

INDEX

	<i>Page</i>
A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL	
1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION	A-2
1.1 Rémunération pour un service médical	A-2
1.2 Rémunération pour un service médical exigé par un règlement	A-4
1.3 Rémunération pour un service médical non tarifé	A-4
1.4 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence	A-4
1.5 Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit	A-7
1.6 Rémunération du rôle 1 et du rôle 2	A-8
1.7 Année d'application	A-8
2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION	A-8
2.1 Consultations	A-8
2.2 Examens	A-9
#2.3 Psychothérapie	A-20
2.4 Divers	A-20
2.5 Présomption	A-27
2.6 Indicateurs administratifs	A-27
2.7 Conseil génétique ou génique	A-27
2.8 Patient de soixante-dix (70) ans ou plus dans un service d'urgence (abrogé)	A-28
2.9 Procédés et chirurgies pédiatriques	A-28
2.10 Consultation en éthique clinique	A-28
2.11 Actes spécifiques aux soins intensifs	A-29
ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL - ACTES INCLUS	A-31
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 a) ii DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-35
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 f) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-39
SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION	A-39
MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE	A-39
DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA	A-40
DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-42
SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES (<i>Liste des adresses</i>)	A-44
TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-45

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION

Le médecin est rémunéré suivant le tarif prévu pour un service médical qu'il a lui-même fourni au patient, avec ou sans la participation d'un personnel auxiliaire.

1.1 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL

1.1.1 Actes inclus

Est comprise dans l'honoraire de l'examen, de la consultation ou d'un autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l'annexe I du préambule général. (voir page A-30)

1.1.2 Considération spéciale

Un service médical peut être rémunéré en raison d'une considération spéciale (C.S.) lorsqu'il :

- a) est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire, ou
- b) apparaît au tarif à titre d'acte demandant une considération spéciale.

Pour toute demande de rémunération d'un service médical en raison d'une considération spéciale, le médecin doit fournir à la Régie les seuls renseignements requis pour fins d'appréciation du relevé d'honoraires.

AVIS : Voir section 4.2.7, onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

1.1.3 Enseignement clinique

Le médecin a droit au paiement de ses honoraires pour les services médicaux qu'il dispense avec le concours d'un médecin résident ou d'un stagiaire adhérent au programme de ressourcement en médecine hospitalière selon les modalités prévues à une lettre d'entente en établissement affilié ou en cabinet privé reconnu par une université.

Il doit être présent lors de certaines phases de la prestation de services médicaux et y participer.

Il doit en outre contrôler les observations consignées au dossier médical et les contre-signer.

Nul honoraire n'est payable au médecin qui voit un patient dans le cadre d'activités d'enseignement ou de recherche, sauf s'il s'agit d'un patient dont il est le médecin traitant ou qui lui a été dirigé en consultation.

Le cabinet privé reconnu doit transmettre au Ministre une attestation de cette reconnaissance. Les dispositions du présent article s'appliquent pour la durée de cette reconnaissance.

1.1.4 Frais accessoires

Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires ci-après mentionnés dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente et pour lesquels les honoraires de rédaction sont inclus dans la rémunération de l'examen ou de la consultation, ou sont prévus au tarif :

- le certificat médical requis en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu*;
- le formulaire médical requis en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental*;
- les formulaires médicaux requis en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*.

En cabinet privé, le médecin peut obtenir du patient compensation pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier.

Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation.

1.1.5 Honoraire global

Le premier médecin intervenant peut seul demander paiement si le tarif prévoit un honoraire global.

Toutefois pour l'honoraire global relatif aux soins du nouveau-né en santé ou pour les soins post-partum, une règle particulière prévoit une dérogation à cette règle générale.

AVIS : *Pour la règle particulière relative aux soins du nouveau-né, voir le paragraphe 2.4.3 du préambule général. Pour celle concernant les soins post-partum, voir le paragraphe 4 du préambule particulier d'obstétrique.*

Il en est de même pour les règles particulières de tarification touchant les actes chirurgicaux qui prévoient une dérogation dans le cas du médecin qui se voit confier la responsabilité de soins postopératoires pendant l'hospitalisation du patient. Quant aux mêmes soins, certaines dérogations sont également prévues par le préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.

1.1.6 Lieu de pratique

a. Cabinet privé

Les taux d'honoraires applicables en cabinet privé ne peuvent être réclamés pour des services médicaux dispensés dans un local d'un établissement, même si le médecin, de facto ou en vertu d'un contrat de location ou autrement, a l'usage exclusif de ce local.

b. Domicile

La tarification de la visite à domicile s'applique lorsqu'un patient est vu ailleurs qu'au cabinet ou établissement, sauf disposition contraire au tarif.

