'accord établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui effectue une consultation téléphonique.

○ **DÉFINITIONS (art.1)**

CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE (art. 1.1.a)

Consultation effectuée auprès d'un médecin consultant et initiée par un médecin ou un professionnel de la santé référant afin d'obtenir son opinion au sujet de diagnostic ou du traitement d'un patient dont l'état paraît grave ou complexe.

CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE POUR AJUSTEMENT THÉRAPEUTIQUE (art. 1.1.b)

Consultation effectuée auprès d'un médecin consultant et initiée par un pharmacien afin d'obtenir des informations ou des précisions concernant la possibilité d'un ajustement thérapeutique relatif à la prescription émise à un patient.

MÉDECIN SPÉCIALISTE CONSULTANT (art. 1.1.c)

Médecin qui est appelé par un médecin, un pharmacien ou un professionnel de la santé.

MÉDECIN OU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ RÉFÉRANT (art. 1.1.d)

Médecin ou professionnel de la santé (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, etc.) qui nécessite l'opinion d'un médecin consultant au sujet du diagnostic ou du traitement d'un patient.

○ **ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES (art. 2)**

Consultations téléphoniques prévues à l'article 1.

○ **MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION (art. 3)**

MÉDECIN SPÉCIALISTE CONSULTANT (art. 3.1 et 3.3)

Pour une consultation téléphonique prévue à 1.1.a), **35 \$** par consultation.

Code d'acte : **98101**. Consultation téléphonique initiée par un médecin.

Code d'acte : **98102**. Consultation téléphonique initiée par un professionnel de la santé autre qu'un médecin.

Pour une consultation téléphonique prévue à 1.1.b), **17 \$** par consultation.

Code d'acte : **98104**. Consultation téléphonique initiée par un pharmacien.

MÉDECIN SPÉCIALISTE RÉFÉRANT (art. 3.2)

Pour une consultation téléphonique prévue à 1.1.a), **26 \$** par consultation.

Code d'acte : **98103**. Consultation téléphonique avec un médecin spécialiste.

MÉDECIN EN RÉMUNÉRATION MIXTE (art. 3.4)

Si la consultation a lieu pendant les plages horaires où la rémunération mixte s'applique, celle-ci est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 60 %.

Si la consultation s'effectue en dehors des plages horaires où la rémunération mixte s'applique, les tarifs prévus aux articles 3.1 à 3.3 s'appliquent.

○ **AUTRES RÈGLES ET LIMITATIONS (art. 4)**

MÉDECIN SPÉCIALISTE CONSULTANT (art. 4.1)

Le médecin consultant doit conserver une documentation écrite de sa consultation comprenant :

- L'identification du patient;
- L'opinion sur le diagnostic ou le traitement;
- Le nom du médecin ou du professionnel de la santé référant;
- La date de la communication et l'heure de début.

MÉDECIN SPÉCIALISTE RÉFÉRANT (art. 4.2)

Le médecin référent inscrit au dossier du patient :

- L'opinion du médecin consultant sur le diagnostic ou le traitement;
- Le nom du médecin consultant;
- La date de la communication et l'heure de début.

○ RÉMUNÉRATION MAJORÉE

Aux fins de l'application de l'annexe 19 :

Pour le médecin consultant, la rémunération majorée s'applique en fonction du lieu où il reçoit la consultation téléphonique.

Pour le médecin référent, la rémunération majorée s'applique en fonction du lieu où il initie la consultation téléphonique.

○ EXCLUSIONS

Nous vous invitons à consulter le texte officiel à la [partie I](#) de la présente infolettre pour prendre connaissance de toutes les activités qui ne sont pas visées par ce protocole d'accord.

10.1.3 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux

FACTURATION

Les instructions de facturation en lien avec ce nouveau protocole d'accord vous seront fournies dans le cadre d'une prochaine infolettre.

○ OBJET (art. 1)

Ce protocole a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui est nommé président ou membre d'un conseil ou d'un comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes ou qui est mandaté par un tel organisme ou par le président d'un conseil ou d'un comité.

Les organismes nationaux reconnus par les parties négociantes sont notamment, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux et tout organisme national désigné par les parties négociantes.

○ **CHAMP D'APPLICATION (art. 2)**

Les dispositions de cet article précisent que les dispositions de l'Accord-cadre s'appliquent aux médecins visés sous réserve des stipulations de ce protocole d'accord.

Il y est également précisé qu'aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19, la rémunération versée en vertu de l'article 4.1 de ce protocole d'accord, constitue une rémunération de base et qu'elle n'est pas considérée aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8.

○ **ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES (art. 3)**

MÉDECIN NOMMÉ PRÉSIDENT D'UN CONSEIL OU D'UN COMITÉ D'UN ORGANISME NATIONAL RECONNU (art. 3.1)

Les activités professionnelles visées par ce protocole d'accord sont :

L'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national reconnu, la participation aux réunions et la préparation effectuée à cette fin ainsi que la coordination des travaux du conseil ou comité.

MÉDECIN NOMMÉ MEMBRE D'UN CONSEIL OU D'UN COMITÉ D'UN ORGANISME NATIONAL RECONNU (art. 3.2)

Les activités professionnelles visées par ce protocole d'accord sont :

L'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national reconnu, la participation aux réunions et la préparation effectuée à cette fin.

MÉDECIN MANDATÉ PAR UN ORGANISME NATIONAL RECONNU OU PAR LE PRÉSIDENT D'UN CONSEIL OU COMITÉ (art. 3.3)

Les activités professionnelles visées par ce protocole d'accord sont :

L'exécution d'un mandat ad hoc en lien avec les travaux d'un organisme national ou d'un conseil ou comité.

