



À l'intention des médecins omnipraticiens
des directeurs généraux des CLSC, des UMF-CH et des UMF-CLSC
des directeurs des services professionnels

30 mai 2016

Nouvelle nomenclature applicable en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC et modifications à l'entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'à l'intervention clinique (Amendement n° 151)

Sous réserve des approbations gouvernementales, la Régie vous présente les principaux changements apportés à votre entente par l'Amendement n° 151 convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Cet amendement entre en vigueur le **1^{er} juin 2016**, et le **1^{er} novembre 2016**, quant aux dispositions des paragraphes **5 C) et 5 D)**.

Faits saillants

- Nouvelle nomenclature remplaçant les examens et les consultations pour le médecin rémunéré à l'acte qui rend des services en cabinet et à domicile et pour celui rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC;
- Abolition de la vulnérabilité en fonction de l'âge à 70 ans;
- Abolition du soutien médical à l'abandon du tabagisme dorénavant inclus dans certaines visites;
- Abolition et création de codes d'acte, modification de libellés et ajustement de tarifs;
- Modification de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) (tous modes de rémunération);
- Modification de dispositions relatives à l'intervention clinique (modes de rémunération à l'acte et mixte, sans égard au lieu de pratique);
- Modification des dispositions relatives à l'indemnité de kilométrage (tous modes de rémunération).

Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'Amendement n° 151 et avis administratifs

Sommaire

1	Nouvelle nomenclature en cabinet, à domicile, en CLSC et en UMF (CH et CLSC).....	2
2	Dispositions générales	3
3	Abolition de certains éléments de l'Entente	7
4	Dispositions spécifiques	8
5	Nomenclature des actes en cabinet, à domicile, en CLSC et en UMF (CH et CLSC).....	9
6	Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40)	19
7	Intervention clinique	24
8	Indemnité de kilométrage	25
9	Annexe IX – Conditions d'application des tarifs	26
10	Messages explicatifs.....	27
11	Services en ligne de la Régie	27

[Partie II](#) Extrait de l'onglet B – Consultation, examen et visite (en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC) et avis administratifs

[Partie III](#) Codes d'acte abolis ou modifiés (incluant certains tarifs)

[Partie IV](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 151* et avis administratifs – Nouvelle facturation à l'acte (sur le site Web seulement)

[Partie V](#) Extrait de l'onglet B – Consultation, examen et visite (en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC) et avis administratifs – Nouvelle facturation à l'acte (sur le site Web seulement)

1 Nouvelle nomenclature en cabinet, à domicile, en CLSC et en UMF (CH et CLSC)

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

À compter du **1^{er} juin 2016**, une nouvelle nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC remplacera les examens et les consultations accessibles dans ces lieux de pratique, que le médecin soit rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.

Cette nomenclature remplace le paragraphe 2.2.6 A existant au préambule général. Les dispositions de l'actuel paragraphe 2.2.6 A relatives à l'examen à domicile du patient en perte sévère d'autonomie se situent dorénavant à l'alinéa 15) de ce sous-paragraphe. Le détail des 15 nouvelles visites est présenté à la section 5 de l'infolettre.

Certains services ne sont pas spécifiques à ces lieux et demeurent accessibles selon les règles générales de l'entente : l'intervention clinique, la psychothérapie, la constatation de décès, les actes diagnostiques et thérapeutiques, une chirurgie, etc.

Certains suppléments qui venaient bonifier les examens (forfait de responsabilité à l'examen du patient vulnérable, supplément à l'examen de l'enfant de 0 à 5 ans, supplément à la prise en charge de grossesse durant le premier trimestre et supplément à la visite de suivi de grossesse) ne sont plus payables avec les visites de la nouvelle nomenclature, car ils sont maintenant **intégrés au tarif**. Par contre, la facturation de ces suppléments est permise dans certaines situations (voir la section 6 de l'infolettre).

L'annexe I de l'annexe XXIII de l'Entente, notamment les tableaux B-1 et B-2 de la section *B – Services de première ligne en CLSC et unités de médecine familiale* sera modifiée en conséquence par l'*Amendement n° 152*. Vous pouvez consulter l'[infolettre 060](#) du 30 mai 2016 pour plus d'information à ce sujet.

De plus, à compter du **1^{er} novembre 2016**, date d'entrée en vigueur des paragraphes **5 C) et 5 D)** de l'*Amendement n° 151*, seul le patient, quel que soit son âge, pour lequel une catégorie de problème de santé est identifiée, sera considéré comme patient vulnérable. De ce fait, une personne âgée de 70 ans et plus sans problème de santé ne sera plus considérée comme vulnérable (voir la section 6 de l'infolettre).

Le texte paraphé de l'*Amendement n° 151* et les avis administratifs afférents sont présentés à la [partie I](#) de l'infolettre. Certains avis administratifs et messages explicatifs seront également modifiés dans vos manuel et brochures en concordance avec la nouvelle nomenclature.

Les instructions de facturation s'adressant au médecin qui a migré vers la nouvelle facturation à l'acte sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous votre profession – *Nouvelle facturation à l'acte* ainsi qu'à la [partie IV](#) de l'infolettre.

Facturation

La Régie sera prête à recevoir la facturation des services rendus dans le cadre de la nouvelle nomenclature des actes en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC **à compter du 7 juin 2016**, et ce, rétroactivement au 1^{er} juin 2016.

Exclusions

Service d'urgence d'un CLSC

Le médecin qui exerce dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir des dispositions de la nouvelle nomenclature. Toutefois, il peut en bénéficier au sein d'un CLSC du réseau de garde intégré s'il rend des services ailleurs qu'au service d'urgence.

Lettre d'entente n° 275

Le médecin concerné par la *Lettre d'entente n° 275* sur les modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte à instaurer au sein du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et du programme de santé mentale d'un CLSC ne peut se prévaloir des dispositions de la nouvelle nomenclature.

Centre de détention

Les troisième et quatrième alinéas du sous-paragraphe 1.1.6 b. du préambule général sont retirés et le sous-paragraphe 1.1.6 d. est remplacé. Comme auparavant, un centre de détention est réputé être une installation autre qu'un CLSC ou une UMF en centre hospitalier. Sous réserve des modalités spécifiques, la rémunération applicable est celle des services rendus à domicile (paragr. 1.1.6 d. du préambule général).

Vous pouvez consulter la liste des codes d'actes abolis dans certains lieux à compter du 1^{er} juin 2016 à la [partie III](#) de l'infolettre. Cette liste fait état des services permis uniquement en centre de détention dans le cadre de la nouvelle *Lettre d'entente n° 295*.

Pour connaître les particularités de rémunération applicables, de façon transitoire, aux services rendus en centre de détention **à compter du 1^{er} juin 2016**, la Régie vous invite à consulter l'[infolettre 059](#) du 30 mai 2016 sur la *Lettre d'entente n° 295*.

2 Dispositions générales

Cette section de l'infolettre présente les dispositions générales relatives à la nouvelle nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC.

Patient inscrit

La notion de « patient inscrit » au paragraphe 2.2.6 A du préambule général réfère à l'inscription selon les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n° 40).

2.1 Visite sur rendez-vous ou sans rendez-vous (paragr. 1 A) vii) a) de l'amendement)

Dans le cadre de la nouvelle nomenclature en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, certains services sont permis **sur rendez-vous** ou par l'accès adapté ou **sans rendez-vous**. Le libellé de chacune des visites de la nouvelle nomenclature précise les dispositions applicables à chacune des visites (voir la section 5 de l'infolettre).

2.2 Tarifs pour le patient vulnérable

Les tarifs prévus pour les services rendus auprès d'un patient vulnérable peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient est inscrit (médecin traitant) ou par un médecin du groupe, comme défini au sous-paragraphe 6.02 C) de l'EP – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) (voir la section 6 de l'infolettre).

2.3 Tarification bonifiée (paragr. 1 A) vii) a)

La tarification associée à certains actes de la nouvelle nomenclature est modulée selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);
- l'âge du patient (moins de 80 ans ou 80 ans et plus).

Ainsi, le médecin ayant, **au premier jour du mois précédent un trimestre d'application**, 500 patients ou plus inscrits à son nom, tous lieux de pratique confondus, peut se prévaloir de la tarification bonifiée. Le caractère « actif » du patient au sens de l'EP – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) n'est pas considéré aux fins du calcul de ce nombre de patients. Le premier trimestre d'une année d'application débute le 1^{er} janvier.

Par exemple, le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin pour le trimestre du 1^{er} juillet au 30 septembre 2016 sera celui calculé par la Régie au **1^{er} juin 2016**.

Nombre de patients inscrits pour la facturation de juin 2016

Exceptionnellement, pour le mois de juin 2016, le nombre de patients inscrits auprès de chaque médecin a été déterminé par la Régie à partir de celui du 1^{er} mai 2016.

Pour le médecin, **il importe** donc de transmettre l'inscription de ses patients à la Régie avant les dates de référence, et ce, jusqu'à minuit **le jour précédent**. Les dates de référence pour le calcul du nombre de patients inscrits auprès d'un médecin sont les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre et 1^{er} décembre (voir la section *Nombre de patients inscrits disponible par les services en ligne de la Régie* ci-dessous).

Le comité paritaire peut donner accès à la tarification bonifiée à un médecin dans certaines situations particulières.

Inscription rétroactive

Une inscription de patient transmise à la Régie **ne sera pas cumulée** dans le total de patients inscrits auprès d'un médecin si celle-ci n'est pas reçue au premier jour du mois précédant un trimestre, cette inscription n'étant pas enregistrée au système au moment de la lecture servant de référence pour ce trimestre. De plus, **aucune demande de révision** du nombre de patients inscrits utilisé comme référence ne sera possible.

Le médecin doit toujours utiliser, pour le trimestre en cours, les codes d'acte applicables pour le nombre de patients inscrits enregistrés à la Régie le premier jour du mois précédent ce trimestre. Au trimestre suivant, les inscriptions reçues après la date de référence seront incluses dans le nombre total de patients inscrits auprès du médecin.

Tarification bonifiée : facturer avec le code d'acte approprié

Pour vous prévaloir de la tarification bonifiée, vous devez facturer les services rendus avec les codes d'acte correspondant à votre situation, à défaut de quoi votre facturation sera refusée.

La nouvelle nomenclature, les codes d'acte et les tarifs afférents et les avis administratifs sont présentés à la [partie II](#) de l'infolettre ainsi qu'à la [partie V](#) pour le médecin qui a migré vers la nouvelle facturation à l'acte.

Nombre de patients inscrits disponible par les services en ligne de la Régie

Un nouveau rapport intitulé « *Nombre de patients inscrits utilisé pour la tarification* » sera disponible dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* au cours des prochaines semaines. Ce rapport vous permettra de connaître votre nombre de patients inscrits par trimestre (voir la section 11 de l'infolettre). Vous serez informé par infolettre lorsque le nouveau rapport sera disponible.

2.3.1 Médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an

Le médecin qui détient un permis de pratique du Collège des médecins du Québec depuis moins d'un an peut se prévaloir de la tarification bonifiée, **s'il s'engage auprès de son Département régional de médecine générale (DRMG)** à effectuer la prise en charge et le suivi **d'au moins 500 patients** au terme de quatre trimestres complétés. Il peut se prévaloir de cette tarification pour un maximum de quatre trimestres complets à la suite de l'obtention de son permis de pratique.

Par exemple, le médecin qui obtient son permis de pratique le 15 juin 2016 et qui s'engage auprès de son DRMG à compter du 25 juin 2016, peut se prévaloir de la tarification bonifiée pour les périodes suivantes :

- du 25 au 30 juin 2016;
- du 1^{er} juillet au 30 septembre 2016 (1^{er} trimestre complet);
- du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016 (2^e trimestre complet);
- du 1^{er} janvier au 31 mars 2017 (3^e trimestre complet);
- du 1^{er} avril au 30 juin 2017 (4^e trimestre complet).

Pour la période du 15 au 24 juin 2016, le médecin doit facturer la tarification régulière (non bonifiée) considérant que son engagement a pris effet le 25 juin 2016.

Ce médecin devra compter 500 patients inscrits à son nom au 1^{er} juin 2017 pour se prévaloir de la tarification bonifiée à compter du trimestre débutant le 1^{er} juillet 2017. Si, au 1^{er} juin 2017, le minimum requis de 500 patients inscrits n'est pas atteint, le médecin devra utiliser la tarification régulière (non bonifiée).

Afin de démontrer son engagement auprès de son DRMG, le médecin doit acheminer au *Service de l'admissibilité et du paiement* de la Régie une lettre précisant :

- ses nom, prénom et numéro de professionnel;
- la date à partir de laquelle il s'est engagé auprès de son DRMG.

Cette lettre doit être signée par le médecin.

Cette disposition s'applique également au médecin qui a obtenu son permis de pratique à une date postérieure au 1^{er} avril 2015. Ainsi, si ce médecin s'engage auprès de son DRMG à compter du **1^{er} juin 2016**, il peut se prévaloir de la tarification bonifiée pour le mois de juin 2016, peu importe son nombre de patients inscrits. Toutefois, si au 1^{er} mai 2016, ce médecin a déjà le minimum requis de 500 patients inscrits à son nom, il n'est pas nécessaire qu'il s'engage auprès de son DRMG ni qu'il informe la Régie pour se prévaloir de la tarification bonifiée pour le mois de juin 2016.

Le médecin doit compter 500 patients inscrits à son nom au 1^{er} juin 2016 pour se prévaloir de la tarification bonifiée pour le trimestre débutant le 1^{er} juillet 2016. Si, au 1^{er} juin 2016, le minimum requis de 500 patients inscrits n'est pas atteint, il doit utiliser la tarification régulière (non bonifiée) à compter du 1^{er} juillet 2016.

Le médecin détenant son permis de pratique depuis moins d'un an qui ne prend pas cet engagement auprès du DRMG doit facturer ses services à la tarification régulière (non bonifiée).

Engagement auprès de votre DRMG

Au cours des prochaines semaines, le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an, qui désire s'engager auprès de son DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients, doit en aviser la Régie par lettre d'ici le **1^{er} octobre 2016**. Ce médecin peut facturer la tarification bonifiée à partir de la **date de début de son engagement**.

Si la Régie n'a pas reçu la lettre d'engagement du médecin d'ici le 1^{er} octobre 2016 et que celui-ci facture la tarification bonifiée, une **récupération des montants versés en trop** sera effectuée.

2.3.2 Médecin détenant un permis de pratique depuis 35 ans ou plus

Le médecin détenant son permis de pratique depuis 35 ans ou plus, qui effectue la prise en charge et le suivi de clientèle, peut se prévaloir de la tarification bonifiée peu importe son nombre de patients inscrits. Ce médecin a accès à la tarification bonifiée le jour même de l'atteinte de ses 35 ans de pratique. Pour facturer ses services, il doit utiliser les codes d'acte correspondant à la situation, à défaut de quoi sa facturation sera refusée (voir la [partie II](#) ou la [partie V](#) de l'infolettre).

Le médecin détenant son permis de pratique depuis 35 ans ou plus qui n'effectue pas la prise en charge et le suivi de clientèle doit facturer ses services à la tarification régulière (non bonifiée).

Afin de connaître la date d'obtention de votre permis de pratique, vous pouvez consulter l'encadré *Renseignements personnels* de votre service en ligne *Mon dossier*.

2.4 Garde en disponibilité

Dans le cadre de la nouvelle nomenclature des actes en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, seules les visites **ponctuelle mineure** et **ponctuelle complexe**, la visite à domicile du patient en perte sévère d'autonomie et les visites d'évaluation d'un problème mineur ou d'un problème complexe en vue de donner une opinion peuvent être facturées durant une garde en disponibilité, conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général.

Le médecin appelé à se déplacer et à rendre des services sur place pendant une période de garde en disponibilité, qu'elle soit rémunérée ou non, peut facturer ces visites, quel que soit son lieu de pratique habituel ou son mode de rémunération.

Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence peuvent également être permis durant une période de garde en disponibilité (voir la section 5.16 de l'infolettre).

2.5 Majorations des annexes XII, XII-A et XX et plafond trimestriel

Dans le cadre de la nouvelle nomenclature des actes en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, les majorations des annexes XII et XII-A s'appliquent.

Les majorations en horaires défavorables de l'annexe XX et les modalités de l'annexe IX relatives au plafond trimestriel s'appliquent également.

3 Abolition de certains éléments de l'Entente

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL*,
ONGLET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*
ONGLET *B1 – ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES*

À compter du 1^{er} juin 2016, les **consultations** ne sont plus payables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC. Elles demeurent toutefois payables en clinique externe de CHSGS, en service d'urgence de CHSGS et à l'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré (paragr. 2.1 du préambule général).

Les **examens** ne sont plus payables dans les lieux visés par la nouvelle nomenclature. Ils demeurent toutefois payables dans les lieux susmentionnés (paragr. 2.2 du préambule général).

Dans le cadre des activités cliniques préventives, le soutien médical à l'abandon du **tabagisme est aboli** (code d'acte **15161**) (paragr. 1 C ii)). Cette activité est dorénavant **incluse dans certaines visites** de la nouvelle nomenclature (voir la section 5 de l'infolettre).

Les codes d'acte abolis dans certains lieux et les libellés ou tarifs modifiés paraissent à l'annexe II de l'*Amendement n^o 151*. Vous pouvez en prendre connaissance à la [partie III](#) de l'infolettre.

Les [tableaux synthèse](#) de l'onglet *B – Consultation, examen et visite* sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous votre profession, sous l'onglet B du Manuel des médecins omnipraticiens.

Ces modifications seront intégrées ultérieurement dans votre manuel.

4 Dispositions spécifiques

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Cette section de l'infolettre présente les dispositions spécifiques à la nouvelle nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC.

4.1 Services rendus sur rendez-vous ou par l'accès adapté par le médecin traitant ou par un médecin du groupe de pratique (paragr. 1 A vii) b) i))

Les visites sur rendez-vous ou par l'accès adapté suivantes **sont réservées** exclusivement au médecin auprès duquel le patient est inscrit (médecin traitant) :

- Visite de prise en charge lors de l'inscription;
- Visite périodique d'un patient vulnérable.

Les visites suivantes peuvent être facturées par le médecin traitant. Elles peuvent également être facturées par un médecin du groupe de pratique, mais uniquement lors de l'absence du médecin traitant pour 13 semaines ou plus, en raison d'un congé de maternité ou d'adoption, ou en cas d'invalidité totale :

- Visite de suivi d'un patient inscrit;
- Visite périodique pédiatrique.

4.2 Services rendus sans rendez-vous, ou services rendus sur rendez-vous par le médecin autre que le médecin traitant (paragr. 1 A vii) b) ii))

La visite ponctuelle mineure et la visite ponctuelle complexe sont facturées lorsqu'elles s'effectuent dans le cadre du **sans rendez-vous** :

- que le patient soit inscrit auprès d'un médecin du groupe ou non;
- que le médecin soit le médecin traitant, un médecin du groupe ou tout autre médecin.

Ces visites sont facturées lorsqu'elles sont effectuées **sur rendez-vous ou par l'accès adapté** :

- lorsque le médecin n'est pas le médecin traitant;
- que le patient soit inscrit ou non auprès d'un des médecins du groupe.

4.3 Visite de prise en charge et de suivi de grossesse (paragr. 1 A vii) b) iii))

Le médecin se prévaut de la visite de prise en charge de grossesse, tant au cours du premier trimestre qu'au-delà du premier trimestre et de la visite de suivi de grossesse selon les modalités prévues au paragraphe 2.2.6 A du préambule général (voir les sections 5.10 et 5.11 de l'infolettre).

Il peut également se prévaloir, en cas de prise en charge temporaire et de suivi d'une patiente enceinte (codes d'acte **15189** et **19074** (GMF)), du ou des suppléments prévus au paragraphe 7.03 de l'EP – Médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) (voir la section 6 de l'infolettre).

Le médecin qui prend en charge ou fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS de façon régulière ou non ainsi que le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire est rémunéré selon les modalités prévues à l'article 7.00 de cette entente particulière.

4.4 Visite à domicile (paragr. 1 A) vii) b) iv))

Les visites prévues au paragraphe 2.2.6 A du préambule général sont accessibles au médecin qui rend des services au domicile d'un patient. Ce médecin se prévaut des modalités applicables pour les services rendus en cabinet ou, selon le cas, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC comme décrit à la nouvelle nomenclature.