Constitue un même domicile pour fins de tarification toute unité d'habitation regroupée sous un même toit.

Lorsque la visite à domicile comporte l'examen de plus d'un patient, chaque examen fait auprès d'un patient additionnel est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire, de l'examen complet ou de l'examen psychiatrique complet, au cabinet, sauf mention contraire au tarif.

Toutefois, jusqu'à concurrence d'un maximum de deux (2) patients additionnels par séance, l'examen fait auprès d'un (1) patient additionnel en perte sévère d'autonomie est rémunéré selon le tarif prévu pour ce patient.

AVIS : *Le code d'acte 00075 doit être facturé seulement pour les deux premiers patients additionnels. Si d'autres patients sont vus au cours de la même séance, le médecin doit alors facturer un des codes d'acte suivants : 00022, 00074, 08855, 08856, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880 et 08881.*

c. Établissement

La prestation pour les services médicaux en établissement tient compte de l'utilisation des locaux et des services rendus par le personnel de l'établissement.

Les honoraires prévus pour les services médicaux dispensés en établissement sont payables en tout lieu aménagé par le Ministre, un établissement ou un organisme public pour la dispensation de services médicaux.

AVIS : Voir section 4.2.5, onglet Rédaction de la demande de paiement.

1.2 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL EXIGÉ PAR UN RÈGLEMENT

Un examen, une consultation ou une surveillance effectué en application d'un règlement interne d'un établissement ne donne droit au paiement d'une prestation que si le service médical dispensé satisfait aux exigences que prescrit l'entente.

1.3 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL NON TARIFÉ

1.3.1 Le médecin qui soumet une demande pour obtenir paiement d'un service médical non tarifé informe la Régie, par écrit, de la description de ce service sur un document l'accompagnant.

AVIS : *Veillez utiliser une Demande de paiement - Médecin n° 1200 et*

- *Inscrire le code d'acte 09990;*
- *Inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;*
- *Ne pas inscrire d'honoraires;*
- *Fournir une copie de la note clinique;*
- *Fournir une description détaillée du service médical rendu ou toute littérature scientifique pertinente;*
- *Facturer cet acte **seul** sur la demande de paiement.*
- *Les services médico-administratifs (annexe XIII, CSST) ne sont pas des services médicaux. Ils ne sont donc pas visés par la présente règle.*

1.3.2 Sur réception de la demande de paiement, la Régie transmet les renseignements appropriés au Ministère et à la Fédération, lesquels doivent, si l'une des parties le juge à propos, entreprendre immédiatement des négociations pour apporter au présent tarif d'honoraires l'amendement requis.

1.3.3 Dès l'entrée en vigueur de l'amendement, la Régie effectue le règlement des demandes de paiement qu'elle a reçues pour ce service médical.

1.3.4 À défaut d'entente, la Fédération peut, quatre-vingt-dix (90) jours après la présentation au Ministre d'une proposition d'amendement, soulever un différend afin de faire établir le montant dû au médecin pour une demande de paiement relative au service médical non tarifé.

1.3.5 Pour les fins d'application des articles 1.3.1 à 1.3.4, n'est pas réputé un service médical non tarifé, un service qui apparaît à la nomenclature des actes et qui est accompli par le médecin suivant des cas, circonstances ou conditions différentes de ce qui est prévu au tarif d'honoraires.

1.4 RÉMUNÉRATION POUR LA GARDE SUR PLACE À L'URGENCE

Auprès d'un établissement qui exploite soit un centre hospitalier, soit un CLSC du réseau de garde ou, lorsqu'il fait l'objet d'une désignation par les parties, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne à chacune des périodes visées mentionnées ci-après et, s'il en est, les services médicaux alors dispensés par le médecin sont, selon le choix quotidien du médecin qui assume seul cette garde, rémunérés :

a) soit selon la rémunération à l'acte;

AVIS : *Si l'option a) est choisie, tous les services rendus pendant la période de 20 h à 24 h ou de 0 h à 8 h doivent être facturés en inscrivant la lettre « G » dans la case C.S. de la demande de paiement.*

b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable selon le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout d'un forfait compensatoire. Pour une période de garde de 0 h à 8 h, les jours de semaine, le forfait compensatoire est de 624 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 655,60 \$ au 1^{er} janvier 2012. Pour la période de garde de 0 h à 8 h, les jours de fin de semaine ou les jours fériés, le forfait compensatoire est de 760,80 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 799,20 \$ au 1^{er} janvier 2012. Pour une période de garde de 20 h à 24 h, le forfait compensatoire est de 152,60 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 160,35 \$ au 1^{er} janvier 2012.

Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Sauf dans le cas prévu à l'alinéa suivant, l'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du Comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures annuelle est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération.