○ **RÉMUNÉRATION (art. 4)**

Dans le cadre de ce protocole, le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continu de 60 minutes.

MÉDECIN NOMMÉ PRÉSIDENT D'UN CONSEIL OU D'UN COMITÉ D'UN ORGANISME NATIONAL RECONNU

Le tarif horaire est de 190 \$, de 225 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 250 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

MÉDECIN NOMMÉ MEMBRE D'UN CONSEIL OU D'UN COMITÉ D'UN ORGANISME NATIONAL RECONNU ET MÉDECIN MANDATÉ PAR UN ORGANISME NATIONAL RECONNU OU PAR LE PRÉSIDENT D'UN CONSEIL OU COMITÉ

Le tarif horaire est de 150 \$, de 175 \$ à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ à compter du 1^{er} avril 2015.

FRAIS ET TEMPS DE DÉPLACEMENT

Selon certaines modalités, le médecin qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir les activités qui relèvent de sa responsabilité dans le cadre de ce protocole d'accord, a droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement, lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres.

○ RÉPARTITION (art. 5)

Cet article précise que c'est l'organisme national reconnu qui s'occupe de la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que de la détermination des responsabilités du médecin visé par ce protocole d'accord.

Il y est également spécifié qu'à la demande des parties négociantes, l'organisme national reconnu leur transmet un relevé des heures d'activités professionnelles effectuées par chacun des médecins visés.

○ FACTURATION (art. 6)

Afin d'être rémunéré, le médecin doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le président du conseil ou comité ou par le mandant de l'organisme national reconnu.

○ AVIS (art. 7)

L'organisme national reconnu transmet aux parties négociantes l'identité des médecins visés ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent. Cette information est validée par les parties et transmise à la Régie.

○ BANQUE D'HEURES (art. 8)

Ce sont les parties négociantes qui déterminent la banque d'heures maximale allouée aux fins de rémunération des médecins qui accomplissent des activités dans le cadre de ce protocole d'accord.

10.1.4 Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné

○ **OBJET (art.1)**

Cette entente établit les conditions de rémunération pour les activités réalisées par le médecin spécialiste qui assume l'ensemble des tâches reliées à la fonction de chef d'équipe en traumatologie dans un centre de traumatologie de niveau tertiaire, pour la clientèle adulte et pédiatrique, désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie.

○ **ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES (art. 2)**

Le médecin chef d'équipe en traumatologie doit notamment :

- Assurer le leadership et la coordination de l'ensemble des actions posées auprès d'un traumatisé par une équipe soignante;
- Assurer directement la coordination des actions de réanimation, de stabilisation et de réalisation du bilan lésionnel ainsi que l'orientation vers les unités de soins appropriées;
- Coordonner la transmission de l'information pertinente aux médecins consultants ainsi qu'aux personnes et services impliqués.

○ **RÉMUNÉRATION (art. 3)**

Tout médecin agissant à titre de chef en traumatologie reçoit un montant forfaitaire en fonction de la durée de son quart de travail.

19647	Présence continue de 24 heures	1 250 \$
19648	Présence continue de 12 heures	625 \$
19649	Présence continue de 8 heures	420 \$

S'ajoutent à cette rémunération les services médicaux payables en vertu des dispositions de l'Accord-cadre.

Le nombre maximal de forfaits payables par établissement est limité à l'équivalent d'un (1) forfait par période de vingt-quatre (24) heures (ou par périodes équivalentes à vingt-quatre (24) heures).

10.2 Protocoles d'accord modifiés

10.2.1 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en pédiatrie

L'article 3.1 est remplacé par le suivant :

3.1 Le médecin qui agit à titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en néonatalogie est rémunéré selon un montant forfaitaire de 500 \$ par jour. À ce montant, s'ajoute la rémunération à laquelle il a habituellement droit, à l'exception de la tarification prévue au Protocole concernant l'instauration des modalités de rémunération de la consultation téléphonique.

10.2.2 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie

3.1 Le médecin qui agit à titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en médecine foeto-maternelle est rémunéré selon un montant forfaitaire de 500 \$ par jour. À ce montant, s'ajoute la rémunération à laquelle il a habituellement droit, à l'exception de la rémunération prévue au Protocole concernant l'instauration des modalités de rémunération de la consultation téléphonique.

Textes officiels

LETTRE D'ENTENTE A-84

CONCERNANT LE PAIEMENT DE FRAIS DE DÉPLACEMENT DU DOCTEUR JEAN-CLAUDE DELIFER, PÉDIATRE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie verse un montant de 8 888,40 \$ au Docteur Jean-Claude Delifer (93-423) au titre de ses frais et temps de déplacement pour les services qu'il a dispensés dans sa discipline au CH régional de Lanaudière et à l'Hôtel-Dieu de Sorel, et ce, de janvier à novembre 2010.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 182-A

CONCERNANT LES COÛTS DES RÉGIMES D'ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES POUR L'ANNÉE 2012

CONSIDÉRANT l'impact lié au nombre d'effectifs et de la moyenne d'âge du groupe de médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat défini selon l'Annexe 16 sur les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires pour l'année 2012.

CONSIDÉRANT les modalités d'application prévues à l'Annexe 21 sur la contribution de la Régie pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

De verser par mesure d'exception, trimestriellement pour l'année 2012, aux médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat défini selon l'Annexe 16, un montant forfaitaire calculé sur la base des indications fournies par les parties négociantes.