Des dispositions particulières s'appliquent au patient en perte sévère d'autonomie pour les premier, deuxième et troisième patients vivant sous le même toit. Au-delà de ce nombre, le médecin doit facturer les nouvelles visites (voir la section 5 de l'infolettre).

5 Nomenclature des actes en cabinet, à domicile, en CLSC et en UMF (CH et CLSC)

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL*
ONGLET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*

Cette section de l'infolettre présente les 15 nouvelles visites qui pourront être facturées pour les services rendus en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC à compter du 1^{er} juin 2016 (paragr. 1 A) d) 1) à 15)).

Certains services sont réservés au médecin traitant. Toutefois, en cas d'interruption des activités du médecin traitant pour une période continue de plus de 13 semaines pour cause d'invalidité, de maternité ou d'adoption, tout médecin du groupe de pratique qui le remplace peut se prévaloir de certains de ces actes réservés.

Un supplément d'honoraires est prévu pour les déplacements d'urgence (paragr. 1 A) d) 16)).

Les libellés et les tarifs des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et UMF-CLSC qui **remplacent** les actes applicables dans ces lieux de pratique jusqu'au 31 mai 2016 pour les patients de moins de 70 ans et de 70 ans et plus ainsi que les avis administratifs afférents sont présentés à la [partie II](#) de l'infolettre. La [partie V](#) présente la même information avec les avis correspondant à la nouvelle facturation à l'acte.

Un [tableau synthèse des visites](#) complète l'information. Ce tableau est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous votre profession, sous l'onglet *A – Préambule général* du Manuel des médecins omnipraticiens.

Facturer avec le code d'acte approprié

Vous devez facturer les services rendus en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC avec les codes d'acte correspondant à la situation, à défaut de quoi votre facturation sera refusée.

La nouvelle nomenclature, les codes d'acte et les tarifs afférents et les avis administratifs sont présentés à la [partie II](#) de l'infolettre ainsi qu'à la [partie V](#) pour le médecin qui a migré vers la nouvelle facturation à l'acte.

La Régie sera prête à recevoir la facturation des services rendus dans le cadre de la nouvelle nomenclature à compter du **7 juin 2016**, et ce, rétroactivement au 1^{er} juin 2016.

5.1 Visite de prise en charge

La visite de prise en charge vise l'évaluation d'un patient nouvellement inscrit auprès du médecin qui assurera un suivi longitudinal (médecin traitant).

Cette visite comprend l'évaluation du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Elle inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Cette visite est facturée **une seule fois** lors de l'inscription initiale du patient auprès du médecin traitant. Si un patient change de médecin au cours d'une même année, cette visite est payable pour chacun des médecins.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);
- l'âge du patient (moins de 80 ans ou 80 ans et plus).

Cette visite, de même que sa tarification bonifiée pour le patient vulnérable, peut être facturée sur rendez-vous ou par l'accès adapté uniquement par le médecin traitant.

Cette visite n'est pas accessible dans le cadre du sans rendez-vous. Lorsqu'un médecin veut inscrire un patient qu'il a rencontré au sans rendez-vous, il doit le faire lors d'un rendez-vous subséquent.

5.2 Visite périodique d'un patient vulnérable

La visite périodique d'un patient vulnérable concerne le patient vulnérable déjà inscrit auprès du médecin et dont le médecin assure le suivi longitudinal (médecin traitant). Elle vise à évaluer l'évolution du patient et à mettre à jour le plan de traitement.

Cette visite comprend l'évaluation du patient, une actualisation du plan de traitement et, lorsque requis, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Elle inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Cette visite peut être facturée **une seule fois par année civile**. Elle ne peut être facturée durant la même année civile par le médecin qui a déjà été rémunéré pour le même patient lors de :

- la visite de prise en charge;
- l'examen complet majeur;
- la visite de prise en charge de grossesse;
- l'examen de prise en charge de grossesse;
- le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'âge du patient (moins de 80 ans ou 80 ans et plus).

Cette visite peut être facturée sur rendez-vous ou par l'accès adapté uniquement par le médecin traitant.

5.3 Visite de suivi d'un patient inscrit

La visite de suivi d'un patient inscrit concerne le patient déjà inscrit auprès du médecin et dont le médecin assure le suivi longitudinal (médecin traitant). Elle vise l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

Cette visite comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Elle inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);
- l'âge du patient (moins de 80 ans ou 80 ans et plus).

Cette visite, de même que sa tarification bonifiée pour le patient vulnérable, peut être facturée par le médecin traitant ou par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i) du préambule général, soit lors de l'absence du médecin pour 13 semaines ou plus.

Cette visite peut être facturée uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

5.4 Visite ponctuelle mineure

La visite ponctuelle mineure consiste en l'évaluation d'un patient inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème concernant un seul système ou une seule partie du corps.

Cette visite comprend le questionnaire, l'examen pertinent, lorsque requis, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou à ses proches.

Elle peut être facturée plus d'une fois par jour pour un même patient lorsqu'un contact subséquent est requis pour effectuer un nouveau questionnaire ou un nouvel examen, ou pour débiter un traitement, pour évaluer un traitement en cours, pour observer l'évolution d'une maladie ou pour évaluer la réponse à un traitement.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);
- l'âge du patient (moins de 80 ans ou 80 ans et plus).

Cette visite peut être facturée par le médecin traitant, par un médecin du groupe de pratique ou par tout autre médecin. Elle peut être facturée dans le cadre du **sans rendez-vous** par tous les médecins.

Cependant, cette visite peut être facturée **sur rendez-vous** uniquement par un médecin autre que le médecin traitant. La tarification bonifiée pour le patient vulnérable est accessible pour le médecin traitant ou pour un médecin du groupe.

La visite ponctuelle mineure peut être facturée durant une période de garde en disponibilité.

5.5 Visite ponctuelle complexe

La visite ponctuelle complexe consiste en l'évaluation d'un patient inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème portant sur plus d'un système ou plus d'une région du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou à ses proches.

Les examens suivants satisfont aux exigences de la visite ponctuelle complexe :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil et la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou, lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles;
- l'évaluation des fonctions mentales supérieures incluant, lorsqu'indiqué, l'évaluation du risque suicidaire.

Elle peut être facturée plus d'une fois par jour pour un même patient lorsqu'un contact subséquent est requis pour effectuer une nouvelle évaluation physique ou mentale.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);
- l'âge du patient (moins de 80 ans ou 80 ans et plus).

Cette visite peut être facturée par le médecin traitant, par un médecin du groupe de pratique ou par tout autre médecin. Elle peut être facturée dans le cadre du **sans rendez-vous** par tous les médecins.

Cependant, cette visite peut être facturée **sur rendez-vous** uniquement par un médecin autre que le médecin traitant. La tarification bonifiée pour le patient vulnérable est accessible pour le médecin traitant ou pour un médecin du groupe.

La visite ponctuelle complexe peut être facturée durant une période de garde en disponibilité.

5.6 Visite d'évaluation psychiatrique

La visite d'évaluation psychiatrique est réalisée à la demande d'un médecin dans le but d'obtenir l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi en santé mentale d'un patient, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

En plus de l'examen psychiatrique du patient, cette évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel qui l'accompagne.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation et de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il débute.

Cette visite ne peut être facturée par le médecin traitant, mais peut l'être par un médecin du groupe de pratique ou par tout autre médecin.

Le médecin qui a effectué la visite d'évaluation psychiatrique et qui revoit le patient dans le cadre d'un suivi conjoint ne peut facturer de nouveau la visite d'évaluation psychiatrique.

Cette visite peut être facturée uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

La tarification de cette visite n'est pas modulée.

5.7 Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique se fait auprès du médecin qui assure un suivi conjoint en santé mentale pour un patient inscrit auprès d'un autre médecin, ou par le médecin qui assure un suivi en santé mentale auprès d'un patient non inscrit. Elle fait généralement suite à une visite d'évaluation psychiatrique à la demande du médecin traitant.

Cette visite comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être facturée par le médecin traitant, mais peut l'être par un médecin du groupe de pratique ou par tout autre médecin.

Cette visite peut être facturée uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

La tarification de cette visite n'est pas modulée.

5.8 Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion est effectuée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise à obtenir l'opinion ou l'expertise d'un médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Cette évaluation doit satisfaire aux exigences de la visite ponctuelle mineure (voir la section 5.4 ci-dessus). Elle inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation et de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et du traitement qu'il recommande ou qu'il débute.

Cette visite peut être facturée uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté ou dans le cadre du sans rendez-vous.

La tarification de cette visite n'est pas modulée.

La visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion peut être facturée durant une période de garde en disponibilité.

5.9 Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion est effectuée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise à obtenir l'opinion d'un médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Cette évaluation inclut l'examen physique ou mental décrit à la visite ponctuelle complexe (voir la section 5.5 ci-dessus). Elle inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation et de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et du traitement qu'il recommande ou qu'il débute.

Cette visite peut être facturée uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté ou dans le cadre du sans rendez-vous.

La tarification de cette visite n'est pas modulée.

La visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion peut être facturée durant une période de garde en disponibilité.

5.10 Visite de prise en charge de grossesse

La visite de prise en charge de grossesse consiste en la première évaluation d'une patiente par le médecin qui assurera le suivi prénatal ou une partie de celui-ci. Cette visite remplace l'examen de prise en charge de grossesse et le supplément lorsque cet examen se faisait durant le premier trimestre en cabinet, en CLSC, en UMF CH et en UMF CLSC.

Cette visite comprend l'examen pertinent et inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les actes préventifs appropriés.

À l'occasion de cette visite ou de la visite subséquente, le médecin remplit les formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en installation et prescrit les examens de dépistage pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon :

- que la patiente est vulnérable ou non;
- que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus;
- que la visite de prise en charge est effectuée au cours du premier trimestre de grossesse ou non; et,
- lorsque la visite s'effectue au cours du premier trimestre de grossesse, selon qu'il y a ou non référence à un second médecin au cours de ce même trimestre pour assurer le suivi de grossesse par la suite.

Cette visite peut être facturée par le médecin traitant, par un médecin du groupe de pratique ou par tout autre médecin uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté. La tarification bonifiée pour le patient vulnérable est accessible pour le médecin traitant ou pour un médecin du groupe.

Pour une même patiente au cours de la même grossesse, un seul médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération applicables à la prise en charge de grossesse. Ceci vaut que le médecin soit rémunéré pour la visite de prise en charge de grossesse ou qu'il se prévale du supplément applicable pour la prise en charge de grossesse au cours du premier trimestre, comme prévu au paragraphe 7.02 A) de l'EP – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) (voir la section 6 de l'infolettre).

Si la patiente est **déjà inscrite comme patiente vulnérable** auprès du médecin qui facture ce service, il ne peut subséquemment, durant la même année civile, facturer la visite périodique pour un patient vulnérable inscrit.

Lorsque le médecin qui assure le suivi prénatal transfère la patiente à un deuxième médecin en vue de l'accouchement, du fait que ce premier médecin n'effectue pas d'accouchement, le médecin auquel la patiente est transférée peut facturer la visite de prise en charge de grossesse. Dans ce contexte, il n'est pas tenu de prescrire les examens de dépistage, s'ils ont déjà été effectués.

Ce service ne peut être facturé par le médecin qui évalue une patiente en vue de mettre fin à sa grossesse.

5.11 Visite de suivi de grossesse

La visite de suivi de grossesse consiste en l'évaluation d'une patiente enceinte dans le cadre d'un suivi prénatal.

Cette visite comporte le questionnaire et l'examen pertinent de même que les investigations requises par l'état de la patiente. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les actes préventifs appropriés.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);

Cette visite peut être facturée par le médecin traitant, par un médecin du groupe de pratique ou par tout autre médecin uniquement sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

La tarification bonifiée pour le patient vulnérable est accessible pour le médecin traitant ou pour un médecin du groupe.

5.12 Visite périodique pédiatrique

La visite périodique pédiatrique est une visite sur rendez-vous pour un patient âgé de 0 à 63 mois effectuée par le médecin auprès duquel il est inscrit et qui en assure le suivi longitudinal (médecin traitant). Elle vise le dépistage des problèmes de développement et l'évaluation dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

L'évaluation doit répondre aux conditions décrites à la visite de suivi d'un patient inscrit. Le médecin doit évaluer les éléments pertinents de l'abécédaire de suivi et consigner les éléments pertinents au dossier.

Le tarif est modulé selon les critères suivants :

- le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus);
- l'état de santé du patient (vulnérable ou non);

Un nombre **maximum de services** est prévu pour la rémunération spécifique de la visite périodique pédiatrique. Pour un même patient, sont comptabilisées à cette fin :

- la visite de prise en charge lors de l'inscription;
- la visite périodique d'un patient vulnérable;
- la visite périodique pédiatrique;
- l'intervention clinique pour la clientèle pédiatrique;
- le supplément de responsabilité à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans.

Le nombre maximal de ces services pouvant être facturé est :

- entre 0 et 21 mois : 8 visites;
- entre 22 et 63 mois : 1 visite par année civile.

Cette visite, de même que sa tarification bonifiée pour le patient vulnérable, peut être facturée par le médecin traitant ou par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i) du préambule général, soit lors de l'absence du médecin pour 13 semaines ou plus.

Cette visite peut être facturée sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

5.13 Communication avec un médecin spécialiste

Le médecin qui communique par téléphone avec un médecin spécialiste, à l'exclusion d'un spécialiste en médecine familiale, concernant un patient dont il assure les soins, peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient faisant l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication se tient en l'absence du patient;
- La communication est engagée par le médecin spécialiste ou par le médecin qui facture le forfait;
- La discussion est requise en raison de la gravité ou de la complexité de la situation;

- La discussion vise le plan de traitement du patient pour obtenir un avis sur le diagnostic ou les recommandations sur la prise en charge et le suivi du patient; et,
- Le médecin compte 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant le trimestre d'application.

Pour chaque trimestre, le médecin peut facturer le nombre maximal de forfaits établi en fonction de son nombre de patients inscrits au premier jour du mois précédant le trimestre d'application :

- 1 500 patients inscrits ou plus : **39** forfaits
- 1 000 patients inscrits ou plus mais moins de 1 500 patients inscrits : **26** forfaits
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1 000 patients inscrits : **13** forfaits

Ce forfait peut être facturé par tout médecin appelé à prodiguer des soins à ce patient. Il n'est pas nécessaire que le patient soit inscrit auprès de ce médecin ni auprès d'un autre médecin.

La demande de paiement doit faire état de l'identité du patient et du lieu, cabinet ou installation, où la communication est effectuée.

5.14 Communication avec un autre professionnel de la santé

Le médecin qui communique par téléphone avec un autre professionnel de la santé, à l'exclusion d'un médecin spécialiste ou omnipraticien, concernant un patient dont il assure les soins, peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication se tient en l'absence du patient;
- La communication est effectuée avec une infirmière, un travailleur social, un inhalothérapeute, une diététicienne ou un pharmacien. Cet intervenant ne fait pas partie du personnel avec lequel le médecin échange couramment, ni du cabinet ou de l'installation dans lequel le médecin exerce, que cet intervenant soit rémunéré ou non par le CISSS ou le CIUSSS;
- La discussion concerne les soins à prodiguer au patient;
- Le médecin compte 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application;
- Avec un pharmacien, la communication donne lieu à un changement thérapeutique et ce changement lui est transmis. La communication pour effectuer une ordonnance, ou le simple renouvellement d'ordonnance, ne répondent pas à cette exigence.

Pour chaque trimestre, le médecin peut facturer le nombre maximal de forfaits établi en fonction de son nombre de patients inscrits au premier jour du mois précédant le trimestre d'application :

- 1 500 patients inscrits ou plus : **39** forfaits
- 1 000 patients inscrits ou plus mais moins de 1 500 patients inscrits : **26** forfaits
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1 000 patients inscrits : **13** forfaits

Ce forfait qui **remplace la discussion de cas** (paragr. 6.03 de l'EP – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40)) peut être facturé par tout médecin appelé à prodiguer des soins à ce patient. Il n'est pas nécessaire que le patient soit inscrit auprès de ce médecin ni auprès d'un autre médecin.

La demande de paiement doit faire état de l'identité du patient et du lieu, cabinet ou installation, où la communication est effectuée.

5.15 Visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs

Le paragraphe 2.2.6 A *Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie* du préambule général est remplacé.

La visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie doit satisfaire aux exigences suivantes :

- Lors de la visite initiale ou annuelle, le médecin procède à l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'évaluation physique ou mentale, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale;
- Lors des visites subséquentes, le médecin prodigue les soins courants à la suite d'un examen physique ou mental pour évaluer un problème médical, débiter un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication;
- La visite s'effectue au Québec.

Le patient en perte sévère d'autonomie présente les caractéristiques suivantes :

- Il nécessite des soins médicaux actifs et un suivi; et,
- Il est incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants ou sans s'exposer à un risque inutilement élevé pour son intégrité physique ou mentale, ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne.

Le patient en soins palliatifs qui fait l'objet de visites à domicile est réputé répondre aux caractéristiques décrites ci-dessus. Il en va de même du patient qui est évalué par un médecin dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie d'un CHSGS ou d'un CHSLD.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

Cette visite peut être facturée par tout médecin. La tarification bonifiée pour le patient vulnérable est accessible pour le médecin traitant ou pour un médecin du groupe.

La visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs peut être facturée durant une période de garde en disponibilité.

5.16 Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, et selon les modalités qui y sont décrites, un supplément d'honoraires est accordé en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC lorsque le médecin doit se déplacer auprès d'un patient pour répondre à une urgence.

Ce supplément d'honoraires s'applique uniquement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins prodigués à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans le supplément de déplacement.

Le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence peut être facturé durant une période de garde en disponibilité.

Les sous-paragraphes 2.4.7.1 A) et B) *Suppléments* du préambule général sont remplacés par les suivants :

- A) Tous les jours, selon les plages horaires de 7 h à 16 h, de 16 h à 24 h ou de 0 h à 7 h : pour une visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie; pour un patient admis dans une installation.
- B) Le samedi, le dimanche, un jour férié ou tout autre jour de 19 h à 7 h : pour un patient en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.
- C) Tous les jours de 19 h à 7 h : pour une visite à domicile auprès d'un patient qui n'est pas en perte sévère d'autonomie.

Ce supplément **n'est pas payable** durant une période où un médecin est rémunéré selon le mode de rémunération mixte en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.

6 Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) est modifiée à la section II *Prise en charge et suivi des patients vulnérables* ainsi qu'à la section III *Prise en charge et suivi de certaines clientèles obstétricales et pédiatriques*.

Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} juin 2016**, sauf pour celles des paragraphes 5 C) et 5 D) de l'*Amendement n° 151*, qui entreront en vigueur le **1^{er} novembre 2016**.

6.1 Vulnérabilité sur la base de l'âge (paragr. 5 C))

À compter du **1^{er} novembre 2016**, le paragraphe 5.02 de l'entente particulière sera **supprimé**. De ce fait, la vulnérabilité des patients sur la base de l'âge sera abolie.

Actuellement, un patient âgé de 70 ans et plus est considéré comme vulnérable, même s'il ne présente pas de problème de santé. Cela ne sera plus le cas : seul le patient, quel que soit son âge, pour lequel une catégorie de problème de santé est identifiée sera considéré comme patient vulnérable. Le forfait annuel de prise en charge cessera donc d'être payé pour ce patient à partir du **1^{er} novembre 2016**, selon les dispositions prévues au paragraphe 6.01 E) de l'entente particulière.

Le paiement du forfait annuel de prise en charge est calculé mensuellement et versé trimestriellement, il sera donc payé pour ce patient pour le mois d'octobre seulement pour le trimestre du **1^{er} octobre** au **31 décembre 2016**. Le versement pour ce trimestre s'effectuera au début de l'année 2017.

Plafond trimestriel

Le médecin pour qui l'abolition de la vulnérabilité sur la base de l'âge aura pour effet de réduire à moins de 200 le total de ses patients vulnérables et d'enfants, comme spécifié au sous-paragraphe 1) du paragraphe 5.3 de l'annexe IX, devra s'assurer d'inscrire de nouveaux patients dans ces catégories **d'ici le 31 décembre 2016** pour que sa rémunération demeure exclue du calcul de son revenu brut pour les quatre trimestres commençant le **1^{er} mars 2017**.