La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 192

CONCERNANT LES NOUVELLES SPÉCIALITÉS MÉDICALES RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les dispositions de la Lettre d'entente n° 181;

CONSIDÉRANT les travaux actuellement en cours afin de déterminer les modalités de rémunération des médecins certifiés dans les nouvelles spécialités;

CONSIDÉRANT les médecins n'étant certifiés que dans l'une des nouvelles spécialités et pour lesquels il faut convenir des conditions de rémunération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les médecins certifiés dans l'une des nouvelles spécialités reconnues sont classés aux fins de rémunération dans les spécialités de classement suivantes :

Nouvelle spécialité reconnue	Spécialité de classement
Chirurgie colorectale	Chirurgie générale
Chirurgie générale oncologique	Chirurgie générale
Chirurgie générale pédiatrique	Chirurgie générale
Chirurgie thoracique	Chirurgie générale
Chirurgie vasculaire	Selon la dernière certification obtenue avant celle de la chirurgie vasculaire, et ce, jusqu'à l'adoption de dispositions propres à cette spécialité
Hématologie/oncologie pédiatrique	Hématologie-oncologie
Maladies infectieuses – adulte	Microbiologie-infectiologie
Maladies infectieuses – enfant	Selon la dernière certification obtenue avant celle de maladies infectieuses – enfant
Médecine de l'adolescence	Pédiatrie
Médecine de soins intensifs – adulte	Selon la dernière certification obtenue avant celle de la médecine de soins intensifs
Médecine de soins intensifs – pédiatrique	Selon la dernière certification obtenue avant celle de la médecine de soins intensifs

Nouvelle spécialité reconnue	Spécialité de classement
Médecine d'urgence pédiatrique	Pédiatrie
Médecine du travail	Santé communautaire
Médecine maternelle et fœtale	Obstétrique et gynécologie
Médecine néonatale et périnatale	Pédiatrie
Neuropathologie	Anatomo-pathologie
Oncologie gynécologique	Obstétrique et gynécologie
Pathologie générale	Anatomo-pathologie
Pathologie hématologique	Anatomo-pathologie
Pathologie judiciaire	Anatomo-pathologie

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
 Ministère de la Santé et des
 Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
 Fédération des médecins
 spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 193

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser la qualité et l'accessibilité aux services médicaux spécialisés;

CONSIDÉRANT que le Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») est un organisme sans but lucratif dont la mission est de venir en aide aux médecins, résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles;

CONSIDÉRANT le principe fondamental du Programme d'aide qui vise à assurer la confidentialité des services de soutien offerts aux médecins, résidents et étudiants;

CONSIDÉRANT l'importance pour le Programme d'aide de bénéficier d'un financement stable et continu afin de pouvoir continuer à offrir ses services;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de favoriser le financement stable et continu du Programme d'aide, tout en insistant sur la nécessité pour le Programme d'aide de poursuivre ses efforts de financement.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement stable et continu permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.
2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant annuel, à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec. Pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 31 mars 2015, ce financement est de 2,4 M\$.
3. Le montant de la contribution annuelle est déterminé par les parties négociantes en fonction du budget de fonctionnement actuel du Programme d'aide et de la croissance de ce budget au cours des prochaines années. Le Programme d'aide transmet aux parties, sur demande, toute la documentation requise ainsi que les états financiers.
4. Les parties négociantes avisent la Régie du montant à être versé au Programme d'aide au cours de chaque année.
5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.
6. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1^{er} juillet 2011.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des

Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins

spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 194

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES DISPENSANT DES SERVICES DE TÉLÉMÉDECINE

CONSIDÉRANT les mesures ciblées prévues au Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins (Entente de 2007) et dans le cadre du Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 relativement à l'amélioration de l'accessibilité via les technologies de télémédecine;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de l'adoption d'un protocole concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes dispensant des services de télémédecine (ci-après le « Protocole »);

CONSIDÉRANT que l'utilisation de technologies de télémédecine pour la dispensation de services médicaux est en constante évolution et qu'il est difficile d'en évaluer l'utilisation réelle qui sera faite par les médecins spécialistes au cours des prochaines années;

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, les modalités de rémunération et la tarification applicables ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que les coûts afférents à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération en télémédecine peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une somme de 1,0 M\$ au financement du Protocole.
2. De mesurer et d'évaluer à chaque année, lorsque les données seront disponibles, les coûts réels associés à l'introduction du Protocole.
3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à l'introduction du Protocole diffèrent de l'enveloppe prévue de 1,0 M\$ ou que les objectifs poursuivis par les parties n'étaient pas atteints, les parties conviennent de discuter des mesures à prendre, notamment la possibilité de réviser la tarification applicable, le cas échéant.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 195

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DE LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE

CONSIDÉRANT la mesure prévue au Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins relativement à la rémunération de la consultation téléphonique;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu du Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique (ci-après le « Protocole »);

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, les modalités de rémunération et la tarification applicables ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que les coûts afférents à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération en consultation téléphonique peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une somme de 7,0 M\$ au financement du Protocole.
2. De mesurer et d'évaluer à chaque année, lorsque les données seront disponibles, les coûts réels associés à l'introduction du Protocole.
3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à l'introduction du Protocole étaient différents de l'enveloppe prévue de 7,0 M\$ ou que les objectifs poursuivis par les parties n'étaient pas atteints, les parties conviennent de discuter des mesures à prendre, notamment la possibilité de réviser la tarification applicable, le cas échéant.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 196

CONCERNANT LA MISE EN PLACE DES AUGMENTATIONS TARIFAIRES ET MESURES CIBLÉES À L'ENTENTE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT l'Entente de principe intervenue entre la FMSQ et le MSSS le 10 janvier 2007 en vue de la détermination des paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1^{er} avril 2004, l'Entente du 10 septembre 2007 intervenue entre la FMSQ et le MSSS en vue de l'application de l'Entente du 10 janvier 2007 ainsi que le Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 intervenu le 18 octobre 2011, ci-après les « Ententes »;

CONSIDÉRANT les investissements prévus aux Ententes aux fins de la rémunération des médecins spécialistes et la mise en place de diverses mesures ciblées;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de favoriser une mise en place plus accélérée de certaines mesures ciblées visant à favoriser la qualité et l'accessibilité aux services médicaux spécialisés et à renforcer l'efficacité du réseau de la santé;

CONSIDÉRANT également la volonté des parties de revoir certaines modalités d'application du mode de rémunération mixte.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties conviennent d'assurer, le ou vers le 1^{er} mars 2013, la mise en place de l'ensemble des augmentations tarifaires octroyées aux médecins spécialistes en vertu des Ententes pour les années 2010-2011 à 2014-2015. Toutefois, les parties conviennent de retenir un montant d'environ 50 M\$ récurrent à même ces augmentations, de façon à permettre la mise en place accélérée de certaines mesures ciblées. Ce montant de 50 M\$ d'augmentation tarifaire est ainsi reporté et mis en place au 1^{er} avril 2015, afin de respecter les investissements tarifaires récurrents prévus aux ententes. Un montant équivalent est déduit au 1^{er} avril 2015 des sommes dédiées aux mesures ciblées afin de respecter les augmentations tarifaires récurrentes prévues aux ententes.
2. Compte tenu des sommes prévues aux ententes au titre des mesures ciblées et du montant d'augmentations tarifaires retenu ci-dessus, les parties conviennent du calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Financement	22,5 M\$	215,0 M\$	265,0 M\$	290,0 M\$

3. Compte tenu des sommes disponibles et du calendrier de financement prévu à l'article 2, les parties conviennent de finaliser les travaux sur la mise en place des mesures ciblées suivantes, selon les modalités, l'investissement et le calendrier de financement indiqué.

3.1 Rémunération des chefs de département, de service et de programme

De façon à favoriser la participation des médecins au sein de l'organisation des services de santé et de services sociaux, les parties conviennent d'un budget d'environ 60 M\$ pour la rémunération des activités médico-administratives des chefs de département, de services et de programmes en milieu hospitalier et dans les autres établissements désignés par les parties.

Les parties conviennent de définir la rémunération des chefs de départements selon une rémunération forfaitaire annuelle en tenant compte de la tâche du chef et pouvant ainsi varier selon certains critères, dont le nombre de médecins exerçant au sein du département. Pour les chefs de service et de programme, les parties conviennent de définir les modalités de rémunération selon des critères semblables ou autres à définir.

Le financement de 60 M\$ prévu pour cette mesure est mis en place au cours du dernier trimestre de l'année 2012-13 et selon le calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Financement	3,75 M\$	45,0 M\$	52,5 M\$	60,0 M\$

3.2 Activités médico-administratives et d'enseignement des médecins

De façon à reconnaître la participation de l'ensemble des médecins spécialistes au sein de l'organisation des services, les parties conviennent d'un budget d'environ 140 M\$ pour la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies par les médecins spécialistes en milieu hospitalier et dans les autres établissements désignés par les parties ainsi que de certaines activités d'enseignement effectuées dans les centres hospitaliers universitaires ou dans les établissements avec mandats d'enseignement reconnus par contrats d'affiliation, contrats de service ou lettres d'entente.

Les activités médico-administratives visées comprennent principalement la participation des médecins spécialistes aux réunions des divers comités mis en place en établissement, dont les comités prévus en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et de ses règlements. Les activités d'enseignement visées comprennent notamment l'apprentissage au raisonnement clinique (ARC), l'examen clinique objectif structuré (ECOS), le « Club de lecture scientifique » et la dispensation de cours autres que les cours siglés.

À cette fin, les parties conviennent de dresser une nomenclature des diverses activités ainsi visées. Ces activités seront rémunérées de façon à assurer une tarification horaire qui sera fixée à 150 \$ lors de son introduction en 2012-2013 et sera par la suite haussé à 175 \$ en 2014-2015 et à 200 \$ en 2015-2016. Les parties conviennent également de déterminer un maximum d'heures pouvant être réclamées par type d'activité, lequel pourrait varier par spécialité.

Le financement de 140 M\$ prévu pour cette mesure est mis en place à compter du dernier trimestre de l'année 2012-13, selon le calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Financement	8,75 M\$	105,0 M\$	122,5 M\$	140,0 M\$

3.3 Autres mesures ciblées

Les parties conviennent également d'allouer un montant d'environ 90 M\$ pour la mise en place de diverses mesures ciblées visant l'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux spécialisés, dont les suivantes :

- La rémunération des activités de télémédecine
- La rémunération des consultations téléphoniques
- La participation des médecins aux divers comités ministériels et organismes nationaux
- La rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie
- La mise en place de modalités pour favoriser l'accueil clinique
- La mise en place formelle de corridors de services
- La mise en place de mesures visant à favoriser les activités de prélèvements et de dons d'organes
- La prise en charge continue des malades aux soins intensifs
- L'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés
- La médecine de laboratoire
- Le vieillissement de la population
- La lutte contre le cancer

Le financement de 90 \$ millions prévu pour ces mesures est mis en place à compter de l'année 2012-2013, selon le calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Financement	10,0 M\$	65,0 M\$	90,0 M\$

4. Les parties conviennent de modifier les modalités générales d'application du mode de rémunération mixte. À cette fin, les parties conviennent :