6.2 Forfait annuel de prise en charge et tarif selon la catégorie de problème de santé (paragr. 5 D))

Le paragraphe 6.01 *Forfait annuel de prise en charge* de l'entente particulière est modifié.

Le paragraphe 6.01 A) est remplacé. Les montants de base du forfait annuel de prise en charge en cabinet et en installation sont majorés et la répartition selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé, comme prévu au paragraphe 5.01 de l'entente particulière, se fait en quatre groupes :

- **Groupe I :** le patient est identifié à une seule catégorie de problèmes de santé. Les tarifs sont majorés à 100 % du tarif de base;
- **Groupe II :** le patient est identifié à deux catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Les tarifs sont majorés à 150 % du tarif de base;
- **Groupe III :** le patient est identifié à trois catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Les tarifs sont majorés à 200 % du tarif de base;
- **Groupe IV :** le patient est identifié à deux catégories ou plus de problèmes de santé dont une de ces catégories est la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Les tarifs sont majorés à 200 % du tarif de base.

Ainsi, à compter du **1^{er} novembre 2016**, les tarifs pour les groupes I à IV seront de :

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Installation CLSC/UMF (GMF ou non)
	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)
Groupe I	59,80	44,95
Groupe II	89,70	67,45
Groupe III	119,60	89,90
Groupe IV	119,60	89,90

Le paragraphe 6.01 E) est remplacé pour correspondre à la suppression du paragraphe 5.02.

Un patient de 70 ans et plus pour lequel aucune catégorie de problème de santé n'a été identifiée ne sera plus considéré comme vulnérable à compter du 31 octobre 2016 (voir la section 6.1 ci-dessus).

Le premier alinéa du paragraphe 6.01 H) est également remplacé en concordance avec la nouvelle répartition des groupes de vulnérabilité.

6.3 Tarif de la visite pour le patient vulnérable et forfait de responsabilité (paragr. 5 E))

Le titre, le préambule et les alinéas A), B) et C) du paragraphe 6.02 *Forfait de responsabilité* de l'entente particulière sont remplacés.

Le forfait de responsabilité (codes d'acte **15169**, **15170** et **15171**) **ne peut être facturé** avec les nouveaux services du paragraphe 2.2.6 A du préambule général, son tarif étant désormais **intégré aux tarifs** prévus pour le patient vulnérable.

Ces tarifs peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient est inscrit (médecin traitant) ou, le cas échéant, par un médecin du groupe, conformément à l'article 6.02 C) de l'EP – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40).

Le forfait de responsabilité de **10,15 \$** en cabinet et de **7,85 \$** en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC demeure payable en plus des actes lorsque la nomenclature de l'acte ne prévoit pas de tarif spécifique pour les patients vulnérables, notamment :

En CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

- pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;
- pour le médecin rémunéré selon le mode mixte en UMF, durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec un acte diagnostique et thérapeutique incluant l'examen ou la visite ou, avec une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou plus;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec une intervention clinique ou une psychothérapie individuelle.

En cabinet

- avec un acte diagnostique et thérapeutique incluant l'examen ou la visite ou, avec une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou plus;
- avec une intervention clinique ou une psychothérapie individuelle.

Modification administrative

Sous le paragraphe 6.02 C), l'avis administratif est modifié comme suit :

AVIS : *Pour facturer le forfait, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *le code d'acte **15170** pour le forfait de responsabilité du patient **vu à domicile** lorsque le lieu habituel de suivi est une installation;*
- *le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité du patient **vu à domicile** lorsque le lieu habituel de suivi est un cabinet;*
- *le **numéro de facturation octroyé par la Régie** ou le code de localité seulement pour un cabinet n'en détenant pas dans la section Établissement;*
- *les honoraires demandés selon le lieu habituel de suivi;*

Le forfait doit être facturé à la même date que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectué et sur la même demande de paiement.

6.4 Discussion de cas et soutien au démarrage en cabinet (paragr. 5 F))

Le paragraphe 6.03 *Discussion de cas* concernant la participation à une discussion de cas par le médecin qui exerce en cabinet ou qui inscrit et assure le suivi d'une clientèle à domicile ainsi que le paragraphe 6.04 *Soutien au démarrage en cabinet* sur le forfait de soutien au démarrage d'une pratique en cabinet privé par patient vulnérable inscrit sont **abolis**.

6.5 Examen de prise en charge de grossesse (paragr. 5 G))

Le paragraphe 7.01 *Examen de prise en charge de grossesse* de l'entente particulière est modifié.

Le paragraphe 7.01 B) est remplacé afin de tenir compte de la nouvelle visite de prise en charge de grossesse. En effet, un seul examen de prise en charge de grossesse ou de visite de prise en charge de grossesse est payable par grossesse à un médecin. Également, lorsque le médecin a effectué la prise en charge de grossesse et qu'il doit diriger la patiente vers un autre médecin en vue de l'accouchement, ce second médecin peut facturer l'examen de prise en charge ou la visite de prise en charge de grossesse.

Pour une même patiente, le médecin qui facture l'examen de prise en charge de grossesse ne peut, par la suite durant la même année civile, se prévaloir de la visite de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge ou de la visite périodique d'un patient vulnérable.

Le paragraphe 7.01 D) est modifié. L'examen de prise en charge de grossesse (code d'acte **00059**) devient payable **uniquement** en clinique externe d'un CHSGS. Auparavant, il était payable en cabinet, à domicile ou en installation.

Le tarif de l'examen demeure à **63,80 \$**.

6.6 Suppléments à l'examen de prise en charge, au suivi et pour la prise en charge temporaire de grossesse (paragr. 5 H) et I))

Le paragraphe 7.02 *Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse* et le paragraphe 7.03 *Supplément pour prise en charge temporaire* de l'entente particulière sont modifiés.

6.6.1 Supplément à l'examen de prise en charge de grossesse

Comme auparavant, le supplément au premier examen fait lors de la prise en charge de grossesse (intervention clinique, examen complet ou examen de prise en charge de grossesse) (code d'acte **15159**) est accordé lorsque cette intervention ou cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente.

Ce supplément **n'est pas payable** en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CLSC et en UMF-CH avec la visite de prise en charge de grossesse ni avec aucune autre visite du paragraphe 2.2.6 A du préambule général (voir la section 5 de l'infolettre), son tarif étant désormais intégré à la visite de prise en charge de grossesse.

Une précision est ajoutée au second alinéa du paragraphe 7.02 A) à l'effet que le supplément est payable lorsque la patiente n'a pas déjà fait l'objet d'une visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, ou d'un examen ou d'une intervention clinique ayant donné lieu au paiement du supplément durant le premier trimestre pour la même grossesse.

Comme c'est le cas actuellement, lorsque le médecin réfère une patiente à un second médecin au cours du premier trimestre de sa grossesse pour que ce deuxième médecin en assure le suivi, ce supplément est payable uniquement au médecin auquel la patiente est référée.

Le tarif du supplément à l'examen de prise en charge de grossesse demeure à **45,35 \$** en cabinet ou à domicile et à **34,05 \$** en installation.

6.6.2 Supplément à l'examen de suivi de grossesse

Le premier alinéa du paragraphe 7.02 B) est modifié afin de préciser que le supplément pour le suivi de grossesse s'ajoute à l'intervention clinique individuelle (incluant en cabinet, à domicile, en CLSC et en UMF) et à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse.

Le supplément pour le suivi de grossesse **n'est pas payable** en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CLSC et en UMF-CH avec la visite de suivi de grossesse ni avec aucune autre visite du paragraphe 2.2.6 A du préambule général (voir la section 5 de l'infolettre), son tarif étant désormais intégré à la visite de suivi de grossesse.

Le tarif du supplément à l'examen de suivi de grossesse demeure à **10,90 \$** en cabinet ou à domicile (code d'acte **15144**) et à **8,55 \$** en installation (code d'acte **15145**).

6.6.3 Suppléments pour la prise en charge et le suivi de grossesse – autres situations de facturation

La facturation des suppléments à l'examen de prise en charge et à l'examen de suivi de grossesse est également permise dans les situations suivantes :

En CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

- pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;
- pour le médecin rémunéré selon le mode mixte en UMF, avec l'acte d'intervention de supervision;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec un acte diagnostique et thérapeutique incluant l'examen ou la visite ou, avec une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou plus;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec une intervention clinique ou une psychothérapie individuelle.

En cabinet et à domicile

- avec un acte diagnostique et thérapeutique incluant l'examen ou la visite ou, avec une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou plus;
- avec une intervention clinique ou une psychothérapie individuelle.

En clinique externe d'un CHSGS

- avec une intervention clinique, un examen complet ou un examen de prise en charge de grossesse (code d'acte **00059**).

6.7 Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans

Le paragraphe 8.01 *Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans* de l'entente particulière est modifié.

Le nombre d'examens périodiques et d'interventions cliniques individuelles admissibles au supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans se répartit désormais comme suit :

- entre 0 et 21 mois : 8 visites;
- entre 22 et 63 mois : 1 visite par année civile.

Aux fins de l'application du maximum d'examens périodiques et d'interventions cliniques individuelles, les services suivants sont considérés :

- la visite de prise en charge lors de l'inscription;
- la visite périodique d'un patient vulnérable;
- la visite périodique pédiatrique;
- l'intervention clinique pour la clientèle pédiatrique;
- le supplément de responsabilité à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans.

Le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans **n'est pas payable** en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CLSC et en UMF CH avec les visites prévues au paragraphe 2.2.6 A du préambule général (voir la section 5 de l'infolettre), son tarif étant désormais intégré aux visites.

La facturation de ce supplément est permise dans les situations suivantes :

En CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

- pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;
- pour le médecin rémunéré selon le mode mixte en UMF, avec l'acte d'intervention de supervision;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec une intervention clinique.

En cabinet

- avec une intervention clinique.

Le tarif du supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans demeure à **16,30 \$** en cabinet ou à domicile et à **12,75 \$** en installation (code d'acte **08877**).

7 Intervention clinique

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Les troisième et septième alinéas du paragraphe 2.2.6 B *Intervention clinique* du préambule général sont remplacés (paragr. 1 A) viii)).

Comme précédemment, pour permettre la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance doit durer au moins 25 minutes. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes peuvent être facturées par le médecin si la première période de la séance dure au moins 30 minutes. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas 90 minutes.

À compter du 1^{er} juin 2016, le médecin ne peut facturer plus de 180 minutes d'interventions cliniques pour une même journée, sous réserve des dispositions ci-dessous.

N'est pas comptabilisée aux fins de la durée quotidienne maximale, la durée d'une intervention clinique effectuée :

- pour un problème de santé mentale;
- pour un problème de toxicomanie;
- auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé (paragr. 5.01 de l'EP – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40));
- auprès de la clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC.

Le médecin indique le contexte lorsqu'il facture le service dans une des situations susmentionnées.

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en installation, en cabinet et à domicile. Le tarif est modulé selon que la visite est effectuée dans le cadre des activités du médecin en cabinet ou en installation. Pour ces fins, le médecin qui exerce exclusivement à domicile est réputé exercer dans le cadre d'activités en cabinet.

Si l'intervention clinique est effectuée à domicile par un médecin qui exerce en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC et qu'il doit se déplacer à plus de **10 kilomètres** de son point de départ, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée est accordé par période de 15 minutes, jusqu'à un maximum de 45 minutes dans chaque direction. Lors d'interventions cliniques successives à domicile, le point de départ est réputé être celui de l'intervention clinique à domicile qui précède la visite.

8 Indemnité de kilométrage

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLETS ENTENTE ET ENTENTES PARTICULIÈRES

Des modifications sont apportées au préambule général, à l'annexe XXII et aux ententes particulières CLSC (n° 17) et Médecin enseignant (n° 42) quant à l'indemnité de kilométrage pour le médecin qui se rend à domicile pour prodiguer des soins à un patient.

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes ne peut facturer son temps d'activité durant le déplacement lorsqu'il facture l'indemnité de kilométrage.

8.1 Préambule général (paragr. 1 A) xi)

Comme auparavant, une indemnité de kilométrage est prévue pour le médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital, dans ce dernier cas pour un accouchement (paragr. 2.4.2).

Désormais, la distance se mesure à compter de **10 kilomètres** du lieu de pratique principal du médecin que ce soit le cabinet, le CLSC, l'UMF-CH ou l'UMF-CLSC jusqu'au lieu de l'intervention, plutôt que des limites de la ville ou du village comme précédemment.

Dans le cas de visites à domicile en série, après la première visite à domicile de la journée, le point de départ est réputé être celui de la visite à domicile qui précède chaque nouvelle visite. Dans tous les cas, la distance est calculée **dans un sens seulement**.

Dans le cas du médecin qui exerce dans le cadre de la courte durée gériatrique en CHSGS ou en CHSLD, le lieu de pratique principal est cette installation.

8.2 Annexe XXII (paragr. 3)

L'annexe XXII *Modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique* est modifiée par l'ajout du paragraphe 1.09.

À compter du 1^{er} juin 2016, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon cette annexe qui rend des services à domicile à un patient peut également se prévaloir de l'indemnité de kilométrage, comme prévu au paragraphe 2.4.2 du préambule général.

8.3 Entente particulière CLSC (paragr. 4)

L'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires* (n° 17) est modifiée par l'ajout du paragraphe 3.06.

À compter du 1^{er} juin 2016, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon cette entente particulière qui rend des services à domicile à un patient peut également se prévaloir de l'indemnité de kilométrage, comme prévu au paragraphe 2.4.2 du préambule général.

8.4 Entente particulière Médecin enseignant (paragr. 6)

L'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (n° 42) est modifiée par l'ajout du paragraphe 4.11.

À compter du 1^{er} juin 2016, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon cette entente particulière qui rend des services à domicile à un patient peut également se prévaloir de l'indemnité de kilométrage, comme prévu au paragraphe 2.4.2 du préambule général.

9 Annexe IX – Conditions d'application des tarifs

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

L'annexe IX *Conditions d'application des tarifs* est modifiée au paragraphe 5.3 quant à ce qui est exclu du calcul du revenu brut trimestriel du médecin (paragr. 2 A) et 2 D)).

Au deuxième alinéa du sous-paragraphe 1), la notion de visite périodique pédiatrique est ajoutée en concordance avec la nouvelle nomenclature des actes (voir la section 5 de l'infolettre).

Au sous-paragraphe 27), l'exemption considère désormais la rémunération versée au médecin enseignant rémunéré selon le mode mixte prévu à l'annexe XXIII, soit le forfait horaire et les services prévus à la section B 2 – *Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH*.

10 Messages explicatifs

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *MESSAGES EXPLICATIFS*

Des messages explicatifs sont ajoutés à l'onglet *Messages explicatifs* du *Manuel des médecins omnipraticiens* :

- 813** Seul le médecin qui a inscrit le patient peut être rémunéré pour cet acte.
- 814** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut l'être par le médecin traitant.
- 856** Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 500 patients et plus ou détenant son permis de pratique depuis moins d'un an ou plus de 35 ans, ou qui détient une nomination spécifique, peut se prévaloir de la tarification bonifiée.
- 857** Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, vous détenez une clientèle inscrite de 500 patients et plus ou vous détenez un permis de pratique depuis moins d'un an ou plus de 35 ans, ou vous détenez une nomination spécifique. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 864** Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients peut être rémunéré pour cet acte.
- 865** Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients peut être rémunéré pour cet acte.
- 867** Conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général, seul le médecin ayant une clientèle inscrite de 1 500 patients et plus peut être rémunéré pour cet acte.

11 Services en ligne de la Régie

Vous pouvez accéder au service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel ou par la zone d'accès aux services en ligne dans le menu de droite de votre profession.

Pour toute question sur les services en ligne, vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels aux coordonnées ci-dessous.

Si ce n'est déjà fait, vous pouvez vous inscrire aux services en ligne de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel ou en communiquant avec le Centre d'assistance aux professionnels :

Région de Québec : 418 643-8210
Région de Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776



Entrez votre numéro de
professionnel et faites le 1
pour les services en ligne.

Courriel : sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Texte paraphé de l'Amendement n° 151

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée à l'annexe V de la façon suivante :

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

i) En ajoutant, au paragraphe 1, le deuxième alinéa suivant :

« L'ensemble des services tarifés de l'annexe V de l'entente générale est réservé au médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte sauf exception expressément prévue au tarif des services. »

ii) En remplaçant le paragraphe 1.1.1 par le suivant :

« Est comprise dans les honoraires de l'examen, de la visite, de la consultation ou des services qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l'annexe I du préambule général. »

iii) En modifiant le paragraphe 1.1.6 de la façon suivante :

a) En biffant les troisième et quatrième alinéas du sous-paragraphe 1.1.6 b.

b) En remplaçant le sous-paragraphe 1.1.6 d. par le suivant :

d. Centre de détention

Malgré ce qui précède, un centre de détention est réputé être un établissement autre qu'un CLSC ou une UMF en centre hospitalier. Sous réserve de modalités spécifiques, la rémunération applicable est celle des services rendus à domicile.

AVIS : Pour connaître les modalités de rémunération applicables en centre de détention, veuillez vous référer à la Lettre d'entente n° 295.

iv) En ajoutant sous le titre du paragraphe 2.1 « CONSULTATIONS » l'alinéa suivant :

« La nomenclature relative aux consultations est applicable en clinique externe de CHSGS et en service d'urgence de CHSGS et de CLSC du réseau de garde intégré. De plus, une partie de cette nomenclature, soit la consultation psychiatrique ordinaire (paragraphe 2.1.4 ci-dessous) et la consultation psychiatrique majeure (paragraphe 2.1.5 ci-dessous) est applicable en soins de courte durée et de longue durée d'un CHSGS, en CHSLD, en CHSP pour les soins physiques et en centre de réadaptation incluant le centre-jeunesse. »

v) En ajoutant sous le titre du paragraphe 2.2 « EXAMENS » l'alinéa suivant :

« La nomenclature relative aux examens est applicable en clinique externe de CHSGS et en service d'urgence de CHSGS et de CLSC du réseau de garde intégré. De plus, une partie de cette nomenclature, soit l'examen psychiatrique complet (paragraphe 2.2.4 ci-dessous) et l'examen psychiatrique complet majeur (paragraphe 2.2.5 ci-dessous) est applicable en soins de courte durée et de longue durée d'un CHSGS, en CHSLD, en CHSP pour les soins physiques et en centre de réadaptation incluant le centre-jeunesse. »

vi) En remplaçant la première phrase du deuxième alinéa du paragraphe 2.2.3 par la suivante :

« À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile ni le réclamer s'il a déjà été rémunéré, au cours de l'année civile, pour la visite périodique d'un patient vulnérable. »

vii) En remplaçant le paragraphe 2.2.6 A par le suivant :

« 2.2.6 A Visites, évaluations et communications applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC »

Note : Dans le présent paragraphe, la notion de patient inscrit a le sens de l'inscription selon les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge, et de suivi de la clientèle*.

a) Considérations générales

Le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH, ou en UMF-CLSC doit se prévaloir des actes décrits aux alinéas ci-dessous. Le médecin qui exerce dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir des présentes dispositions.

Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique (réf. par. 2.2.6 B du préambule général), de la psychothérapie (réf. par. 2.3 du préambule général), une évaluation médicale (réf. par 2.2.6 du préambule général), une constatation de décès (réf. par. 2.4.1 du préambule général), un transfert inter-établissement ou à partir du cabinet ou d'un domicile (réf. par 2.4.9 du préambule général) ou d'autres services prévus aux onglets des Actes diagnostiques et thérapeutiques, d'Anesthésie ou des diverses Chirurgies, il réclame ces services. Le médecin peut aussi se prévaloir des modalités prévues pour un service non tarifé (réf. par. 1.3.1 du préambule général) et de l'option prévue lors d'un déplacement d'urgence de nuit (réf. par. 1.5 du préambule général).

Les tarifs prévus pour le patient vulnérable peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient s'inscrit ou est inscrit (ci-après médecin traitant) ou par un médecin du groupe tel que défini au sous-paragraphe 6.02 C) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge, et de suivi de la clientèle*.

Certains services sont réservés au médecin traitant. Toutefois, en cas d'interruption de ses activités de treize (13) semaines consécutives ou plus pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du groupe de médecins au sens de l'alinéa précédent peut se prévaloir de ces actes réservés. Les services visés sont identifiés au paragraphe 2.2.6 A b) i) ci-dessous. La durée maximale d'application de cette mesure en ce qui a trait au congé de maternité ou d'adoption est de dix-sept (17) mois.