- D'abroger les modalités de report d'heures, lesquelles permettent de réclamer un demi *per diem* ou un *per diem* au cours d'une journée par l'utilisation d'un nombre d'heures d'activités accomplies au cours d'une autre journée;
- D'instaurer, en plus des conditions de nombre d'heures actuellement prévues, une nouvelle condition de services rendus pour avoir droit au paiement d'un demi *per diem* ou d'un *per diem*. Ainsi, au cours d'une journée, un minimum de 100 \$ et 200 \$ de services dispensés est requis pour réclamer, respectivement, un demi *per diem* ou un *per diem*. Afin de déterminer si cette condition est rencontrée, tous les services tarifés sont pris en compte selon leur valeur de base, qu'ils soient sujets à un supplément d'honoraires ou non. Les parties conviennent toutefois de ne pas appliquer cette nouvelle condition dans les territoires de rémunération différente.
- De revoir les modalités d'adhésion et de retrait au mode de rémunération mixte de façon à ne pas requérir une décision unanime du département, service ou secteur d'activités.

4.1 Les parties conviennent d'instaurer les modifications ci-dessus au cours de l'année 2012-2013.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT LA TÉLÉMÉDECINE

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

Ce protocole établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui dispense des services médicaux par le biais d'un moyen de télécommunication. Seuls sont visés par le présent protocole les services médicaux mentionnés ci-dessous et ce, selon les conditions qui y sont stipulées.

1. DÉFINITIONS

1.1 Aux fins de l'application du présent protocole, les définitions suivantes s'appliquent :

- a) Les services de téléconsultation sont des services médicaux dispensés à distance par un médecin spécialiste consultant, par l'intermédiaire de la vidéo interactive. Ces services sont dispensés entre des sites québécois reliés par le Réseau intégré de télécommunications multimédia, suite à une demande initiée par le site référant. Les services de téléconsultation désignent les diverses visites et procédures diagnostiques et thérapeutiques prévues à l'Accord-cadre ainsi que tous autres services ou examens identifiés par les parties négociantes. Ils impliquent la présence du patient dans le site référant pendant la prestation du service ainsi que celle d'un médecin ou d'un autre professionnel ou intervenant de la santé.
- b) Les services de télé-interprétation sont des services médicaux dispensés à distance par un médecin spécialiste par le biais d'un moyen de télécommunication. Ils désignent l'interprétation d'images, d'examens ou de tests prévus à l'Accord-cadre et réalisés dans un établissement du réseau de santé québécois. Ces services sont dispensés sans la présence du patient. Lorsque la présence du patient est requise pendant la prestation d'un service de télé-interprétation, par exemple lors d'un examen d'ultrasonographie, ce service est alors considéré comme un service de téléconsultation visé à l'alinéa (a) ci-dessus.
- c) Un médecin spécialiste consultant est un médecin qui dispense, à distance, les services de téléconsultation ou de télé-interprétation visés ci-dessus.
- d) Un médecin spécialiste référant est celui qui participe, dans un site référant, au service de téléconsultation ou de télé-interprétation dispensé par un médecin spécialiste consultant, en présence du patient.

2. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

2.1 Seuls sont visés par le présent protocole, les services de téléconsultation et de télé-interprétation visés à l'article 1 dispensés par un médecin spécialiste consultant, ainsi que la participation d'un médecin spécialiste référant à ces services, le cas échéant.

3. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

- 3.1 Le médecin spécialiste consultant qui dispense un service de télé-interprétation visé à l'alinéa 1.1 (b) est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement et prévues à l'Accord-cadre.
- 3.2 Le médecin spécialiste consultant qui dispense un service de téléconsultation visés à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement, selon le secteur de l'établissement où se trouve le patient. S'y ajoute un supplément qui varie en fonction de la tarification du service dispensé. Ce supplément est de 5 \$ par tranche complète de 10 \$ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximal de 100 \$.

Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, le service de téléconsultation est rémunéré selon les règles prévues à l'Annexe 38. Toutefois, le supplément payable en vertu du présent protocole est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

98105 Supplément pour dispensation de service en téléconsultation pour le médecin consultant, par tranche complète de 10 \$ de la tarification de l'acte principal.....5,00 \$

AVIS : - Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où la téléconsultation à distance est effectuée dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98105** dans la case ACTES;
- le nombre de tranches complètes de 10 \$ de la tarification de l'acte principal dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL;

- 3.3 Le médecin spécialiste référant qui est présent auprès d'un patient lors de la prestation d'un service de téléconsultation visé à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement, selon le secteur de l'établissement où se trouve le patient. S'y ajoute un supplément qui varie en fonction de la tarification du service dispensé. Ce supplément est de 5 \$ par tranche complète de 10 \$ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximal de 100 \$.

Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, le service de téléconsultation est rémunéré selon les règles prévues à l'Annexe 38. Toutefois, le supplément payable en vertu du présent protocole est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

98106 Supplément pour dispensation de service en téléconsultation pour le médecin référant, par tranche complète de 10 \$ de la tarification de l'acte principal.....5,00 \$

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où la téléconsultation est effectuée et où se situe le patient dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98106** dans la case ACTES;

- le nombre de tranches complètes de 10 \$ de la tarification de l'acte principal dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL;

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION ADDITIONNELLE

- 4.1 En plus de la rémunération prévue à l'article 3, lorsqu'un service de téléconsultation visé à l'alinéa 1.1 (a) ou un service de télé-interprétation visé à l'alinéa 1.1 (b) et requérant la présence du patient est interrompu ou que sa durée est prolongée en raison d'un problème technique, le médecin spécialiste consultant ainsi que le médecin spécialiste référant ont droit à un supplément de durée de 40 \$ par période continue de 15 minutes. Un maximum de 4 suppléments de durée est payable par médecin par jour. Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, ce supplément de durée est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

98107 Supplément de durée en raison de problème technique, par période continue de 15 minutes 40,00 \$

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

5. RÉMUNÉRATION MAJORÉE

- 5.1 Aux fins de l'application de l'Annexe 19, le lieu où un service prévu au présent protocole est fourni est le suivant :
- a) Pour le médecin consultant, le lieu où il dispense le service et non celui où se situe le patient;
 - b) Pour le médecin référant, le lieu où il dispense le service et où se situe le patient.

6. EXCLUSIONS

- 6.1 Ne sont pas visés par le présent protocole :
- a. Les services dispensés par un médecin spécialiste rémunéré selon le mode du salariat;
 - b. Les services dispensés par un médecin spécialiste classé en anatomo-pathologie ou en médecine nucléaire;
 - c. Les services de télémédecine demandés directement à un médecin spécialiste par un patient;
 - d. Les applications expérimentales dont l'exécution est faite à l'aide de la robotique.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
 Ministère de la Santé et des
 Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
 Fédération des médecins
 spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DE LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec 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 :

OBJET

Cette entente établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui effectue une consultation téléphonique. Seuls sont visées par le présent protocole, les consultations téléphoniques mentionnées ci-dessous et ce, selon les conditions qui y sont stipulées.

1. DÉFINITIONS

1.1 Aux fins de l'application du présent protocole, les définitions suivantes s'appliquent :

- a) La consultation téléphonique est celle qui est effectuée auprès d'un médecin spécialiste consultant et initiée par un médecin ou professionnel de la santé référant afin d'obtenir l'opinion du médecin consultant au sujet du diagnostic ou du traitement d'un patient dont l'état paraît grave ou complexe;
- b) La consultation téléphonique pour ajustement thérapeutique est la consultation téléphonique effectuée auprès d'un médecin spécialiste consultant et initiée par un pharmacien afin d'obtenir des informations ou précisions du médecin concernant la possibilité d'un ajustement thérapeutique relatif à la prescription émise à un patient;
- c) Un médecin spécialiste consultant est un médecin spécialiste qui est appelé par un médecin, un pharmacien ou un professionnel de la santé référant dans les situations visées aux alinéas ci-dessus;
- d) Un médecin ou professionnel de la santé référant est un médecin ou un professionnel de la santé (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, etc.) qui, dans le cadre de l'épisode de soins dispensés à un patient, nécessite l'opinion d'un médecin consultant au sujet du diagnostic ou du traitement d'un patient.

2. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

2.1 Seules sont visées par le présent protocole, les consultations téléphoniques visées à l'article 1 et auxquelles participe un médecin spécialiste consultant ou référant.

3. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin spécialiste consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon un tarif de trente-cinq dollars (35 \$) par consultation téléphonique.

98101 Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un médecin..... 35,00 \$

AVIS : *L'identification du professionnel référant est requise :*

- inscrire l'initial du prénom et le nom complet du médecin dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT ;
- son numéro d'inscription (1XXXXX) à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

98102 Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un professionnel de la santé autre qu'un médecin 35,00 \$

3.2 Le médecin spécialiste référant qui initie une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon un tarif de vingt-six (26 \$) par consultation téléphonique.

98103 Médecin spécialiste référant : consultation téléphonique avec un médecin spécialiste 26,00 \$

AVIS : *L'identification du professionnel consultant est requise :*

- inscrire l'initial du prénom et le nom complet du médecin dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT ;
- son numéro d'inscription (1XXXXX) à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

3.3 Le médecin spécialiste consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (b) est rémunéré selon un tarif de dix-sept (17 \$) par consultation téléphonique.

98104 Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un pharmacien..... 17,00 \$

3.4 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, la rémunération d'une activité prévue au présent protocole est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 60 %.

4. AUTRES RÈGLES ET LIMITATIONS

4.1 Le médecin consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) doit conserver une documentation écrite de sa consultation qui comprend l'identification du patient, l'opinion sur le diagnostic ou le traitement, le nom du médecin ou du professionnel de la santé référant ainsi que la date de la communication en incluant l'heure de début.

4.2 Le médecin référant qui initie une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) doit faire une inscription au dossier du patient, comportant l'opinion du médecin consultant sur le diagnostic ou le traitement, le nom du médecin consultant ainsi que la date de la communication en incluant l'heure de début.

4.3 Un maximum d'une (1) consultation téléphonique est payable par jour, par patient, par médecin.

5. RÉMUNÉRATION MAJORÉE

5.1 Aux fins de l'application de l'Annexe 19, le lieu où un service prévu au présent protocole est fourni est le suivant :

- a) Pour le médecin consultant, le lieu où il reçoit la consultation téléphonique;
- b) Pour le médecin référant, le lieu où il initie la consultation téléphonique.

6. EXCLUSIONS

6.1 Ne sont pas visés par le présent protocole :

- a. Les discussions entre un médecin spécialiste et un médecin résident;
- b. La discussion de routine qui n'est pas à propos d'un patient précisément;
- c. La demande de clarification d'une prescription incompréhensible;
- d. La consultation téléphonique entre un médecin spécialiste consultant et un patient directement;
- e. La consultation téléphonique concernant un patient hospitalisé recevant des soins aigus lorsque le médecin consultant (ou le médecin consultant responsable du patient lors d'un transfert de dossier) est déjà impliqué dans l'épisode de soins;
- f. La consultation téléphonique pour la prise de rendez-vous, pour planifier des examens diagnostics ou pour informer le médecin ou le professionnel de la santé référant des résultats d'examens;
- g. La consultation téléphonique pour la planification et l'organisation d'une rencontre en vidéo interactive (téléconsultation);
- h. Les télécopies, les messages texte et les courriels, sauf dans le cas prévu à l'alinéa 1.1 (c);
- i. Le renouvellement de prescription.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UN ORGANISME NATIONAL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec 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

- 1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui, selon le cas,
- a) accomplit, à titre de médecin spécialiste nommé président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, les activités professionnelles décrites à l'article 3.1;
 - b) accomplit, à titre de médecin spécialiste nommé comme membre d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, les activités professionnelles décrites à l'article 3.2;
 - c) accomplit, à titre de médecin spécialiste mandaté par un organisme national reconnu par les parties négociantes ou par le président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, les activités professionnelles décrites à l'article 3.3.
- 1.2 Les organismes nationaux reconnus par les parties négociantes sont notamment, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux et tout organisme national désigné par les parties négociantes.