Les tarifs prévus pour le médecin qui compte 500 patients ou plus inscrits à son nom s'appliquent aux conditions suivantes :

- Le nombre de patients inscrits auprès du médecin est de 500 ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile.
- Le nombre retenu de patients inscrits tient compte de tous les lieux d'inscription du médecin.

En ce qui a trait à l'accès à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis moins d'un (1) an et qui s'engage auprès de son DRMG local à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits peut se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits. Après quatre trimestres complets suite à l'obtention de son permis de pratique, il doit compter au moins 500 patients pour se prévaloir de la tarification bonifiée. De même, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis 35 ans ou plus et qui effectue de la prise en charge et du suivi de clientèle peut aussi se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits.

AVIS : Pour vous prévaloir de la tarification bonifiée, vous devez faire parvenir à la Régie une lettre précisant votre engagement auprès de votre DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits. Vous devez y indiquer vos nom, prénom et numéro de pratique ainsi que la date de prise d'effet de votre engagement auprès de votre DRMG.

Cette lettre doit être acheminée dans les meilleurs délais, puisque vous pourrez vous prévaloir de la tarification bonifiée en date de votre engagement uniquement lorsque la Régie aura reçu l'information.

Par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

AVIS : Pour connaître la date d'obtention de votre permis de pratique, vous pouvez consulter le service en ligne Mon dossier sous Profil dans l'encadré Renseignements personnels.

Les médecins qui ne peuvent atteindre le seuil fixé de patients du fait de leur pratique, laquelle vise une clientèle particulière, pourront saisir le comité paritaire de leur situation pour décision quant à leur admissibilité à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits. Pour chaque secteur d'activité visé, le comité paritaire définit un nombre de visites à atteindre quotidiennement sur la base d'un nombre de jours travaillés annuellement. Il définit également un nombre maximal de médecins pouvant profiter de telles exceptions au-delà duquel les demandes au comité paritaire ne seront pas retenues.

À l'exception de la visite ponctuelle mineure ou complexe, des visites d'évaluation d'un problème mineur ou d'un problème complexe en vue de donner une opinion et de la visite à domicile pour un patient en perte sévère d'autonomie, toutes les autres visites sont effectuées sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

b) Considérations spécifiques

i) Services sur rendez-vous par le médecin traitant

La visite de prise en charge lors de l'inscription, la visite périodique d'un patient vulnérable, la visite de suivi et la visite périodique pédiatrique (alinéas 1), 2), 3) et 12) ci-dessous) peuvent être facturées

- lorsqu'elles se font sur rendez-vous ou par l'accès adapté et
- lorsqu'elles sont faites par le médecin traitant.

En ce qui concerne la visite de suivi d'un patient inscrit et la visite périodique pédiatrique, l'exigence que la visite soit faite par le médecin traitant est rencontrée lorsque la visite est faite auprès d'un médecin du groupe selon les dispositions paraissant aux 3^e et 4^e alinéas du paragraphe 2.2.6 A a) ci-dessus.

ii) Services sans rendez-vous ou services sur rendez-vous par le médecin autre que le médecin traitant

La visite ponctuelle mineure et la visite ponctuelle complexe (alinéas 4) et 5) ci-dessous) sont facturées lorsqu'elles s'effectuent dans le cadre d'une plage de services sans rendez-vous

- que le patient soit inscrit auprès d'un médecin du groupe ou non,
- que le médecin soit le médecin traitant ou non.

Elles sont également facturées lorsqu'elles sont effectuées en rendez-vous

- lorsque le médecin n'est pas le médecin traitant,
- que le patient soit inscrit ou non à un des médecins du groupe.

Ces visites sont également facturées lorsque le médecin, pendant une période de garde en disponibilité, qu'elle soit rémunérée ou non, est appelé à se déplacer et à rendre des services sur place, et cela quel que soit son lieu de pratique habituel ou son mode de rémunération.

iii) Visite de prise en charge et de suivi de grossesse

Le médecin se prévaut de la visite de prise en charge de grossesse, tant au cours du premier trimestre qu'au-delà du premier trimestre, et de la visite de suivi de grossesse selon les modalités prévues aux alinéas 10) et 11) ci-dessous. Il peut également se prévaloir, en cas de prise en charge temporaire et de suivi d'une patiente enceinte, du ou des suppléments prévus au paragraphe 7.03 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

Le médecin qui prend en charge ou fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS de façon régulière ou non ainsi que le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire sont rémunérés selon les modalités prévues au paragraphe 7.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

iv) Visite à domicile

Le médecin qui dispense des services au domicile du patient se prévaut des modalités applicables pour les services dispensés en cabinet ou, selon le cas, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC paraissant à la nomenclature des actes ci-dessous sous réserve des dispositions applicables lorsque le patient est en perte sévère d'autonomie prévues à l'alinéa 15) ci-dessous.

AVIS : *Pour connaître les modalités relatives à l'indemnité de kilométrie, veuillez consulter le paragraphe 2.4.2 du préambule général. Inscire le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres dans la case DISTANCE.*

AVIS : *Si vous rendez un service à domicile dans le cadre de votre pratique en cabinet, inscrire le numéro du cabinet dans la case NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT. Si vous rendez un service à domicile dans le cadre de votre pratique en CLSC ou en UMF, inscrire le numéro du CLSC ou de l'UMF dans la case NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT.*

Des dispositions spécifiques s'appliquent aux services dispensés au premier patient en perte sévère d'autonomie, au second patient et au troisième patient en perte sévère d'autonomie lorsqu'ils sont sous le même toit. Les services dispensés auprès de patients en perte sévère d'autonomie additionnels aux trois premiers patients sont rémunérés selon les modalités applicables pour les services dispensés en cabinet ou, selon le cas, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.

c) **Nomenclature des actes**

AVIS : *Le médecin exerçant dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il peut toutefois en bénéficier s'il rend des services dans un autre secteur.*

AVIS : *Le médecin exerçant en centre de détention ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il doit se référer à la Lettre d'entente n° 295.*

1) **Visite de prise en charge**

La visite de prise en charge vise l'évaluation d'un patient nouvellement inscrit auprès du médecin qui assurera un suivi longitudinal.

Elle comprend l'évaluation du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite est réclamée uniquement lors de l'inscription initiale du patient auprès du médecin.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : *Voir les codes d'acte 15801, 15802, 15815, 15816, 15821, 15822, 15835 et 15836 sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.*

2) **Visite périodique d'un patient vulnérable**

La visite périodique d'un patient vulnérable inscrit est une visite d'un patient vulnérable déjà inscrit auprès du médecin et dont le médecin assure le suivi longitudinal. Elle vise à évaluer l'évolution du patient et à mettre à jour le plan de traitement.

Elle comprend l'évaluation du patient, une actualisation du plan de traitement et, lorsque requis, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite peut être réclamée une seule fois par année civile. Elle ne peut pas être réclamée durant la même année civile par le médecin qui a été rémunéré pour la visite de prise en charge sur rendez-vous pour le même patient. Elle ne peut pas non plus être réclamée, durant la même année civile, par le médecin qui a auparavant été rémunéré pour l'examen complet majeur, pour la visite de prise en charge de grossesse, pour l'examen de prise en charge de grossesse, ou pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre.

Le tarif est modulé selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15819, 15820, 15839 et 15840** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

3) Visite de suivi d'un patient inscrit

La visite de suivi d'un patient inscrit auprès du médecin qui l'a inscrit et qui en assure le suivi longitudinal vise l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite peut être réclamée par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i).

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15803, 15804, 15817, 15818, 15823, 15824, 15837 et 15838** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Dans le cas où le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique a le droit de se prévaloir de cette visite à la condition d'inscrire la raison dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4) Visite ponctuelle mineure

La visite ponctuelle mineure consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème concernant un seul système ou une seule partie du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent lorsque requis, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer un nouveau questionnaire ou examen ou pour initier un traitement, pour évaluer un traitement en cours, pour observer l'évolution d'une maladie ou pour évaluer la réponse à un traitement.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15765 à 15772** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.

5) Visite ponctuelle complexe

La visite ponctuelle complexe consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème portant sur plus d'un système ou plus d'une région du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Sont réputés répondre aux exigences de la visite ponctuelle complexe énoncées au premier alinéa ci-dessus les examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles;
- l'évaluation des fonctions mentales supérieures, incluant, lorsqu'indiqué, l'évaluation du risque suicidaire.

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer une nouvelle évaluation physique ou mentale.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15773 à 15780** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.

6) Visite d'évaluation psychiatrique

La visite d'évaluation psychiatrique est réalisée à la demande d'un médecin. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

En plus de l'examen psychiatrique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel qui l'accompagne.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

Le médecin qui revoit le patient dans le cadre du suivi conjoint qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique ne peut alors réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.

Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS : Voir le code d'acte **08819** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

7) Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique est une visite auprès du médecin qui assure un suivi conjoint en santé mentale d'un patient inscrit auprès d'un autre médecin ou qui assure un suivi en santé mentale auprès d'un patient non inscrit. Cette visite se fait généralement à la suite d'une visite d'évaluation psychiatrique à la demande du médecin traitant.

Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS : Voir le code d'acte **08848** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

8) Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas ou de l'expertise du médecin dont l'opinion est recherchée.

L'évaluation doit correspondre aux exigences de la visite ponctuelle mineure. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS : Voir le code d'acte **15789** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

9) Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

L'évaluation inclut l'examen physique ou mental décrit à la visite ponctuelle complexe. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS : Voir le code d'acte **15790** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

10) Visite de prise en charge de grossesse

La visite de prise en charge de grossesse consiste en la première évaluation d'une patiente par le médecin qui assurera le suivi prénatal ou une portion de celui-ci.

Cette visite comprend l'examen pertinent au contexte. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

À l'occasion de cette visite ou de la visite subséquente, le médecin complète les formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement et prescrit les examens de dépistage pertinents.

Pour une même patiente lors de la même grossesse, un seul médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération applicables à la prise en charge de grossesse que ce médecin soit rémunéré par la visite de prise en charge de grossesse ou qu'il se prévale du supplément applicable pour la prise en charge de grossesse au cours du 1^{er} trimestre et prévu au paragraphe 7.02 A) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. De plus, si la patiente est déjà inscrite comme patiente vulnérable auprès du médecin qui réclame ce service, il ne peut subséquemment durant la même année civile réclamer la visite périodique d'un patient vulnérable inscrit.

Toutefois, lorsque le médecin qui assure le suivi prénatal transfère la patiente à un deuxième médecin en vue de l'accouchement, du fait que ce premier médecin n'effectue pas d'accouchements, le médecin auquel la patiente est transférée peut réclamer cette visite. Dans ce contexte, il n'est pas tenu de prescrire les examens de dépistage s'ils ont déjà été effectués.

Ce service ne peut être réclaté par le médecin qui évalue une patiente en vue de mettre fin à sa grossesse.

Le tarif est modulé selon

- que la patiente est vulnérable ou non,
- que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus,
- que la visite de prise en charge est effectuée au cours du premier trimestre de grossesse ou non et,
- lorsqu'effectuée au cours du premier trimestre de grossesse, selon qu'il y ait référence ou non à un second médecin, au cours de ce même trimestre, pour assurer le suivi de grossesse par la suite.

AVIS : Voir les codes d'acte **15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829 et 15830** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.

11) Visite de suivi de grossesse

La visite de suivi de grossesse consiste en l'évaluation d'une patiente enceinte dans le cadre d'un suivi prénatal.

Cette visite comporte le questionnaire et l'examen pertinent de même que les investigations requises par l'état de la patiente. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Les tarifs sont modulés selon que la patiente est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15811, 15812, 15831 et 15832** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.*

12) Visite périodique pédiatrique

La visite périodique pédiatrique est une visite sur rendez-vous d'un patient âgé de 0 à 63 mois par le médecin auprès duquel il est inscrit et qui en assure le suivi longitudinal. Elle vise le dépistage des problèmes de développement et l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

L'évaluation doit répondre aux conditions décrites à la visite de suivi d'un patient inscrit. De plus, le médecin doit évaluer les éléments pertinents de l'abécédaire de suivi et consigner les éléments pertinents au dossier.

Cette visite peut être réclamée par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i).

La rémunération spécifique accordée pour la visite périodique pédiatrique est sujet à un maximum du nombre de services. Pour un même patient, sont comptabilisées à cette fin la visite de prise en charge (lors de l'inscription), la visite périodique d'un patient vulnérable, la visite périodique pédiatrique, l'intervention clinique pour la clientèle pédiatrique, de même que les visites rémunérées sous un autre mode et donnant droit à un supplément de responsabilité à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans. Le nombre maximal de ces services qui peut être réclamé est :

Entre 0 et 21 mois : huit (8) visites

Entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS : *Voir les codes d'acte 15813, 15814, 15833 et 15834 sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.*

AVIS : *Dans le cas où le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique a le droit de se prévaloir de cette visite à la condition d'inscrire la raison dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

13) Communications avec un médecin spécialiste

Le médecin qui communique avec un médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine familiale) par téléphone concernant un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication peut avoir été initiée par le médecin spécialiste ou le médecin qui réclame le forfait;
- La communication se tient en l'absence de la présence physique du patient;
- La discussion doit être requise en raison de la gravité ou la complexité de la situation;

- La discussion doit viser le plan de traitement du patient pour obtenir un avis sur le diagnostic ou les recommandations sur la prise en charge et le suivi du patient, et
- Le médecin doit compter 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Par trimestre, le médecin peut réclamer le nombre maximal de montants forfaitaires paraissant ci-dessous établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application :

- 1500 patients inscrits ou plus : 39
- 1000 patients inscrits ou plus mais moins de 1500 patients inscrits : 26
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1000 patients inscrits : 13

La demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte **15841, 15842 et 15843** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

14) Communications avec d'autres professionnels de la santé

Le médecin qui communique avec un autre professionnel de la santé (à l'exclusion d'un médecin spécialiste ou omnipraticien) par téléphone concernant un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication se tient en l'absence de la présence physique du patient;
- La communication est effectuée avec une infirmière, un travailleur social, un inhalothérapeute, une diététicienne ou un pharmacien. Cet intervenant ne fait pas partie du personnel du cabinet ou de l'installation dans lequel le médecin exerce et avec lequel il échange couramment, que cet intervenant soit rémunéré ou non par le CISSS ou le CIUSSS.
- La discussion doit concerner les soins à prodiguer au patient;
- Dans le cas d'une communication avec un pharmacien, elle doit donner lieu à un changement thérapeutique et ce changement doit être transmis, au pharmacien. La communication visant à effectuer une ordonnance ou le simple renouvellement d'ordonnance ne répond pas à cette exigence.
- Le médecin doit compter 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Par trimestre, le médecin peut réclamer le nombre maximal de montants forfaitaires paraissant ci-dessous établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

- 1500 patients inscrits ou plus : 39
- 1000 patients inscrits ou plus mais moins de 1500 patients inscrits : 26
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1000 patients inscrits : 13

La demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte **15844, 15845 et 15846** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

15) Visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs

La visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie comprend les services suivants :

- 1) Lors de la visite initiale ou annuelle, le médecin doit procéder à l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'évaluation physique ou mentale, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale.
- 2) Lors des visites subséquentes, le médecin doit prodiguer les soins courants suite à un examen physique ou mental pour évaluer un problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.
- 3) La visite doit s'effectuer au Québec.

Le patient en perte sévère d'autonomie présente les caractéristiques suivantes :

- il nécessite des soins médicaux actifs,
- un suivi et
- est incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants pour une telle situation, ou sans s'exposer à un risque inutilement élevé pour son intégrité physique ou mentale ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne.

Le patient en phase de soins palliatifs qui fait l'objet de visites à domicile est réputé répondre aux caractéristiques décrites ci-dessus. Il en va de même du patient qui est évalué par un médecin dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie d'un CHSGS ou d'un CHSLD.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

AVIS : Voir les codes d'acte **15781, 15782, 15783 et 15784** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.

AVIS : Pour connaître les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, veuillez consulter le paragraphe 2.4.2 du préambule général. Inscrire le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres dans la case DISTANCE.

16) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 ci-dessous et selon les modalités qui y sont décrites, un supplément d'honoraires est accordé en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC lorsque le médecin doit se déplacer auprès d'un patient pour répondre à une urgence.

Ce supplément s'applique uniquement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans supplément de déplacement.

AVIS : Voir les codes d'acte **15847, 15848 et 15849** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

*Inscrire le modificateur **094** ou un de ses multiples pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services facturés au cours de la même période. L'utilisation du modificateur **094** ou d'un de ses multiples est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

viii) En modifiant le paragraphe 2.2.6 B de la façon suivante :

1) En remplaçant le troisième alinéa par les suivants :

« Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes. Le médecin ne peut facturer plus de cent-quatre-vingt (180) minutes d'interventions cliniques dans une journée sous réserve des dispositions suivantes.

N'est pas comptabilisée aux fins de la durée quotidienne maximale prévue ci-dessus, la durée d'une intervention clinique effectuée :

- pour un problème de santé mentale,
- pour un problème de toxicomanie,
- auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé (par. 5.01 de l'Entente particulière de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle),
- auprès de la clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC.

Le médecin indique le contexte lorsqu'il réclame le service dans une des situations visées ci-dessus. »

AVIS : Lorsque l'intervention clinique est effectuée pour un problème de santé mentale, un problème de toxicomanie, auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé ou auprès de la clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC, **inscrire :**

- la lettre « **A** » dans la case C.S.;

- la **raison** dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, afin que ces services **ne soient pas** comptabilisés dans la durée quotidienne maximale prévue.

2) En remplaçant le septième alinéa par les suivants :

« Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Le tarif est alors modulé selon que la visite est effectuée dans le cadre des activités du médecin en cabinet ou en établissement. Pour ces fins, le médecin qui exerce exclusivement à domicile est réputé exercer dans le cadre d'activités en cabinet.

Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, et qu'il doit se déplacer à plus de dix (10) kilomètres du point de départ pour effectuer son déplacement, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Lors d'interventions cliniques successives, le point de départ est réputé être celui de l'intervention clinique à domicile qui a précédé la visite. »

ix) En remplaçant aux paragraphes 2.2.7 et 2.2.7 A) les mots « assaut sexuel » par « agression sexuelle ».

x) En remplaçant le paragraphe 2.4.2 par le suivant :

« Une indemnité de kilométrage est prévue pour le médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital, dans ce dernier cas pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne. La distance se mesure à compter de 10 kilomètres du lieu principal de pratique du médecin que ce soit le cabinet, le CLSC, l'UMF-CH ou l'UMF-CLSC jusqu'au lieu de l'intervention. Dans le cas de visites à domicile en série, après la première visite à domicile de la journée, le point de départ est réputé être celui de la visite à domicile qui précède chaque nouvelle visite. Dans tous les cas, la distance est calculée dans un sens seulement.

AVIS : *Inscrire le déplacement effectué diminué des 10 premiers kilomètres dans la case DISTANCE. Voir la rubrique Frais de déplacement sur notre site Web, sous Facturation dans votre profession.*

Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- *le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- *la date du déplacement dans la case DATE DE SERVICE de la section Actes;*
- *le code d'acte 00015;*
- *le rôle 1;*
- *ne rien inscrire dans la case UNITÉS;*
- *le nombre de kilomètres diminué des 10 premiers kilomètres dans la case DISTANCE;*
- *le montant demandé dans la case HONORAIRES adjacente à la case DISTANCE;*
- *« médecin rémunéré à honoraires fixes pour visite à domicile » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Dans le cas du médecin qui exerce dans le cadre de la courte durée gériatrique en CHSGS ou en CHSLD, le lieu principal de pratique pour les fins du présent paragraphe est l'établissement en cause.

Une indemnité de kilométrage pour un déplacement de plus de 60 kilomètres, à l'exclusion toutefois du déplacement décrit à l'alinéa précédent pour se rendre à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement vaginal ou par césarienne, fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

Le médecin qui effectue, avec déplacement, l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner peut aussi se prévaloir de cette mesure. »

- xi) En remplaçant au paragraphe 2.4.7.1, les sous-paragraphes A) et B) par les sous-paragraphes A), B) et C) suivants :

« A) Tous les jours, selon les plages horaires de 7 h à 16 h, de 16 h à 24 h ou de 0 h à 7 h :

- pour une visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie;
- pour un patient admis dans un établissement.

B) Le samedi, dimanche, jour férié ou tout autre jour de 19 h à 7 h :

- pour un patient au cabinet, au CLSC, à l'UMF-CH ou à l'UMF-CLSC.

C) Tous les jours de 19 h à 7 h :

- pour une visite à domicile auprès d'un patient qui n'est pas en perte sévère d'autonomie. »

- B) L'onglet « **CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE** » est modifié de la façon suivante :

- i) Les libellés et tarifs des actes de la nomenclature applicables en cabinet, à domicile, CLSC, UMF-CH et UMF-CLSC proposée par le présent amendement et remplaçant les actes applicables dans ces lieux de pratique jusqu'au 31 mai 2016 pour les patients de moins de 80 ans et de 80 ans ou plus paraissent à l'annexe I du présent amendement. Ceux-ci sont introduits au-dessus de la rubrique « Consultation (patient de moins de 70 ans) », à l'exception des nouveaux actes relatifs à la psychothérapie qui se retrouvent sous la rubrique « Psychothérapie individuelle ou collective ».
- ii) Les libellés et codes des actes qui doivent être abolis ou modifiés paraissent à l'annexe II du présent amendement.

- C) L'onglet « **ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES** » est modifié de la façon suivante :

- i) Le préambule particulier est remplacé par le suivant :

« PRÉAMBULE PARTICULIER

Les activités de prévention s'inscrivent notamment dans le cadre des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025. Elles visent à faire la promotion de saines habitudes de vie, à réduire l'incidence de certaines maladies et à rendre accessibles des soins et services de qualité.

La réalisation des actes de prévention primaire ou secondaire suppose différentes actions impliquant, selon le cas, une évaluation, un dépistage, la communication de résultat, le counseling, la prise en charge, tout en assurant l'orientation de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé pour investigation complémentaire, diagnostic, traitement ou autre.

Dans le cadre des activités cliniques préventives, peut être facturée spécifiquement l'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

L'intervention préventive relative aux ITSS a pour objet la cueillette de renseignements permettant l'évaluation du niveau de risque d'ITSS chez une personne symptomatique ou asymptomatique et les actions spécifiques de nature préventive appropriées selon le niveau de risque décelé, dont :

- le counseling pré-test,
- l'évaluation des indications de dépistage et d'immunisation,
- la détection d'ITSS par analyse de biologie médicale à des fins de dépistage et de diagnostic, le cas échéant,
- l'interprétation des résultats des analyses et l'établissement du diagnostic, la communication des résultats d'analyse,
- la prescription du traitement approprié et l'intervention préventive visant la notification des partenaires,
- le counseling post-test que les résultats soient positifs ou négatifs,
- l'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial.

Cette intervention peut être facturée lorsqu'elle est faite en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC. Elle nécessite généralement plus d'une visite.

Remplir et acheminer à la Direction de santé publique le formulaire de déclaration obligatoire lorsque requis par la Loi sur la santé publique est inclus dans l'intervention préventive.

Le médecin peut facturer l'intervention préventive relative aux ITSS autant à la première visite qu'au cours des visites subséquentes. Il peut la facturer seule ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. La durée de cette intervention est d'au moins quinze (15) minutes au-delà du temps consacré à l'examen s'il est indiqué.

Au cours de la même visite, le médecin ne peut facturer l'intervention clinique ou la psychothérapie. »

- ii) Le libellé et le code d'acte relatifs à l'acte « Soutien médical à l'abandon du tabagisme » (code 15161) sont abolis.

2. L'entente générale est modifiée au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de la façon suivante :

- A) Le deuxième alinéa du sous-paragraphe 1) est remplacé par le suivant :

« Pour les mêmes trimestres, toute la rémunération du médecin qui compte, au 31 décembre précédant le 1^{er} mars en cause, 200 enfants inscrits de 63 mois ou moins, pour lesquels il s'est prévalu des dispositions relatives à la visite périodique pédiatrique ou au supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé entre 0 et 63 mois. Cette disposition s'applique également pour le médecin qui compte un total d'au moins deux cents (200) enfants et patients vulnérables inscrits tels que décrits ci-dessus. »

- B) Le sous-paragraphe 5) est remplacé par le suivant :

« 5) La rémunération versée en lien avec une inscription dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 195* jusqu'au 31 octobre 2011 ou qui en découle et celle prévue dans la *Lettre d'entente n° 245* à compter du 1^{er} novembre 2011 jusqu'au 31 octobre 2015. »

- C) Le sous-paragraphe 22) est remplacé par le suivant :

« 22) En regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé, 3,50 % de la rémunération relative aux visites, aux interventions cliniques et aux psychothérapies faits en cabinet ou à domicile. »

D) Le sous-paragraphe 27) est remplacé par le suivant :

« 27) La rémunération versée au médecin enseignant, pour les activités de supervision ou pour les activités académiques, qui sont prévues à l'alinéa 2 ou à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01 de la section II de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant ainsi que la rémunération versée au médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte prévu à l'annexe XXIII soit le forfait horaire ainsi que les services prévus à l'annexe I de l'annexe XXIII, Section B 2 – Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH. »

3. L'entente générale est modifiée à l'annexe XXII en ajoutant le paragraphe suivant :

« 1.09 Dans le cas où le médecin doit faire l'évaluation du patient à son domicile, les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent également au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente annexe. »

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).*

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les natures de service permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 027XXX
- 031XXX
- 053XXX
- 073XXX
- 100XXX
- 101XXX
- 102XXX
- 265XXX

Avec les emplois de temps suivants :

- XXX015 *Examens relatifs à l'hépatite C*
- XXX030 *Services cliniques*
- XXX055 *Communications (rencontre avec les proches)*
- XXX056 *Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)*
- XXX067 *Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)*
- XXX070 *Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
- XXX079 *Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)*
- XXX080 *Participation du médecin de famille*
- XXX097 *Plan d'intervention pour le patient*
- XXX098 *Services de santé durant le délai de carence*

4. L'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires est modifiée en ajoutant le paragraphe suivant :

« 3.06 Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente. »

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).*

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les natures de service permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 002XXX
- 263XXX
- 264XXX

Avec les emplois de temps suivants :

- XXX030 Services cliniques
- XXX031 Étude de dossiers
- XXX055 Communications (rencontre avec les proches)
- XXX079 Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)
- XXX098 Services de santé durant le délai de carence

Le code d'activité suivant est permis uniquement en CLSC :

- 088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Le code d'activité suivant est permis uniquement dans le cadre du programme Antipoison :

- 089030 Services cliniques

5. L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant, avec les adaptations requises, les termes suivants :

- a) le mot « examen » par « visite » ou les termes « examen ou thérapie » par « visite, intervention clinique ou psychothérapie »;
- b) les références au paragraphe 6.02 D) par des références au paragraphe 6.02 C).

B) En supprimant, au paragraphe 4.10, les termes « la discussion de cas et le forfait de soutien au démarrage ».

C) Le paragraphe 5.02 est supprimé.

D) Le paragraphe 6.01 est modifié de la façon suivante :

a) Le paragraphe 6.01 A) est remplacé par le suivant :

« A) Le montant du forfait de base est de 59,80 \$ en cabinet et de 44,95 \$ en établissement. Il est modulé selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé (par. 5.01 ci-dessus) du patient. Ces forfaits modulés sont les suivants :

Groupe I : le patient est identifié à une seule catégorie de problèmes de santé. Le montant de ce forfait est de 59,80 \$ en cabinet et de 44,95 \$ en établissement soit à 100 % du forfait de base.

Groupe II : le patient est identifié à deux catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 89,70 \$ en cabinet et de 67,45 \$ en établissement soit à 150 % du forfait de base.

Groupe III : le patient est identifié à trois catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 119,60 \$ en cabinet et de 89,90 \$ en établissement soit à 200 % du forfait de base.

Groupe IV : le patient est identifié à deux catégories ou plus de problèmes de santé dont une de ces catégories est la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 119,60 \$ en cabinet et de 89,90 \$ en établissement soit à 200 % du forfait de base. »

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Installation CLSC/UMF (GMF ou non)
	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)
Groupe I	59,80	44,95
Groupe II	89,70	67,45
Groupe III	119,60	89,90
Groupe IV	119,60	89,90

b) Le paragraphe 6.01 E) est remplacé par le suivant :

« E) Le forfait annuel de prise en charge est payé à partir du mois de l'inscription du patient ou , selon le cas, du mois de l'identification de la catégorie du problème de santé. Il est rajusté, s'il y a lieu, à compter du mois de la modification ou de l'ajout du problème de santé. Il en est de même pour le changement de lieu de suivi du patient. Cette disposition est conditionnelle au respect du délai paraissant, selon le cas, aux paragraphes 4.04 ou 6.01 B). Lorsque, en raison de son âge, un patient cesse d'être vulnérable, le forfait cesse d'être payé à compter du mois suivant cette modification. »

c) Le premier alinéa du paragraphe 6.01 H) est remplacé par le suivant :

« Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, le nombre de ses patients vulnérables actifs pour chacun des quatre (4) groupes de vulnérabilité décrits au paragraphe 6.01 A) ci-dessus, selon le lieu de suivi habituel et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année qui débute »

E) Le paragraphe 6.02 est modifié de la façon suivante :

a) En remplaçant le titre, le préambule et les alinéas A), B), C) du paragraphe 6.02 par les suivants :

« **6.02 Tarif de la visite pour patient vulnérable et forfait de responsabilité :**

A) Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou de rémunération mixte qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC se prévaut des codes pour les services rendus à un patient vulnérable qu'il a inscrit.

Toutefois, pour des services rendus dans un des lieux paraissant à l'alinéa précédent, lorsqu'un examen physique est inclus dans un acte ou une chirurgie qui ne prévoit pas de tarif spécifique pour un patient vulnérable qu'il a inscrit, le médecin reçoit un forfait de responsabilité pour chaque service qui tient lieu d'examen effectué auprès d'un patient vulnérable inscrit. En UMF, l'examen physique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte fait aussi l'objet de ce traitement. Dans ces mêmes lieux, le médecin reçoit aussi un forfait de responsabilité pour chaque intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est de 10,15 \$ pour des activités rattachées au cabinet et de 7,85 \$ pour des activités rattachées à un CLSC, à une UMF-CH ou à une UMF-CLSC.

AVIS : Pour facturer le forfait, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit **en cabinet**;
- le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit et suivi **à domicile**;
- le **numéro de facturation spécifique** octroyé au cabinet par la Régie ou le code de localité pour les services rendus à domicile ou dans un cabinet ne détenant pas de code spécifique dans la section Établissement;
- les honoraires demandés selon le lieu de dispensation du service;

Le forfait doit être facturé à la même date que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectuée et sur la même demande de paiement.

B) Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes (à l'exclusion de l'adhérent au mode de rémunération mixte) ou du tarif horaire et qui exerce dans un lieu de dispensation rattaché à un établissement et prévu au paragraphe 3.01 A) de la présente entente reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou service qui tient lieu d'examen effectué dans l'établissement auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit. De plus, le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est de 7,85 \$.

Il en est de même lorsque ce médecin se rend à domicile auprès d'un patient inscrit dans un des lieux de dispensation prévu à l'alinéa ci-dessus. »

AVIS : Pour facturer le forfait, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit en établissement;
- le numéro d'établissement;
- les honoraires demandés selon le lieu de dispensation du service;

Le forfait doit être facturé **à la même date** que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectuée et sur la même demande de paiement.

- b) En modifiant la numérotation du paragraphe D) qui devient le paragraphe C) et en y remplaçant les termes suivants :
- i) au premier alinéa « examen ou thérapie » par « examen, intervention clinique ou psychothérapie ».
 - ii) à l'alinéa i) « UMF adhérente à l'entente particulière relative aux UMF » par « UMF adhérente à la Section II de l'Entente particulière relative au médecin enseignant ».
 - iii) au préambule et aux alinéas ii), iii), iv) et v) « le forfait de responsabilité » par « le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité »;
 - iv) à l'alinéa iv), « du forfait de responsabilité » par « du tarif de la visite prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, du forfait de responsabilité »;
 - v) à l'alinéa vi) « des services dispensés à la clientèle vulnérable ainsi que des forfaits de responsabilité s'y rattachant » par « des tarifs de la visite prévus pour le patient vulnérable ou, selon le cas, des forfaits de responsabilité ».
- F) Les paragraphes 6.03 et 6.04 sont supprimés.
- G) Le paragraphe 7.01 est modifié de la façon suivante :
- a) Le premier alinéa est modifié en remplaçant les termes « du formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou en usage dans un établissement » par « des formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement ».
 - b) Le premier alinéa du paragraphe 7.01 A) est remplacé par le suivant :
« A) Le médecin prend en charge et fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS où il détient ses privilèges en obstétrique. Il est alors rémunéré selon le mode de l'acte. »
 - c) Le paragraphe 7.01 B) est remplacé par le suivant :
« B) Un seul examen de prise en charge de grossesse ou de visite de prise en charge de grossesse est payable par grossesse à un médecin.
Dans le cas où le médecin qui a effectué la prise en charge de la grossesse transfère la femme enceinte à un autre médecin en vue de l'accouchement, ce nouveau médecin peut, le cas échéant, réclamer l'examen de prise en charge de grossesse ou la visite de prise en charge de grossesse. »

d) Le paragraphe 7.01 C) est remplacé par le suivant :

« C) À l'égard d'une patiente, depuis le début de sa grossesse, le médecin qui réclame cet examen ne peut pas par la suite durant l'année civile se prévaloir de la visite de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge ou de la visite périodique d'un patient vulnérable; »

e) Le paragraphe 7.01 D) est remplacé par le suivant :

« D) Le tarif de l'examen de prise en charge de grossesse est de 63,80 \$. »

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **00059** pour l'examen de prise en charge de grossesse;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code d'installation (clinique externe).

Seul le médecin rémunéré exclusivement à l'acte peut facturer l'examen de prise en charge dans une installation.

H) Le paragraphe 7.02 est modifié de la façon suivante :

a) Le titre du paragraphe 7.02 et le paragraphe 7.02 A) sont remplacés par les suivants :

« 7.02 **Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse.**

A) Un supplément au premier examen fait lors de la prise en charge de grossesse (intervention clinique, examen complet ou examen de prise en charge de grossesse) est accordé lorsque cette intervention ou cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente. Ce supplément est de 45,35 \$ en cabinet ou à domicile et de 34,05 \$ en établissement.

Il est payable dans la mesure où la patiente n'a pas, à une date antérieure, fait l'objet d'une visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre ou d'un examen ou d'une intervention clinique ayant donné lieu au paiement d'un supplément de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre pour la même grossesse. Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin au cours du premier trimestre de sa grossesse pour en assurer le suivi, le supplément est payable au médecin auquel la patiente a été référée. »

b) Le paragraphe 7.02 B) est modifié de la façon suivante :

i) En remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« B) Un supplément s'ajoute également à l'intervention clinique individuelle et à l'examen faits dans le cadre d'un suivi de grossesse. Il est de 10,90 \$ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 8,55 \$ lorsque le médecin exerce en établissement. »

ii) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 7.02 par les suivants :

« Ces suppléments peuvent être facturés par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, la visite de prise en charge de grossesse, la visite de suivi de grossesse, l'intervention clinique à l'occasion d'un suivi de grossesse, l'examen de prise en charge de grossesse ou l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse demeurent rémunérées selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas. Ces suppléments peuvent également être facturés en UMF durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

Seul le supplément de suivi de grossesse peut être réclamé par un médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte lorsqu'il réclame l'intervention clinique individuelle. »

I) Le paragraphe 7.03 est modifié en remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« Au bénéfice du médecin qui détient des privilèges en obstétrique et assume temporairement le suivi d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille, un supplément est accordé pour cette prise en charge temporaire et le suivi de grossesse dans la mesure où ces services sont dispensés dans un lieu prévu au paragraphe 3.01 A) ci-dessus. Le montant de ce supplément est de 11,35 \$ si le lieu de suivi est en cabinet et de 8,55 \$ si le lieu de suivi est en établissement. Si le médecin est membre d'un GMF et qu'il y assume temporairement le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin membre du même GMF, s'ajoute à ce supplément un montant de 8,95 \$. »

J) Le paragraphe 8.01 est remplacé par le suivant :

« **8.01 Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans** : le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et qui fait un examen périodique auprès d'un enfant âgé de 0 à 5 ans qu'il a inscrit selon les dispositions de la présente entente reçoit un supplément à chaque examen périodique. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte. Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte qui se prévaut de l'intervention clinique individuelle lors de pareil examen reçoit aussi un supplément.

En UMF, l'examen périodique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte donne aussi ouverture au supplément pour chaque examen périodique.

Dans les deux cas, les modalités suivantes s'appliquent :

A) Le montant du supplément est de 16,30 \$ en cabinet ou à domicile et de 12,75 \$ en établissement;

B) le médecin doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant âgé de 0 à 5 ans;

C) Le nombre d'examens périodiques et d'interventions cliniques individuelles admissibles au supplément prévu au présent paragraphe se répartit comme suit :

- entre 0 et 21 mois : huit (8) visites
- entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile.

En plus des examens périodiques et des interventions cliniques individuelles admissibles réclamés, sont assimilés à des examens périodiques admissibles pour les fins de calcul du nombre d'examens, la visite de prise en charge et la visite périodique pédiatrique. »

6. L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant est modifiée en ajoutant, à la section II, le paragraphe suivant :

« **4.11** Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente. »

AVIS : Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 051XXX
- 063XXX

Avec les **emplois de temps** suivants :

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX030 Services cliniques
- XXX031 Étude de dossiers
- 051068 Encadrement clinique et pédagogique
- 051069 Activité de supervision

7. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} juin 2016 à l'exception des dispositions des sous-paragraphe 5 C) et 5 D) qui entrent en vigueur le 1^{er} novembre 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,

ce _____^e jour de _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Extrait de l'onglet B – Consultation, examen et visite (paragr. 1 B) i) de l'amendement)

En cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC		
<i>AVIS : Le médecin exerçant en centre de détention ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il doit se référer à la Lettre d'entente n° 295.</i>		
<i>AVIS : Le médecin exerçant dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il peut toutefois en bénéficier s'il rend des services dans un autre secteur.</i>		
<i>AVIS : En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, les actes ci-dessous sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.</i>		
<i>AVIS : Seules les visites ponctuelle mineure et ponctuelle complexe, les visites d'évaluation d'un problème mineur ou complexe pour donner une opinion et la visite à domicile du patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs peuvent être facturées durant une garde en disponibilité, conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général. Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence sont également permis durant une période de garde en disponibilité.</i>		
Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans)		
Patient non vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15801	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	61,65
15802	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	95,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	71,45
Visite de suivi		
15803	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	41,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	30,85

15804	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	47,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	35,35
<i>Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)</i>		
<u>AVIS :</u>	<i>Pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
<u>AVIS :</u>	Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).	
15805	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	127,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	95,50
15806	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	144,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	108,65
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
15807	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	61,65
15808	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	93,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	70,30
Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre		
<u>AVIS :</u>	Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).	
15809	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	61,65
15810	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	93,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	70,30

Visite de suivi de grossesse		
15811	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	48,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	36,10
15812	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	54,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	41,00
<i>Prise en charge et suivi pédiatrique</i>		
Visite périodique pédiatrique		
15813	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	64,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	48,10
15814	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	72,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	54,50
Patient vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15821	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50
15822	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	105,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	79,30
Visite périodique		
15819	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50

15820	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	107,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	81,05
Visite de suivi		
15823	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	51,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	38,70
15824	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	43,20
<i>Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)</i>		
AVIS :	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	
AVIS :	<i>Pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
AVIS :	<i>Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).</i>	
15825	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	137,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	103,35
15826	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	154,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	116,50
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
15827	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50
15828	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	103,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	78,15

Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre		
AVIS :	<i>Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).</i>	
15829	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50
15830	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	103,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	78,15
Visite de suivi de grossesse		
15831	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	58,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	43,95
15832	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	64,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	48,85
Prise en charge et suivi pédiatrique		
Visite périodique pédiatrique		
15833	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	74,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	55,95
15834	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	62,35

Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus)		
Patient non vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15815	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	97,35
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	73,20
15816	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	113,30
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	85,20
Visite de suivi		
15817	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	48,45
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	36,45
15818	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	55,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	41,85
Patient vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15835	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	107,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	81,05
15836	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	123,45
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	93,05

Visite périodique		
15839	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	107,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	81,05
15840	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	123,45
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	93,05
Visite de suivi		
15837	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	58,60
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	44,30
15838	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	65,80
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	49,70

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit)		
Patient non vulnérable		
Visite ponctuelle mineure		
15765	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	19,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	14,65
15766	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	22,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	16,90
Visite ponctuelle complexe		
15773	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	39,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	29,30
15774	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	45,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	33,85
Patient vulnérable		
<i>AVIS :</i>	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	
Visite ponctuelle mineure		
15767	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	29,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	22,50
15768	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	32,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	24,75

Visite ponctuelle complexe		
15775	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	49,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	37,15
15776	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	55,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	41,70

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit)		
Patient non vulnérable		
Visite ponctuelle mineure		
15769	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	23,20
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	17,45
15770	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	26,80
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	20,15
Visite ponctuelle complexe		
15777	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	46,35
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	34,85
15778	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	53,60
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	40,30
Patient vulnérable		
<u>AVIS :</u>	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	
Visite ponctuelle mineure		
15771	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	33,35
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	25,30
15772	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	36,95
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	28,00

Visite ponctuelle complexe		
15779	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	56,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	42,70
15780	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	63,75
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	48,15
Visites à domicile		
Patient non vulnérable		
Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie		
15781	Premier patient	127,40
15782	Patient additionnel en perte sévère d'autonomie	98,05
Patient vulnérable		
Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie		
15783	Premier patient	137,55
15784	Patient additionnel en perte sévère d'autonomie	108,20
<i>AVIS :</i>	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	

Visites sur rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)		
Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint en santé mentale		
08819		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	95,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	71,45
<u>AVIS</u> :	<i>Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).</i>	
Visite de suivi conjoint en santé mentale		
08848		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	70,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	52,65

Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)		
Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion		
15789		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	38,80
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	38,80
<u>AVIS</u> :	<i>Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).</i>	
Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion		
15790		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	60,25
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	60,25
<u>AVIS</u> :	<i>Inscrire le numéro de pratique du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).</i>	

Communications		
<u>AVIS :</u>	<p><i>Pour la facturation d'une communication pour une personne assurée, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le numéro d'assurance maladie de la personne assurée; - le code approprié dans la section Actes; - le numéro du lieu où la communication a été effectuée dans la section Établissement. <p><i>Utiliser une ligne par communication.</i></p>	
Communication avec un médecin spécialiste		
15841	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15842	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15843	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
Communication avec d'autres professionnels de la santé		
15844	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05
15845	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05
15846	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05

**Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence
à domicile, en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC (réf. : préambule général, règle 2.4.7.1)**

Note : Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence ne peuvent pas être réclamés durant une période au cours de laquelle le médecin est rémunéré selon les modalités du mode de rémunération mixte en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.