2. CHAMP D'APPLICATION

- 2.1 Les dispositions de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.
- 2.2 Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de l'article 4.1 du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.
- 2.3 Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du présent protocole.
- 2.4 Outre la Régie, les parties et le médecin, le présent protocole lie les conseils, comités ou organismes nationaux reconnus par les parties négociantes.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Pour le médecin qui est nommé président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national reconnu en vertu de la loi, des règlements ou toute autre disposition habilitante;
- b) la participation aux réunions du conseil ou comité d'un organisme national reconnu ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin;
- c) la coordination des travaux du conseil ou comité d'un organisme national reconnu.

3.2 Pour le médecin qui est nommé comme membre d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national en vertu de la loi, des règlements ou toute autre disposition habilitante;
- b) la participation aux réunions du conseil ou comités d'un organisme national ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin.

3.3 Pour le médecin mandaté par un organisme national reconnu par les parties négociantes ou par le président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exécution de mandat ad hoc en lien avec les travaux de l'organisme national ou du conseil ou comité de l'organisme national.

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Pour les activités décrites au présent protocole, le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continu de 60 minutes. Le tarif horaire applicable est le suivant :

- a) Pour le médecin visé à l'article 3.1, le tarif horaire est de 190 \$ l'heure. Ce tarif est de 225 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 250 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.
- b) Pour le médecin visé aux articles 3.2 ou 3.3, le tarif horaire est de 150 \$. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

4.2 Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée aux articles 3.1 à 3.3 a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres. On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au lieu de la rencontre.

Les frais et le temps de déplacement sont compensés selon les modalités décrites aux articles 2.1 a), 2.2, 2.3 et 2.4 de l'Annexe 23.

AVIS : Vous devez réclamer vos frais de déplacement (kilométrage) et le temps de déplacement dans la partie FRAIS DE DÉPLACEMENT sur le formulaire Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n° 1215.

Exceptionnellement, le temps de déplacement est payable en tout lieu peu importe le territoire.

5. RÉPARTITION

- 5.1 Au niveau d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes ou pour un mandat confié par un organisme national reconnu, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des responsabilités du médecin visé par le présent protocole relèvent de l'organisme national.
- 5.2 La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités prévues à l'article 8 des présentes.
- 5.3 À la demande des parties négociantes, l'organisme national reconnu leur transmet un relevé faisant état des heures d'activités professionnelles qui ont été effectuées par chacun des médecins visés par le présent protocole.

6. FACTURATION

- 6.1 Pour la rémunération des activités visées aux articles 3.1 à 3.3, le médecin spécialiste doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le président du conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes ou par le mandant d'un organisme national reconnu.

7. AVIS

- 7.1 L'organisme national reconnu par les parties négociantes transmet à celles-ci l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés par les articles 3.1 à 3.3 ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent, le cas échéant.

Les parties négociantes valident cette information et informent la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues au présent protocole.

8. BANQUE D'HEURES

- 8.1 Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée, sur une base annuelle à la rémunération des médecins accomplissant des activités professionnelles au sein d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties ou pour un mandat confié par un organisme national reconnu.

Les médecins spécialistes qui accomplissent les activités professionnelles visées dans le présent protocole ne peuvent réclamer un nombre d'heures supérieur au nombre annuel autorisé par les parties négociantes.

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1^{er} octobre 2012.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre

Ministère de la Santé et des
Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président

Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI ASSUMENT LA FONCTION DE CHEF D'ÉQUIPE EN TRAUMATOLOGIE (TRAUMA TEAM LEADER) DANS UN CENTRE DE TRAUMATOLOGIE DÉSIGNÉ

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec 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

- 1.1 Cette entente établit les conditions de rémunération pour les activités réalisées par le médecin spécialiste qui assume l'ensemble des tâches reliées à la fonction de chef d'équipe en traumatologie dans un centre de traumatologie de niveau tertiaire, pour la clientèle adulte et pédiatrique, désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

- 2.1 Le médecin spécialiste qui assume la fonction de chef d'équipe en traumatologie doit notamment :
 - a) assurer le leadership et la coordination de l'ensemble des actions posées auprès d'un traumatisé par une équipe soignante à partir de la prise en charge à l'urgence et lors du parcours diagnostique et thérapeutique;
 - b) assurer directement la coordination clinique des actions de réanimation, de stabilisation et de réalisation du bilan lésionnel des victimes de traumatismes sévères dès leur arrivée à l'urgence, ainsi que l'orientation vers les unités de soins appropriées;
 - c) coordonner la transmission de l'information pertinente aux médecins consultants ainsi qu'aux personnes et services impliqués et veiller au respect des marqueurs systémiques et cliniques établis ainsi que des protocoles en vigueur au programme de traumatologie de son établissement.