15847	période de 7 h à 16 h en cabinet	50,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	37,60
15848	période de 16 h à 24 h en cabinet	75,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	56,40
15849	période de 0 h à 7 h en cabinet	100,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	75,20
<u>AVIS :</u>	<i>Pour les codes d'acte 15847, 15848 et 15849, vous référer à l'alinéa 16) de la section 2.2.6 A du préambule général.</i>	

Psychothérapie (individuelle) (réf. : préambule général, règle 2.3)		
Psychothérapie individuelle		
	première période de trente (30) minutes	
15785	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,05
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	47,55
	période supplémentaire de quinze (15) minutes	
15786	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	28,55
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	23,75
<u>AVIS :</u>	<i>Pour le code d'acte 15786, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.</i>	
	<i>Lorsque onze unités et plus sont facturées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un document complémentaire et inscrire un « A » dans la case C.S.</i>	
Psychothérapie (collective) (réf. : préambule général, règle 2.3)		
Psychothérapie collective		
	première période de trente (30) minutes	
15787	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,05
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	47,55
	période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<u>AVIS :</u>	<i>Pour le code d'acte 15787, vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
15788	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	28,55
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	23,75
<u>AVIS :</u>	<i>Pour le code d'acte 15788, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS et vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	

Codes d'acte abolis dans certains lieux et libellés ou tarifs modifiés

Codes d'acte abolis le 31 mai 2016 (paragr. 1 B) ii) de l'amendement)

Code d'acte	Libellé
	Patient de moins de 70 ans
09102	Consultation mineure urgence avec déplacement en cabinet
09104	Consultation ordinaire urgence avec déplacement en cabinet
09226	Consultation majeure urgence avec déplacement en cabinet
08801	Consultation psychiatrique ordinaire urgence avec déplacement en cabinet
08804	Consultation psychiatrique majeure urgence avec déplacement en cabinet
00009	Examen ordinaire en cabinet, en CLSC ou en UMF
00011	Examen complet en cabinet, en CLSC ou en UMF
00021	Examen complet majeur en cabinet, en CLSC ou en UMF
00022	Examen ordinaire à domicile patient supplémentaire, cabinet ⁽¹⁾
00074	Examen complet à domicile patient supplémentaire, cabinet ⁽¹⁾
08870	Examen ordinaire en cabinet, en CLSC ou en UMF
08871	Examen complet en cabinet, en CLSC ou en UMF
08872	Examen complet majeur en cabinet, en CLSC ou en UMF
08901	Examen psychiatrique complet en cabinet, en CLSC ou en UMF
08902	Examen psychiatrique complet majeur en cabinet, en CLSC ou en UMF
00058	D'urgence avec déplacement en cabinet : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h
00002	Examen à domicile, premier patient sauf urgence ⁽¹⁾
00012	Examen à domicile, premier patient en urgence ⁽¹⁾
08873	Examen ordinaire à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾
08874	Examen complet à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾

(1) Services permis seulement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 295* en centres de détention.

08855	Examen psychiatrique complet à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾
00007	Examen à domicile, premier patient en perte sévère d'autonomie
00008	Examen à domicile, premier patient en perte sévère d'autonomie, de 0 h à 7 h
00075	Examen à domicile, patient additionnel en perte sévère d'autonomie
	Patient de 70 ans ou plus
09232	Consultation mineure urgence avec déplacement en cabinet
09235	Consultation ordinaire urgence avec déplacement en cabinet
09238	Consultation majeure urgence avec déplacement en cabinet
08814	Consultation psychiatrique ordinaire urgence avec déplacement en cabinet
08927	Consultation psychiatrique majeure urgence avec déplacement en cabinet
09034	Examen ordinaire en cabinet, en CLSC ou en UMF
09035	Examen complet en cabinet, en CLSC ou en UMF
09036	Examen complet majeur en cabinet, en CLSC ou en UMF
09038	Examen ordinaire en cabinet, en CLSC ou en UMF
09039	Examen complet en cabinet, en CLSC ou en UMF
09040	Examen complet majeur en cabinet, en CLSC ou en UMF
08930	Examen psychiatrique complet en cabinet, en CLSC ou en UMF
08931	Examen psychiatrique complet majeur en cabinet, en CLSC ou en UMF
09240	D'urgence avec déplacement en cabinet : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h
09247	Examen à domicile, premier patient sauf urgence ⁽¹⁾
09110	Examen à domicile, premier patient en urgence ⁽¹⁾
08878	Examen ordinaire à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾
08879	Examen complet à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾
08880	Examen ordinaire à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾
08881	Examen complet à domicile, patient supplémentaire ⁽¹⁾
08856	Examen psychiatrique complet en cabinet, en CLSC ou en UMF ⁽¹⁾

(1) Services permis seulement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 295* en centres de détention.

00007	Examen à domicile, premier patient en perte sévère d'autonomie
00008	Examen à domicile, premier patient en perte sévère d'autonomie, de 0 h à 7 h
00075	Examen à domicile, patient additionnel en perte sévère d'autonomie
	Patient sans égard à l'âge
08862	Psychothérapie individuelle prem. 30 min. en cabinet ou domicile
08863	Psychothérapie individuelle par période 15 min. en cabinet ou domicile
08864	Psychothérapie collective prem. 30 min. en cabinet ou domicile
08865	Psychothérapie collective par période 15 min. en cabinet ou domicile
99509	Personne de 70 ans ou plus qui ne présente aucun état pathologique Ce code d'acte doit être aboli au 31 octobre 2016.
15153	Discussion de cas par période de 15 minutes
15154	Discussion de cas par période de 15 minutes, si plus d'un patient concerné
15155	Supplément de déplacement
15161	Soutien médical à l'abandon du tabagisme

Libellés modifiés à partir du 1^{er} juin 2016 (incluant certains tarifs)

Code d'acte	Libellé
	Patient de moins de 70 ans
00059	Examen de prise en charge de grossesse en clinique externe, patient inscrit
00061	Consultation mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
15656	Consultation mineure urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
00060	Consultation ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
15657	Consultation ordinaire urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
00062	Consultation majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
15658	Consultation majeure urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
08800	Consultation psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08802	Consultation psychiatrique ordinaire urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08803	Consultation psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08805	Consultation psychiatrique majeure urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
	Patients de 70 ans ou plus
09231	Consultation mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
15659	Consultation mineure urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
09234	Consultation ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
15660	Consultation ordinaire urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
09237	Consultation majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
15661	Consultation majeure urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré
08813	Consultation psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

Code d'acte	Libellé
08815	Consultation psychiatrique ordinaire urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08926	Consultation psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08928	Consultation psychiatrique majeure urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
	Patient sans égard à l'âge
08857	Intervention clinique individuelle, première période de trente (30) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 57,05 \$ En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF 47,55 \$
08858	Intervention clinique individuelle prem. 30 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08859	Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de quinze (15) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 28,55 \$ En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF 23,75 \$
08860	Intervention clinique individuelle par période 15 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08866	Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 57,05 \$ En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF 47,55 \$
08867	Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes, en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08868	Intervention clinique collective, période supplémentaire de quinze (15) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet 28,55 \$ En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en UMF 23,75 \$
08869	Intervention clinique collective par période 15 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08861	Supplément pour le déplacement de dix (10) kilomètres ou plus, par quinze (15), maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour dans le cadre d'une intervention clinique individuelle ou collective Depuis un cabinet ou un autre domicile 28,55 \$ Depuis un CLSC, une UMF-CH ou une UMF-CLSC 23,75 \$
08876	Supplément pour le déplacement de dix (10) kilomètres ou plus, du médecin vers le lieu de la téléconsultation, par quinze (15), maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour Depuis un cabinet 28,55 \$ Depuis un CLSC, une UMF-CH ou une UMF-CLSC 23,75 \$

Code d'acte	Libellé
08862	Psychothérapie individuelle prem. 30 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08863	Psychothérapie individuelle par période 15 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08864	Psychothérapie collective prem. 30 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC
08865	Psychothérapie collective prem. 30 min. en établissement sauf en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

Texte paraphé de l’Amendement n° 151

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L’entente générale est modifiée à l’annexe V de la façon suivante :

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

i) En ajoutant, au paragraphe 1, le deuxième alinéa suivant :

« L’ensemble des services tarifés de l’annexe V de l’entente générale est réservé au médecin rémunéré selon le mode de l’acte ou selon le mode de rémunération mixte sauf exception expressément prévue au tarif des services. »

ii) En remplaçant le paragraphe 1.1.1 par le suivant :

« Est comprise dans les honoraires de l’examen, de la visite, de la consultation ou des services qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l’annexe I du préambule général. »

iii) En modifiant le paragraphe 1.1.6 de la façon suivante :

a) En biffant les troisième et quatrième alinéas du sous-paragraphe 1.1.6 b.

b) En remplaçant le sous-paragraphe 1.1.6 d. par le suivant :

d. Centre de détention

Malgré ce qui précède, un centre de détention est réputé être un établissement autre qu’un CLSC ou une UMF en centre hospitalier. Sous réserve de modalités spécifiques, la rémunération applicable est celle des services rendus à domicile.

AVIS : Pour connaître les modalités de rémunération applicables en centre de détention, veuillez vous référer à la Lettre d’entente n° 295.

iv) En ajoutant sous le titre du paragraphe 2.1 « CONSULTATIONS » l’alinéa suivant :

« La nomenclature relative aux consultations est applicable en clinique externe de CHSGS et en service d’urgence de CHSGS et de CLSC du réseau de garde intégré. De plus, une partie de cette nomenclature, soit la consultation psychiatrique ordinaire (paragraphe 2.1.4 ci-dessous) et la consultation psychiatrique majeure (paragraphe 2.1.5 ci-dessous) est applicable en soins de courte durée et de longue durée d’un CHSGS, en CHSLD, en CHSP pour les soins physiques et en centre de réadaptation incluant le centre-jeunesse. »

v) En ajoutant sous le titre du paragraphe 2.2 « EXAMENS » l’alinéa suivant :

« La nomenclature relative aux examens est applicable en clinique externe de CHSGS et en service d’urgence de CHSGS et de CLSC du réseau de garde intégré. De plus, une partie de cette nomenclature, soit l’examen psychiatrique complet (paragraphe 2.2.4 ci-dessous) et l’examen psychiatrique complet majeur (paragraphe 2.2.5 ci-dessous) est applicable en soins de courte durée et de longue durée d’un CHSGS, en CHSLD, en CHSP pour les soins physiques et en centre de réadaptation incluant le centre-jeunesse. »

vi) En remplaçant la première phrase du deuxième alinéa du paragraphe 2.2.3 par la suivante :

« À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile ni le réclamer s'il a déjà été rémunéré, au cours de l'année civile, pour la visite périodique d'un patient vulnérable. »

vii) En remplaçant le paragraphe 2.2.6 A par le suivant :

« 2.2.6 A Visites, évaluations et communications applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC »

Note : Dans le présent paragraphe, la notion de patient inscrit a le sens de l'inscription selon les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge, et de suivi de la clientèle*.

a) Considérations générales

Le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH, ou en UMF-CLSC doit se prévaloir des actes décrits aux alinéas ci-dessous. Le médecin qui exerce dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir des présentes dispositions.

Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique (réf. par. 2.2.6 B du préambule général), de la psychothérapie (réf. par. 2.3 du préambule général), une évaluation médicale (réf. par 2.2.6 du préambule général), une constatation de décès (réf. par. 2.4.1 du préambule général), un transfert inter-établissement ou à partir du cabinet ou d'un domicile (réf. par 2.4.9 du préambule général) ou d'autres services prévus aux onglets des Actes diagnostiques et thérapeutiques, d'Anesthésie ou des diverses Chirurgies, il réclame ces services. Le médecin peut aussi se prévaloir des modalités prévues pour un service non tarifé (réf. par. 1.3.1 du préambule général) et de l'option prévue lors d'un déplacement d'urgence de nuit (réf. par. 1.5 du préambule général).

Les tarifs prévus pour le patient vulnérable peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient s'inscrit ou est inscrit (ci-après médecin traitant) ou par un médecin du groupe tel que défini au sous-paragraphe 6.02 C) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge, et de suivi de la clientèle*.

Certains services sont réservés au médecin traitant. Toutefois, en cas d'interruption de ses activités de treize (13) semaines consécutives ou plus pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du groupe de médecins au sens de l'alinéa précédent peut se prévaloir de ces actes réservés. Les services visés sont identifiés au paragraphe 2.2.6 A b) i) ci-dessous. La durée maximale d'application de cette mesure en ce qui a trait au congé de maternité ou d'adoption est de dix-sept (17) mois.

Les tarifs prévus pour le médecin qui compte 500 patients ou plus inscrits à son nom s'appliquent aux conditions suivantes :

- Le nombre de patients inscrits auprès du médecin est de 500 ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile.
- Le nombre retenu de patients inscrits tient compte de tous les lieux d'inscription du médecin.

En ce qui a trait à l'accès à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis moins d'un (1) an et qui s'engage auprès de son DRMG local à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits peut se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits. Après quatre trimestres complets suite à l'obtention de son permis de pratique, il doit compter au moins 500 patients pour se prévaloir de la tarification bonifiée. De même, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis 35 ans ou plus et qui effectue de la prise en charge et du suivi de clientèle peut aussi se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits.

AVIS : Pour vous prévaloir de la tarification bonifiée, vous devez faire parvenir à la Régie une lettre précisant votre engagement auprès de votre DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits. Vous devez y indiquer vos nom, prénom et numéro de pratique ainsi que la date de prise d'effet de votre engagement auprès de votre DRMG.

Cette lettre doit être acheminée dans les meilleurs délais, puisque vous pourrez vous prévaloir de la tarification bonifiée en date de votre engagement uniquement lorsque la Régie aura reçu l'information.

Par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

AVIS : Pour connaître la date d'obtention de votre permis de pratique, vous pouvez consulter le service en ligne Mon dossier sous Profil dans l'encadré Renseignements personnels.

Les médecins qui ne peuvent atteindre le seuil fixé de patients du fait de leur pratique, laquelle vise une clientèle particulière, pourront saisir le comité paritaire de leur situation pour décision quant à leur admissibilité à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits. Pour chaque secteur d'activité visé, le comité paritaire définit un nombre de visites à atteindre quotidiennement sur la base d'un nombre de jours travaillés annuellement. Il définit également un nombre maximal de médecins pouvant profiter de telles exceptions au-delà duquel les demandes au comité paritaire ne seront pas retenues.

À l'exception de la visite ponctuelle mineure ou complexe, des visites d'évaluation d'un problème mineur ou d'un problème complexe en vue de donner une opinion et de la visite à domicile pour un patient en perte sévère d'autonomie, toutes les autres visites sont effectuées sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

b) Considérations spécifiques

i) Services sur rendez-vous par le médecin traitant

La visite de prise en charge lors de l'inscription, la visite périodique d'un patient vulnérable, la visite de suivi et la visite périodique pédiatrique (alinéas 1), 2), 3) et 12) ci-dessous) peuvent être facturées

- lorsqu'elles se font sur rendez-vous ou par l'accès adapté et
- lorsqu'elles sont faites par le médecin traitant.

En ce qui concerne la visite de suivi d'un patient inscrit et la visite périodique pédiatrique, l'exigence que la visite soit faite par le médecin traitant est rencontrée lorsque la visite est faite auprès d'un médecin du groupe selon les dispositions paraissant aux 3^e et 4^e alinéas du paragraphe 2.2.6 A a) ci-dessus.

ii) Services sans rendez-vous ou services sur rendez-vous par le médecin autre que le médecin traitant

La visite ponctuelle mineure et la visite ponctuelle complexe (alinéas 4) et 5) ci-dessous) sont facturées lorsqu'elles s'effectuent dans le cadre d'une plage de services sans rendez-vous

- que le patient soit inscrit auprès d'un médecin du groupe ou non,
- que le médecin soit le médecin traitant ou non.

Elles sont également facturées lorsqu'elles sont effectuées en rendez-vous

- lorsque le médecin n'est pas le médecin traitant,
- que le patient soit inscrit ou non à un des médecins du groupe.

Ces visites sont également facturées lorsque le médecin, pendant une période de garde en disponibilité, qu'elle soit rémunérée ou non, est appelé à se déplacer et à rendre des services sur place, et cela quel que soit son lieu de pratique habituel ou son mode de rémunération.

iii) Visite de prise en charge et de suivi de grossesse

Le médecin se prévaut de la visite de prise en charge de grossesse, tant au cours du premier trimestre qu'au-delà du premier trimestre, et de la visite de suivi de grossesse selon les modalités prévues aux alinéas 10) et 11) ci-dessous. Il peut également se prévaloir, en cas de prise en charge temporaire et de suivi d'une patiente enceinte, du ou des suppléments prévus au paragraphe 7.03 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

Le médecin qui prend en charge ou fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS de façon régulière ou non ainsi que le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire sont rémunérés selon les modalités prévues au paragraphe 7.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

iv) Visite à domicile

Le médecin qui dispense des services au domicile du patient se prévaut des modalités applicables pour les services dispensés en cabinet ou, selon le cas, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC paraissant à la nomenclature des actes ci-dessous sous réserve des dispositions applicables lorsque le patient est en perte sévère d'autonomie prévues à l'alinéa 15) ci-dessous.

AVIS : *Pour connaître les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, consulter le paragraphe 2.4.2 du préambule général.*

AVIS : *La visite rendue à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet, en CLSC ou en UMF doit être facturée avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**.*

Inscrire le numéro de cabinet, le code de localité ou le numéro de l'installation habituelle de pratique.

Des dispositions spécifiques s'appliquent aux services dispensés au premier patient en perte sévère d'autonomie, au second patient et au troisième patient en perte sévère d'autonomie lorsqu'ils sont sous le même toit. Les services dispensés auprès de patients en perte sévère d'autonomie additionnels aux trois premiers patients sont rémunérés selon les modalités applicables pour les services dispensés en cabinet ou, selon le cas, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.

c) **Nomenclature des actes**

AVIS : *Le médecin exerçant dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il peut toutefois en bénéficier s'il rend des services dans un autre secteur.*

AVIS : *Le médecin exerçant en centre de détention ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il doit se référer à la Lettre d'entente n° 295.*

1) **Visite de prise en charge**

La visite de prise en charge vise l'évaluation d'un patient nouvellement inscrit auprès du médecin qui assurera un suivi longitudinal.

Elle comprend l'évaluation du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite est réclamée uniquement lors de l'inscription initiale du patient auprès du médecin.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : *Voir les codes d'acte 15801, 15802, 15815, 15816, 15821, 15822, 15835 et 15836 sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.*

2) **Visite périodique d'un patient vulnérable**

La visite périodique d'un patient vulnérable inscrit est une visite d'un patient vulnérable déjà inscrit auprès du médecin et dont le médecin assure le suivi longitudinal. Elle vise à évaluer l'évolution du patient et à mettre à jour le plan de traitement.

Elle comprend l'évaluation du patient, une actualisation du plan de traitement et, lorsque requis, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite peut être réclamée une seule fois par année civile. Elle ne peut pas être réclamée durant la même année civile par le médecin qui a été rémunéré pour la visite de prise en charge sur rendez-vous pour le même patient. Elle ne peut pas non plus être réclamée, durant la même année civile, par le médecin qui a auparavant été rémunéré pour l'examen complet majeur, pour la visite de prise en charge de grossesse, pour l'examen de prise en charge de grossesse, ou pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre.

Le tarif est modulé selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15819, 15820, 15839 et 15840** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

3) Visite de suivi d'un patient inscrit

La visite de suivi d'un patient inscrit auprès du médecin qui l'a inscrit et qui en assure le suivi longitudinal vise l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite peut être réclamée par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i).

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15803, 15804, 15817, 15818, 15823, 15824, 15837 et 15838** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Dans le cas où le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique a le droit de se prévaloir de cette visite.

Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus.**

4) Visite ponctuelle mineure

La visite ponctuelle mineure consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème concernant un seul système ou une seule partie du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent lorsque requis, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer un nouveau questionnaire ou examen ou pour initier un traitement, pour évaluer un traitement en cours, pour observer l'évolution d'un maladie ou pour évaluer la réponse à un traitement.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15765 à 15772** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.

5) Visite ponctuelle complexe

La visite ponctuelle complexe consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème portant sur plus d'un système ou plus d'une région du corps.

Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Sont réputés répondre aux exigences de la visite ponctuelle complexe énoncées au premier alinéa ci-dessus les examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles;
- l'évaluation des fonctions mentales supérieures, incluant, lorsqu'indiqué, l'évaluation du risque suicidaire.

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer une nouvelle évaluation physique ou mentale.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15773 à 15780** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.

6) Visite d'évaluation psychiatrique

La visite d'évaluation psychiatrique est réalisée à la demande d'un médecin. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

En plus de l'examen psychiatrique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel qui l'accompagne.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

Le médecin qui revoit le patient dans le cadre du suivi conjoint qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique ne peut alors réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.

Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS : Voir le code d'acte **08819** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

7) Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique est une visite auprès du médecin qui assure un suivi conjoint en santé mentale d'un patient inscrit auprès d'un autre médecin ou qui assure un suivi en santé mentale auprès d'un patient non inscrit. Cette visite se fait généralement à la suite d'une visite d'évaluation psychiatrique à la demande du médecin traitant.

Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS : Voir le code d'acte **08848** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

8) Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas ou de l'expertise du médecin dont l'opinion est recherchée.

L'évaluation doit correspondre aux exigences de la visite ponctuelle mineure. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS : Voir le code d'acte **15789** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

9) Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

La visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

L'évaluation inclut l'examen physique ou mental décrit à la visite ponctuelle complexe. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS : Voir le code d'acte **15790** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

10) Visite de prise en charge de grossesse

La visite de prise en charge de grossesse consiste en la première évaluation d'une patiente par le médecin qui assurera le suivi prénatal ou une portion de celui-ci.

Cette visite comprend l'examen pertinent au contexte. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

À l'occasion de cette visite ou de la visite subséquente, le médecin complète les formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement et prescrit les examens de dépistage pertinents.

Pour une même patiente lors de la même grossesse, un seul médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération applicables à la prise en charge de grossesse que ce médecin soit rémunéré par la visite de prise en charge de grossesse ou qu'il se prévale du supplément applicable pour la prise en charge de grossesse au cours du 1^{er} trimestre et prévu au paragraphe 7.02 A) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. De plus, si la patiente est déjà inscrite comme patiente vulnérable auprès du médecin qui réclame ce service, il ne peut subséquemment durant la même année civile réclamer la visite périodique d'un patient vulnérable inscrit.

Toutefois, lorsque le médecin qui assure le suivi prénatal transfère la patiente à un deuxième médecin en vue de l'accouchement, du fait que ce premier médecin n'effectue pas d'accouchements, le médecin auquel la patiente est transférée peut réclamer cette visite. Dans ce contexte, il n'est pas tenu de prescrire les examens de dépistage s'ils ont déjà été effectués.

Ce service ne peut être réclaté par le médecin qui évalue une patiente en vue de mettre fin à sa grossesse.

Le tarif est modulé selon

- que la patiente est vulnérable ou non,
- que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus,
- que la visite de prise en charge est effectuée au cours du premier trimestre de grossesse ou non et,
- lorsqu'effectuée au cours du premier trimestre de grossesse, selon qu'il y ait référence ou non à un second médecin, au cours de ce même trimestre, pour assurer le suivi de grossesse par la suite.

AVIS : Voir les codes d'acte **15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829 et 15830** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.

11) Visite de suivi de grossesse

La visite de suivi de grossesse consiste en l'évaluation d'une patiente enceinte dans le cadre d'un suivi prénatal.

Cette visite comporte le questionnaire et l'examen pertinent de même que les investigations requises par l'état de la patiente. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Les tarifs sont modulés selon que la patiente est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS : Voir les codes d'acte **15811, 15812, 15831 et 15832** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.*

12) Visite périodique pédiatrique

La visite périodique pédiatrique est une visite sur rendez-vous d'un patient âgé de 0 à 63 mois par le médecin auprès duquel il est inscrit et qui en assure le suivi longitudinal. Elle vise le dépistage des problèmes de développement et l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

L'évaluation doit répondre aux conditions décrites à la visite de suivi d'un patient inscrit. De plus, le médecin doit évaluer les éléments pertinents de l'abécédaire de suivi et consigner les éléments pertinents au dossier.

Cette visite peut être réclamée par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i).

La rémunération spécifique accordée pour la visite périodique pédiatrique est sujet à un maximum du nombre de services. Pour un même patient, sont comptabilisées à cette fin la visite de prise en charge (lors de l'inscription), la visite périodique d'un patient vulnérable, la visite périodique pédiatrique, l'intervention clinique pour la clientèle pédiatrique, de même que les visites rémunérées sous un autre mode et donnant droit à un supplément de responsabilité à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans. Le nombre maximal de ces services qui peut être réclamé est :

Entre 0 et 21 mois : huit (8) visites

Entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS : *Voir les codes d'acte 15813, 15814, 15833 et 15834 sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.*

AVIS : *Dans le cas où le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique a le droit de se prévaloir de cette visite.*

Utiliser l'élément de contexte Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus.

13) Communications avec un médecin spécialiste

Le médecin qui communique avec un médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine familiale) par téléphone concernant un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication peut avoir été initiée par le médecin spécialiste ou le médecin qui réclame le forfait;
- La communication se tient en l'absence de la présence physique du patient;
- La discussion doit être requise en raison de la gravité ou la complexité de la situation;

- La discussion doit viser le plan de traitement du patient pour obtenir un avis sur le diagnostic ou les recommandations sur la prise en charge et le suivi du patient, et
- Le médecin doit compter 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Par trimestre, le médecin peut réclamer le nombre maximal de montants forfaitaires paraissant ci-dessous établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application :

- 1500 patients inscrits ou plus : 39
- 1000 patients inscrits ou plus mais moins de 1500 patients inscrits : 26
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1000 patients inscrits : 13

La demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte **15841, 15842 et 15843** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

14) Communications avec d'autres professionnels de la santé

Le médecin qui communique avec un autre professionnel de la santé (à l'exclusion d'un médecin spécialiste ou omnipraticien) par téléphone concernant un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication se tient en l'absence de la présence physique du patient;
- La communication est effectuée avec une infirmière, un travailleur social, un inhalothérapeute, une diététicienne ou un pharmacien. Cet intervenant ne fait pas partie du personnel du cabinet ou de l'installation dans lequel le médecin exerce et avec lequel il échange couramment, que cet intervenant soit rémunéré ou non par le CISSS ou le CIUSSS.
- La discussion doit concerner les soins à prodiguer au patient;
- Dans le cas d'une communication avec un pharmacien, elle doit donner lieu à un changement thérapeutique et ce changement doit être transmis, au pharmacien. La communication visant à effectuer une ordonnance ou le simple renouvellement d'ordonnance ne répond pas à cette exigence.
- Le médecin doit compter 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Par trimestre, le médecin peut réclamer le nombre maximal de montants forfaitaires paraissant ci-dessous établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

- 1500 patients inscrits ou plus : 39
- 1000 patients inscrits ou plus mais moins de 1500 patients inscrits : 26
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1000 patients inscrits : 13

La demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte **15844, 15845 et 15846** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

15) Visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs

La visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie comprend les services suivants :

- 1) Lors de la visite initiale ou annuelle, le médecin doit procéder à l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'évaluation physique ou mentale, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale.
- 2) Lors des visites subséquentes, le médecin doit prodiguer les soins courants suite à un examen physique ou mental pour évaluer un problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.
- 3) La visite doit s'effectuer au Québec.

Le patient en perte sévère d'autonomie présente les caractéristiques suivantes :

- il nécessite des soins médicaux actifs,
- un suivi et
- est incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants pour une telle situation, ou sans s'exposer à un risque inutilement élevé pour son intégrité physique ou mentale ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne.

Le patient en phase de soins palliatifs qui fait l'objet de visites à domicile est réputé répondre aux caractéristiques décrites ci-dessus. Il en va de même du patient qui est évalué par un médecin dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie d'un CHSGS ou d'un CHSLD.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

AVIS : Voir les codes d'acte **15781, 15782, 15783 et 15784** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

AVIS : *Pour connaître les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, consulter le paragraphe 2.4.2 du préambule général.*

16) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 ci-dessous et selon les modalités qui y sont décrites, un supplément d'honoraires est accordé en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC lorsque le médecin doit se déplacer auprès d'un patient pour répondre à une urgence.

Ce supplément s'applique uniquement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans supplément de déplacement.

AVIS : Voir les codes d'acte **15847, 15848 et 15849** sous l'onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE.

AVIS : Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée ainsi que l'heure de début du déplacement.

Inscrire l'élément de contexte **Séance différente** pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services facturés au cours de la même période.

viii) En modifiant le paragraphe 2.2.6 B de la façon suivante :

1) En remplaçant le troisième alinéa par les suivants :

« Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes. Le médecin ne peut facturer plus de cent-quatre-vingt (180) minutes d'interventions cliniques dans une journée sous réserve des dispositions suivantes.

N'est pas comptabilisée aux fins de la durée quotidienne maximale prévue ci-dessus, la durée d'une intervention clinique effectuée :

- pour un problème de santé mentale,
- pour un problème de toxicomanie,
- auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé (par. 5.01 de l'Entente particulière de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle),
- auprès de la clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC.

Le médecin indique le contexte lorsqu'il réclame le service dans une des situations visées ci-dessus. »

AVIS : Lorsque l'intervention clinique est effectuée pour l'une ou l'autre de ces situations, utiliser l'élément de contexte approprié :

- Intervention clinique effectuée pour un problème de santé mentale;
- Intervention clinique effectuée pour un problème de toxicomanie;
- Intervention clinique effectuée pour un problème de santé figurant à l'EP – Médecine de famille, prise en charge, suivi de la clientèle (par. 5.01);
- Intervention clinique effectuée auprès d'une clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC.

2) En remplaçant le septième alinéa par les suivants :

« Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Le tarif est alors modulé selon que la visite est effectuée dans le cadre des activités du médecin en cabinet ou en établissement. Pour ces fins, le médecin qui exerce exclusivement à domicile est réputé exercer dans le cadre d'activités en cabinet.

Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, et qu'il doit se déplacer à plus de dix (10) kilomètres du point de départ pour effectuer son déplacement, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Lors d'interventions cliniques successives, le point de départ est réputé être celui de l'intervention clinique à domicile qui a précédé la visite. »

ix) En remplaçant aux paragraphes 2.2.7 et 2.2.7 A) les mots « assaut sexuel » par « agression sexuelle ».

x) En remplaçant le paragraphe 2.4.2 par le suivant :

« Une indemnité de kilométrage est prévue pour le médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital, dans ce dernier cas pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne. La distance se mesure à compter de 10 kilomètres du lieu principal de pratique du médecin que ce soit le cabinet, le CLSC, l'UMF-CH ou l'UMF-CLSC jusqu'au lieu de l'intervention. Dans le cas de visites à domicile en série, après la première visite à domicile de la journée, le point de départ est réputé être celui de la visite à domicile qui précède chaque nouvelle visite. Dans tous les cas, la distance est calculée dans un sens seulement.

AVIS : Pour facturer l'indemnité de kilométrage, utiliser la Facture de frais de déplacement et inscrire le nombre de kilomètres effectués diminué des 10 premiers kilomètres.

Voir la rubrique Facture de frais de déplacement sur notre site Web, sous Guide de facturation de la nouvelle facturation à l'acte.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage avec le code **09991** sur la Facture de frais de déplacement.

Dans le cas du médecin qui exerce dans le cadre de la courte durée gériatrique en CHSGS ou en CHSLD, le lieu principal de pratique pour les fins du présent paragraphe est l'établissement en cause.

Une indemnité de kilométrage pour un déplacement de plus de 60 kilomètres, à l'exclusion toutefois du déplacement décrit à l'alinéa précédent pour se rendre à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement vaginal ou par césarienne, fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

Le médecin qui effectue, avec déplacement, l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner peut aussi se prévaloir de cette mesure. »

xi) En remplaçant au paragraphe 2.4.7.1, les sous-paragraphes A) et B) par les sous-paragraphes A), B) et C) suivants :

« A) Tous les jours, selon les plages horaires de 7 h à 16 h, de 16 h à 24 h ou de 0 h à 7 h :

- pour une visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie;
- pour un patient admis dans un établissement.

- B) Le samedi, dimanche, jour férié ou tout autre jour de 19 h à 7 h :
– pour un patient au cabinet, au CLSC, à l'UMF-CH ou à l'UMF-CLSC.

C) Tous les jours de 19 h à 7 h :

- pour une visite à domicile auprès d'un patient qui n'est pas en perte sévère d'autonomie. »

B) L'onglet « **CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE** » est modifié de la façon suivante :

- i) Les libellés et tarifs des actes de la nomenclature applicables en cabinet, à domicile, CLSC, UMF-CH et UMF-CLSC proposée par le présent amendement et remplaçant les actes applicables dans ces lieux de pratique jusqu'au 31 mai 2016 pour les patients de moins de 80 ans et de 80 ans ou plus paraissent à l'annexe I du présent amendement. Ceux-ci sont introduits au-dessus de la rubrique « Consultation (patient de moins de 70 ans) », à l'exception des nouveaux actes relatifs à la psychothérapie qui se retrouvent sous la rubrique « Psychothérapie individuelle ou collective ».
- ii) Les libellés et codes des actes qui doivent être abolis ou modifiés paraissent à l'annexe II du présent amendement.

C) L'onglet « **ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES** » est modifié de la façon suivante :

- i) Le préambule particulier est remplacé par le suivant :

« **PRÉAMBULE PARTICULIER**

Les activités de prévention s'inscrivent notamment dans le cadre des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025. Elles visent à faire la promotion de saines habitudes de vie, à réduire l'incidence de certaines maladies et à rendre accessibles des soins et services de qualité.

La réalisation des actes de prévention primaire ou secondaire suppose différentes actions impliquant, selon le cas, une évaluation, un dépistage, la communication de résultat, le counseling, la prise en charge, tout en assurant l'orientation de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé pour investigation complémentaire, diagnostic, traitement ou autre.

Dans le cadre des activités cliniques préventives, peut être facturée spécifiquement **l'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**.

L'intervention préventive relative aux ITSS a pour objet la cueillette de renseignements permettant l'évaluation du niveau de risque d'ITSS chez une personne symptomatique ou asymptomatique et les actions spécifiques de nature préventive appropriées selon le niveau de risque décelé, dont :

- le counseling pré-test,
- l'évaluation des indications de dépistage et d'immunisation,
- la détection d'ITSS par analyse de biologie médicale à des fins de dépistage et de diagnostic, le cas échéant,
- l'interprétation des résultats des analyses et l'établissement du diagnostic, la communication des résultats d'analyse,
- la prescription du traitement approprié et l'intervention préventive visant la notification des partenaires,

- le counseling post-test que les résultats soient positifs ou négatifs,
- l'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial.

Cette intervention peut être facturée lorsqu'elle est faite en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC. Elle nécessite généralement plus d'une visite.

Remplir et acheminer à la Direction de santé publique le formulaire de déclaration obligatoire lorsque requis par la Loi sur la santé publique est inclus dans l'intervention préventive.

Le médecin peut facturer l'intervention préventive relative aux ITSS autant à la première visite qu'au cours des visites subséquentes. Il peut la facturer seule ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. La durée de cette intervention est d'au moins quinze (15) minutes au-delà du temps consacré à l'examen s'il est indiqué.

Au cours de la même visite, le médecin ne peut facturer l'intervention clinique ou la psychothérapie. »

- ii) Le libellé et le code d'acte relatifs à l'acte « Soutien médical à l'abandon du tabagisme » (code 15161) sont abolis.

2. L'entente générale est modifiée au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de la façon suivante :

- A) Le deuxième alinéa du sous-paragraphe 1) est remplacé par le suivant :

« Pour les mêmes trimestres, toute la rémunération du médecin qui compte, au 31 décembre précédant le 1^{er} mars en cause, 200 enfants inscrits de 63 mois ou moins, pour lesquels il s'est prévalu des dispositions relatives à la visite périodique pédiatrique ou au supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé entre 0 et 63 mois. Cette disposition s'applique également pour le médecin qui compte un total d'au moins deux cents (200) enfants et patients vulnérables inscrits tels que décrits ci-dessus. »

- B) Le sous-paragraphe 5) est remplacé par le suivant :

« 5) La rémunération versée en lien avec une inscription dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 195* jusqu'au 31 octobre 2011 ou qui en découle et celle prévue dans la *Lettre d'entente n° 245* à compter du 1^{er} novembre 2011 jusqu'au 31 octobre 2015. »

- C) Le sous-paragraphe 22) est remplacé par le suivant :

« 22) En regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé, 3,50 % de la rémunération relative aux visites, aux interventions cliniques et aux psychothérapies faits en cabinet ou à domicile. »

- D) Le sous-paragraphe 27) est remplacé par le suivant :

« 27) La rémunération versée au médecin enseignant, pour les activités de supervision ou pour les activités académiques, qui sont prévues à l'alinéa 2 ou à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01 de la section II de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant ainsi que la rémunération versée au médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte prévu à l'annexe XXIII soit le forfait horaire ainsi que les services prévus à l'annexe I de l'annexe XXIII, Section B 2 – Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH. »

3. L'entente générale est modifiée à l'annexe XXII en ajoutant le paragraphe suivant :

« **1.09** Dans le cas où le médecin doit faire l'évaluation du patient à son domicile, les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent également au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente annexe. »

AVIS : Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage avec le code **09991** sur la Facture de frais de déplacement.