3. RÉMUNÉRATION

- 3.1 Tout médecin spécialiste agissant à titre de chef d'équipe en traumatologie au sein d'un centre de traumatologie de niveau tertiaire pour la clientèle adulte et pédiatrique désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie reçoit un montant forfaitaire en fonction de la durée de son quart de travail.
- 3.2 Le montant forfaitaire est établi à 1 250 \$ pour une présence continue de vingt-quatre (24) heures. Dans le cas d'une présence continue moindre que vingt-quatre heures, le montant forfaitaire est établi à 625 \$ pour une présence de douze (12) heures continue et à 420 \$ pour une présence continue de huit (8) heures.

19647	Présence continue de 24 heures	1 250 \$
19648	Présence continue de 12 heures	625 \$
19649	Présence continue de 8 heures	420 \$

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date de début de la présence continue et le code d'acte **19647** (24 heures), **19648** (12 heures) ou **19649** (8 heures) dans la case ACTES;
- le code du centre hospitalier (OXXX7) dans la case ÉTABLISSEMENT;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte. Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- 3.3 S'ajoutent à cette rémunération les services médicaux payables en vertu des dispositions de l'Accord-cadre.
- 3.4 Le nombre maximal de forfaits payables par établissement est limité à l'équivalent d'un (1) forfait par période de vingt-quatre (24) heures (ou par périodes équivalentes à vingt-quatre (24) heures).

4. AVIS

- 4.1 Les parties négociantes avisent la Régie de l'assurance maladie du Québec des centres de traumatologie de niveau tertiaire pour la clientèle adulte et pédiatrique désignés en vertu du Programme québécois de traumatologie.

5. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

- 5.1 Le présent protocole d'accord prend effet le _____ 2012.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
 Ministère de la Santé et des
 Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
 Fédération des médecins
 spécialistes du Québec

Nouveaux codes d'acte, changements de tarifs, changements de libellés, notes et modificateurs

Date de prise d'effet : **1^{er} octobre 2012**, à l'exception des changements apportés à la note apparaissant à la page C-24 sous le code 00734, aux pages C-25, C-59, à la page D-12, lesquels prennent effet le **1^{er} avril 2012** et à la page C-70, lesquels prennent effet au **1^{er} février 2012**.

1. Nouveaux codes d'acte incluant les notes s'y rattachant

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET C

		Établissement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
C-50 Sous 00553				
	Imagerie ophtalmique			
	Tomographie par cohérence optique (OCT), uni ou bilatérale			
20099	Maladies rétinienne	15,00		
20100	Nerf optique Maximum de 2 examens, par année civile	15,00		
20101	Segment antérieur NOTE : Un seul de ces actes peut être facturé lors d'une même visite. NOTE : L'acte codé 20099 et l'acte codé 07331 et ses suppléments sont mutuellement exclusifs.	15,00		
20102	Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,00		
20103	Ophtalmoscopie confocale par balayage laser (GDx), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,00		

2. Notes

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS *B, C* ET *F*

2.1 Notes modifiées

PAGE	CODE D'ACTE		R = 1	
B-28	Sous 16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) NOTE : L'acte codé 16011 ne peut être facturé pour les actes codés 00820 , 01302 , 01303 , 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	73,30	
C-24				
Sous 00734	supervision de l'administration de chimiothérapie	Établissement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
		10,00	10,00	
	Cathétérisme veineux NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie ou en radiologie, sauf si le code d'acte prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.			
C-59	Sous Cathétérisme veineux			
	NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en radiologie, sauf si le code d'acte prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.			

2.2 Nouvelles notes

PAGE B-30	CODE D'ACTE Sous 16018	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) NOTE : L'acte codé 16018 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	R = 1 59,00
---------------------	----------------------------------	---	--------------------

PAGE F-7	CODE D'ACTE Sous la deuxième note déjà existante en haut de la page	NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 constituent un honoraire global et incluent les consultations effectuées dans les douze mois précédents, ainsi que les visites principales et les visites de contrôle faites dans les douze mois suivants. Cette note s'applique dans tous les lieux de dispensation.	R = 1	R = 2
--------------------	---	--	-------	-------

3. Libellé modifié

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET C

		Établissement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
C-70 08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine, par patient, par site anatomique	12,70		

4. Changements de tarifs (ajouts d'unités en rôle 2)

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS C ET D

		Établissement R = 1	Cabinet R = 1	Unité de base R = 2
C-25 09308	Mise en place d'un cathéter veineux central permanent avec réservoir sous-cutané (ex. : type Infusaid ou Port-a-Cath) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance	210,00		6
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (PG-28)	37,50		5
C-59 00769	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	221,20		6
PAGE D-12	CODE D'ACTE 00913		R = 1	R = 2
	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	210,00		6

5. Modificateurs

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*

5.1 Nouveaux modificateurs

5.1.1 Modificateur simple

MODIFICATEUR	DESCRIPTION	CONSTANTE
176	Service rendu par un médecin rhumatologue qui exerce de façon principale en rhumatologie pédiatrique dans un établissement universitaire et qui a exercé en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée.	1,0000

Date de prise d'effet : **1^{er} septembre 2012.**

5.1.2 Modificateur multiple

MODIFICATEUR	COMBINAISON	CONSTANTE
271	065 + 176	1,1500

Date de prise d'effet : **1^{er} septembre 2012.**

5.2 Modificateur aboli

MODIFICATEUR	DESCRIPTION	CONSTANTE
011	LETTRE D'ENTENTE 162, abrogée Majoration d'honoraires de 25 % pour les services rendus en gynécologie-obstétrique et oto-rhino-laryngologie dans le cadre de l'Entente de télésanté entre le CH de Lanaudière et la Communauté Atikamekw de Manawan	1,2500