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

*Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :*

- 027XXX
- 031XXX
- 053XXX
- 073XXX
- 100XXX
- 101XXX
- 102XXX
- 265XXX

*Avec les **emplois de temps** suivants :*

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX030 Services cliniques
- XXX055 Communications (rencontre avec les proches)
- XXX056 Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)
- XXX067 Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
- XXX070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- XXX079 Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)
- XXX080 Participation du médecin de famille
- XXX097 Plan d'intervention pour le patient
- XXX098 Services de santé durant le délai de carence

4. L'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires est modifiée en ajoutant le paragraphe suivant :

« **3.06** Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente. »

AVIS : Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage avec le code **09991** sur la Facture de frais de déplacement.

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 002XXX
- 263XXX
- 264XXX

Avec les **emplois de temps** suivants :

- XXX030 Services cliniques
- XXX031 Étude de dossiers
- XXX055 Communications (rencontre avec les proches)
- XXX079 Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)
- XXX098 Services de santé durant le délai de carence

Le code d'activité suivant est permis uniquement en CLSC :

- 088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Le code d'activité suivant est permis uniquement dans le cadre du **programme Antipoison** :

- 089030 Services cliniques

5. L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant, avec les adaptations requises, les termes suivants :

- a) le mot « examen » par « visite » ou les termes « examen ou thérapie » par « visite, intervention clinique ou psychothérapie »;
- b) les références au paragraphe 6.02 D) par des références au paragraphe 6.02 C).

B) En supprimant, au paragraphe 4.10, les termes « la discussion de cas et le forfait de soutien au démarrage ».

C) Le paragraphe 5.02 est supprimé.

D) Le paragraphe 6.01 est modifié de la façon suivante :

a) Le paragraphe 6.01 A) est remplacé par le suivant :

« A) Le montant du forfait de base est de 59,80 \$ en cabinet et de 44,95 \$ en établissement. Il est modulé selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé (par. 5.01 ci-dessus) du patient. Ces forfaits modulés sont les suivants :

Groupe I : le patient est identifié à une seule catégorie de problèmes de santé. Le montant de ce forfait est de 59,80 \$ en cabinet et de 44,95 \$ en établissement soit à 100 % du forfait de base.

Groupe II : le patient est identifié à deux catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 89,70 \$ en cabinet et de 67,45 \$ en établissement soit à 150 % du forfait de base.

Groupe III : le patient est identifié à trois catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 119,60 \$ en cabinet et de 89,90 \$ en établissement soit à 200 % du forfait de base.

Groupe IV : le patient est identifié à deux catégories ou plus de problèmes de santé dont une de ces catégories est la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 119,60 \$ en cabinet et de 89,90 \$ en établissement soit à 200 % du forfait de base. »

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Installation CLSC/UMF (GMF ou non)
	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)
Groupe I	59,80	44,95
Groupe II	89,70	67,45
Groupe III	119,60	89,90
Groupe IV	119,60	89,90

b) Le paragraphe 6.01 E) est remplacé par le suivant :

« E) Le forfait annuel de prise en charge est payé à partir du mois de l'inscription du patient ou , selon le cas, du mois de l'identification de la catégorie du problème de santé. Il est rajusté, s'il y a lieu, à compter du mois de la modification ou de l'ajout du problème de santé . Il en est de même pour le changement de lieu de suivi du patient. Cette disposition est conditionnelle au respect du délai paraissant, selon le cas, aux paragraphes 4.04 ou 6.01 B). Lorsque, en raison de son âge, un patient cesse d'être vulnérable, le forfait cesse d'être payé à compter du mois suivant cette modification. »

c) Le premier alinéa du paragraphe 6.01 H) est remplacé par le suivant :

« Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, le nombre de ses patients vulnérables actifs pour chacun des quatre (4) groupes de vulnérabilité décrits au paragraphe 6.01 A) ci-dessus, selon le lieu de suivi habituel et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année qui débute »

E) Le paragraphe 6.02 est modifié de la façon suivante :

a) En remplaçant le titre, le préambule et les alinéas A), B), C) du paragraphe 6.02 par les suivants :

« **6.02 Tarif de la visite pour patient vulnérable et forfait de responsabilité :**

A) Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou de rémunération mixte qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC se prévaut des codes pour les services rendus à un patient vulnérable qu'il a inscrit.

Toutefois, pour des services rendus dans un des lieux paraissant à l'alinéa précédent, lorsqu'un examen physique est inclus dans un acte ou une chirurgie qui ne prévoit pas de tarif spécifique pour un patient vulnérable qu'il a inscrit, le médecin reçoit un forfait de responsabilité pour chaque service qui tient lieu d'examen effectué auprès d'un patient vulnérable inscrit. En UMF, l'examen physique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte fait aussi l'objet de ce traitement. Dans ces mêmes lieux, le médecin reçoit aussi un forfait de responsabilité pour chaque intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est de 10,15 \$ pour des activités rattachées au cabinet et de 7,85 \$ pour des activités rattachées à un CLSC, à une UMF-CH ou à une UMF-CLSC.

AVIS : Pour facturer le forfait, utiliser la Facture de services médicaux et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code de facturation **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit en **cabinet**;
- le code de facturation **15171** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit et suivi **à domicile**;
- le **numéro du lieu de facturation spécifique** octroyé au cabinet par la Régie ou le code de localité pour les services rendus à domicile ou dans un cabinet ne détenant pas de code spécifique.

Le forfait doit être facturé à la même date que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectuée et sur la même facture.

- B) Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes (à l'exclusion de l'adhérent au mode de rémunération mixte) ou du tarif horaire et qui exerce dans un lieu de dispensation rattaché à un établissement et prévu au paragraphe 3.01 A) de la présente entente reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou service qui tient lieu d'examen effectué dans l'établissement auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit. De plus, le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est de 7,85 \$.

Il en est de même lorsque ce médecin se rend à domicile auprès d'un patient inscrit dans un des lieux de dispensation prévu à l'alinéa ci-dessus. »

AVIS : Pour facturer le forfait, utiliser la Facture de services médicaux et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code de facturation **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit en **établissement**;
- le numéro d'établissement;

Le forfait doit être facturé à la même date que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectuée et sur la même facture.

- b) En modifiant la numérotation du paragraphe D) qui devient le paragraphe C) et en y remplaçant les termes suivants :
- i) au premier alinéa « examen ou thérapie » par « examen, intervention clinique ou psychothérapie ».
 - ii) à l'alinéa i) « UMF adhérente à l'entente particulière relative aux UMF » par « UMF adhérente à la Section II de l'Entente particulière relative au médecin enseignant ».
 - iii) au préambule et aux alinéas ii), iii), iv) et v) « le forfait de responsabilité » par « le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité »;
 - iv) à l'alinéa iv), « du forfait de responsabilité » par « du tarif de la visite prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, du forfait de responsabilité »;
 - v) à l'alinéa vi) « des services dispensés à la clientèle vulnérable ainsi que des forfaits de responsabilité s'y rattachant » par « des tarifs de la visite prévus pour le patient vulnérable ou, selon le cas, des forfaits de responsabilité ».

F) Les paragraphes 6.03 et 6.04 sont supprimés.

G) Le paragraphe 7.01 est modifié de la façon suivante :

- a) Le premier alinéa est modifié en remplaçant les termes « du formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou en usage dans un établissement » par « des formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement ».
- b) Le premier alinéa du paragraphe 7.01 A) est remplacé par le suivant :

« A) Le médecin prend en charge et fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS où il détient ses privilèges en obstétrique. Il est alors rémunéré selon le mode de l'acte. »
- c) Le paragraphe 7.01 B) est remplacé par le suivant :

« B) Un seul examen de prise en charge de grossesse ou de visite de prise en charge de grossesse est payable par grossesse à un médecin.

Dans le cas où le médecin qui a effectué la prise en charge de la grossesse transfère la femme enceinte à un autre médecin en vue de l'accouchement, ce nouveau médecin peut, le cas échéant, réclamer l'examen de prise en charge de grossesse ou la visite de prise en charge de grossesse. »
- d) Le paragraphe 7.01 C) est remplacé par le suivant :

« C) À l'égard d'une patiente, depuis le début de sa grossesse, le médecin qui réclame cet examen ne peut pas par la suite durant l'année civile se prévaloir de la visite de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge ou de la visite périodique d'un patient vulnérable; »
- e) Le paragraphe 7.01 D) est remplacé par le suivant :

« D) Le tarif de l'examen de prise en charge de grossesse est de 63,80 \$. »

AVIS : Utiliser la Facture de services médicaux et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code de facturation **00059** pour l'examen de prise en charge de grossesse;
- le code d'installation;
- le secteur d'activité « clinique externe ».

Seul le médecin rémunéré exclusivement à l'acte peut facturer l'examen de prise en charge dans une installation.

H) Le paragraphe 7.02 est modifié de la façon suivante :

a) Le titre du paragraphe 7.02 et le paragraphe 7.02 A) sont remplacés par les suivants :

« 7.02 **Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse.**

A) Un supplément au premier examen fait lors de la prise en charge de grossesse (intervention clinique, examen complet ou examen de prise en charge de grossesse) est accordé lorsque cette intervention ou cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente. Ce supplément est de 45,35 \$ en cabinet ou à domicile et de 34,05 \$ en établissement.

Il est payable dans la mesure où la patiente n'a pas, à une date antérieure, fait l'objet d'une visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre ou d'un examen ou d'une intervention clinique ayant donné lieu au paiement d'un supplément de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre pour la même grossesse. Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin au cours du premier trimestre de sa grossesse pour en assurer le suivi, le supplément est payable au médecin auquel la patiente a été référée. »

b) Le paragraphe 7.02 B) est modifié de la façon suivante :

i) En remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« B) Un supplément s'ajoute également à l'intervention clinique individuelle et à l'examen faits dans le cadre d'un suivi de grossesse. Il est de 10,90 \$ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 8,55 \$ lorsque le médecin exerce en établissement. »

ii) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 7.02 par les suivants :

« Ces suppléments peuvent être facturés par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, la visite de prise en charge de grossesse, la visite de suivi de grossesse, l'intervention clinique à l'occasion d'un suivi de grossesse, l'examen de prise en charge de grossesse ou l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse demeurent rémunérées selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas. Ces suppléments peuvent également être facturés en UMF durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

Seul le supplément de suivi de grossesse peut être réclamé par un médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte lorsqu'il réclame l'intervention clinique individuelle. »

l) Le paragraphe 7.03 est modifié en remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« Au bénéfice du médecin qui détient des privilèges en obstétrique et assume temporairement le suivi d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille, un supplément est accordé pour cette prise en charge temporaire et le suivi de grossesse dans la mesure où ces services sont dispensés dans un lieu prévu au paragraphe 3.01 A) ci-dessus. Le montant de ce supplément est de 11,35 \$ si le lieu de suivi est en cabinet et de 8,55 \$ si le lieu de suivi est en établissement. Si le médecin est membre d'un GMF et qu'il y assume temporairement le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin membre du même GMF, s'ajoute à ce supplément un montant de 8,95 \$. »

J) Le paragraphe 8.01 est remplacé par le suivant :

« **8.01 Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans** : le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et qui fait un examen périodique auprès d'un enfant âgé de 0 à 5 ans qu'il a inscrit selon les dispositions de la présente entente reçoit un supplément à chaque examen périodique. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte. Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte qui se prévaut de l'intervention clinique individuelle lors de pareil examen reçoit aussi un supplément.

En UMF, l'examen périodique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte donne aussi ouverture au supplément pour chaque examen périodique.

Dans les deux cas, les modalités suivantes s'appliquent :

- A) Le montant du supplément est de 16,30 \$ en cabinet ou à domicile et de 12,75 \$ en établissement;
- B) le médecin doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant âgé de 0 à 5 ans;
- C) Le nombre d'examens périodiques et d'interventions cliniques individuelles admissibles au supplément prévu au présent paragraphe se répartit comme suit :
- entre 0 et 21 mois : huit (8) visites
 - entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile.

En plus des examens périodiques et des interventions cliniques individuelles admissibles réclamés, sont assimilés à des examens périodiques admissibles pour les fins de calcul du nombre d'examens, la visite de prise en charge et la visite périodique pédiatrique. »

6. L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant est modifiée en ajoutant, à la section II, le paragraphe suivant :

« **4.11** Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente. »

AVIS : Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage avec le code **09991** sur la Facture de frais de déplacement.

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les natures de service permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 051XXX
- 063XXX

Avec les **emplois de temps** suivants :

- XXX015 *Examens relatifs à l'hépatite C*
- XXX030 *Services cliniques*
- XXX031 *Étude de dossiers*
- 051068 *Encadrement clinique et pédagogique*
- 051069 *Activité de supervision*

7. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} juin 2016 à l'exception des dispositions des sous-paragraphes 5 C) et 5 D) qui entrent en vigueur le 1^{er} novembre 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,

ce _____^e jour de _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Extrait de l’onglet B – Consultation, examen et visite
(paragr. 1 B) i) de l’amendement)

En cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC		
<i>AVIS : Le médecin exerçant en centre de détention ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il doit se référer à la Lettre d’entente n° 295.</i>		
<i>AVIS : Le médecin exerçant dans le cadre d’un service d’urgence d’un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il peut toutefois en bénéficier s’il rend des services dans un autre secteur.</i>		
<i>AVIS : En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, les actes ci-dessous sont réservés au médecin rémunéré à l’acte ou selon le mode de rémunération mixte.</i>		
<i>AVIS : Seules les visites ponctuelle mineure et ponctuelle complexe, les visites d’évaluation d’un problème mineur ou complexe pour donner une opinion et la visite à domicile du patient en perte sévère d’autonomie ou en soins palliatifs peuvent être facturées durant une garde en disponibilité, conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général. Les suppléments d’honoraires pour déplacement d’urgence sont également permis durant une période de garde en disponibilité.</i>		
<i>AVIS : La visite rendue à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet, en CLSC ou en UMF doit être facturée avec l’élément de contexte Visite rendue au domicile du patient. Inscrire le numéro de cabinet, le code de localité ou le numéro de l’installation habituelle de pratique.</i>		
Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans)		
Patient non vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15801	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	61,65
15802	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	95,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	71,45
Visite de suivi		
15803	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	41,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	30,85

15804	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	47,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	35,35
<i>Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)</i>		
AVIS :	<i>Pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date prévue de l'accouchement.</i>	
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
AVIS :	<i>Le cas échéant, inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
15805	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	127,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	95,50
15806	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	144,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	108,65
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
15807	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	61,65
15808	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	93,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	70,30
Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre		
AVIS :	<i>Le cas échéant, inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
15809	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	61,65
15810	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	93,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	70,30

Visite de suivi de grossesse		
15811	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	48,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	36,10
15812	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	54,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	41,00
<i>Prise en charge et suivi pédiatrique</i>		
Visite périodique pédiatrique		
15813	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	64,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	48,10
15814	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	72,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	54,50
Patient vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15821	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50
15822	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	105,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	79,30
Visite périodique		
15819	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50

15820	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	107,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	81,05
Visite de suivi		
15823	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	51,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	38,70
15824	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	43,20
<i>Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)</i>		
<u>AVIS</u> :	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	
<u>AVIS</u> :	<i>Pour les visites de prise en charge de grossesse, inscrire la date prévue de l'accouchement.</i>	
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
<u>AVIS</u> :	<i>Le cas échéant, inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
15825	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	137,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	103,35
15826	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	154,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	116,50
Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi		
15827	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50
15828	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	103,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	78,15

Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre		
AVIS :	<i>Le cas échéant, inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
15829	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	92,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	69,50
15830	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	103,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	78,15
Visite de suivi de grossesse		
15831	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	58,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	43,95
15832	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	64,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	48,85
<i>Prise en charge et suivi pédiatrique</i>		
Visite périodique pédiatrique		
15833	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	74,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	55,95
15834	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	82,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	62,35

Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus)		
Patient non vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15815	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	97,35
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	73,20
15816	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	113,30
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	85,20
Visite de suivi		
15817	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	48,45
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	36,45
15818	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	55,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	41,85
Patient vulnérable inscrit		
Visite de prise en charge		
15835	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	107,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	81,05
15836	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	123,45
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	93,05

Visite périodique		
15839	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	107,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	81,05
15840	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	123,45
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	93,05
Visite de suivi		
15837	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	58,60
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	44,30
15838	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	65,80
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	49,70

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit)		
Patient non vulnérable		
Visite ponctuelle mineure		
15765	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	19,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	14,65
15766	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	22,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	16,90
Visite ponctuelle complexe		
15773	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	39,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	29,30
15774	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	45,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	33,85
Patient vulnérable		
<i>AVIS :</i>	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	
Visite ponctuelle mineure		
15767	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	29,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	22,50
15768	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	32,65
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	24,75

Visite ponctuelle complexe		
15775	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	49,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	37,15
15776	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	55,15
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	41,70

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit)		
Patient non vulnérable		
Visite ponctuelle mineure		
15769	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	23,20
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	17,45
15770	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	26,80
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	20,15
Visite ponctuelle complexe		
15777	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	46,35
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	34,85
15778	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	53,60
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	40,30
Patient vulnérable		
<u>AVIS :</u>	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	
Visite ponctuelle mineure		
15771	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	33,35
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	25,30
15772	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	36,95
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	28,00

Visite ponctuelle complexe		
15779	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	56,50
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	42,70
15780	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	63,75
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	48,15
Visites à domicile		
Patient non vulnérable		
Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie		
15781	Premier patient	127,40
15782	Patient additionnel en perte sévère d'autonomie	98,05
Patient vulnérable		
Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie		
15783	Premier patient	137,55
15784	Patient additionnel en perte sévère d'autonomie	108,20
<i>AVIS :</i>	<i>Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.</i>	

Visites sur rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)		
Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint en santé mentale		
08819		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	95,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	71,45
<u>AVIS</u> :	<i>Inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
Visite de suivi conjoint en santé mentale		
08848		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	70,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	52,65

Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)		
Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion		
15789		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	38,80
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	38,80
<u>AVIS</u> :	<i>Inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion		
15790		
	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	60,25
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	60,25
<u>AVIS</u> :	<i>Inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	

Communications		
<u>AVIS :</u>	<p><i>Pour la facturation d'une communication pour une personne assurée, inscrire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le numéro d'assurance maladie de la personne assurée; - le code de facturation approprié; - le numéro du lieu où la communication a été effectuée. <p><i>Utiliser une ligne de facture par communication. Si plusieurs communications sont effectuées le même jour pour la même personne assurée, inscrire l'élément de contexte Séance différente.</i></p>	
Communication avec un médecin spécialiste		
15841	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15842	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
15843	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	28,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	21,05
Communication avec d'autres professionnels de la santé		
15844	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05
15845	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05
15846	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
	En cabinet	20,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	15,05

**Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence
à domicile, en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC (réf. : préambule général, règle 2.4.7.1)**

Note : Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence ne peuvent pas être réclamés durant une période au cours de laquelle le médecin est rémunéré selon les modalités du mode de rémunération mixte en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.

15847	période de 7 h à 16 h en cabinet	50,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	37,60
15848	période de 16 h à 24 h en cabinet	75,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	56,40
15849	période de 0 h à 7 h en cabinet	100,00
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	75,20
<u>AVIS :</u>	<i>Pour les codes d'acte 15847, 15848 et 15849, vous référer à l'alinéa 16) de la section 2.2.6 A du préambule général.</i>	

Psychothérapie (individuelle) (réf. : préambule général, règle 2.3)		
Psychothérapie individuelle		
	première période de trente (30) minutes	
15785	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,05
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	47,55
	période supplémentaire de quinze (15) minutes	
15786	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	28,55
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	23,75
<u>AVIS :</u>	<i>Pour le code d'acte 15786, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.</i>	
	<i>Lorsque onze unités et plus sont facturées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un document complémentaire et inscrire un « A » dans la case C.S.</i>	
Psychothérapie (collective) (réf. : préambule général, règle 2.3)		
Psychothérapie collective		
	première période de trente (30) minutes	
15787	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,05
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	47,55
	période supplémentaire de quinze (15) minutes	
<u>AVIS :</u>	<i>Pour la facturation du code 15787, vous référer à la section 5.2.9 du Guide de facturation.</i>	
15788	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	28,55
	En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en UMF	23,75
<u>AVIS :</u>	<i>Pour la facturation du code 15788, utiliser une seule ligne de facture en inscrivant la durée de la thérapie et vous référer à la section 5.2.9 du Guide de facturation.</i>	