AVIS : *Voir la liste des établissements désignés par le comité paritaire à la page A-6.*

Lorsque cette banque compte moins de 2 920 heures et qu'un médecin du service d'urgence doit accompagner un patient lors d'un transfert ambulancier, le médecin qui fait l'accompagnement ou celui qui le remplace au service d'urgence peut, en raison d'une considération exceptionnelle, se prévaloir du forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier.

AVIS : *Le médecin qui est appelé dans un service d'urgence pour effectuer ou non le transfert ambulancier, doit réclamer le forfait de garde sur place pour un médecin additionnel, divisible selon le temps effectué et inscrire le modificateur 381 sur la demande de paiement. Le temps à réclamer pour le forfait débute à l'arrivée du médecin au service d'urgence jusqu'à la fin du transfert si celui-ci intervient avant 8 h. De plus, il doit inscrire le NAM de la personne transférée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le médecin qui effectue le transfert ambulancier, a droit en plus à 90 % des honoraires prévus en ce cas (voir règle 2.4.9 du préambule général).*

Lorsque le médecin se prévaut de la formule de rémunération établie à l'alinéa b) ci-dessus, le modificateur pertinent, tel que ci-après déterminé, s'applique à la rémunération de tous les services médicaux alors dispensés dans le centre hospitalier par ce médecin, à l'exception toutefois de l'honoraire prévu pour l'accouchement et de la rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (annexe XIII de l'Entente) lesquels sont rémunérés à 100 % de leur valeur.

Aux fins de l'application de l'alinéa b) ci-dessus et du sous-paragraphe précédent, les vocables « pourcentage pertinent » et « modificateur pertinent » signifient, pour une période de garde de 0 h à 8 h, 90 % (MOD=097) et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, 50 % (MOD=096).

Sous réserve du deuxième alinéa ci-dessus, si un établissement opère deux (2) services d'urgence de première ligne situés dans deux (2) pavillons géographiquement distincts, chacun des médecins assurant, seul, la garde sur place dans l'un ou l'autre de ces pavillons peut se prévaloir de l'une des options prévues au présent article.

AVIS : *Si l'option b) est choisie, remplir la première demande de paiement pour l'ensemble des personnes assurées en inscrivant sur une Demande de paiement - Médecin n° 1200 les données suivantes :*

- # - *Si un seul médecin est autorisé pour la garde :*
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, code **09998**, le forfait de 655,60 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - fin de semaine et jours fériés 0 h à 8 h, code **19055**, le forfait de 799,20 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - en tout temps de 20 h à 24 h, code **09996**, le forfait compensatoire de 160,35 \$ (soumis à la rémunération différente);
 - le code d'établissement;
- Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**
- # - *Si plus d'un médecin est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h :*
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, le code **09994**, le forfait de 655,60 \$ (soumis à la rémunération différente); ou
 - fin de semaine et jours fériés 0 h à 8 h, code **19056**, le forfait de 799,20 \$ (soumis à la rémunération différente);
 - le code d'établissement désigné;
 - les honoraires du forfait sur une base horaire;
 - le nombre total d'heures effectuées durant la période de garde dans la case UNITÉS;
 - l'heure de début et de fin de la période continue de garde ou de chacune des plages d'heures durant la même période de garde, s'il y a lieu, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

Les services rendus durant la période comprise entre 20 h et 24 h doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes, en inscrivant le **modificateur 096** pour chacun des actes pour les établissements non adhérents à l'E.P. garde sur place **ou 106 (régime A) et 402 (régime B)** pour les établissements adhérents. Pour la période comprise entre 0 h et 8 h, utiliser le **modificateur 097** pour chacun des actes.

Si les modificateurs doivent être utilisés simultanément avec d'autre(s) modificateur(s) : voir 4.2.6.5 et 4.6.2, onglet Rédaction de la demande de paiement.

Liste des établissements désignés pour un 2^e médecin à l'urgence :

Établissements désignés non adhérents à l'ent. part. garde sur place :

Centre hospitalier de St. Mary (00317); Hôp. général du Lakeshore (00407); Hôpital Cité de la santé (00447); CH régional de Lanaudière (00857); Hôpital Pierre-Le Gardeur (01417).

Établissements désignés adhérents à l'ent. part. garde sur place :

Hôtel-Dieu du CHUM (00067); Pav. Maisonneuve/Pav. Marcel Lamoureux (00157); Hôp. Général de Montréal (00187); Hôpital Notre-Dame du CHUM (00207); Hôpital Royal Victoria (00257); Hôp. Sacré-Coeur de MtI (00277); Hôp. St-Luc du CHUM (00307); Hôp. Santa Cabrini (00357); Hôpital de Verdun (00367); Hôpital du Haut-Richelieu (00427); Hôpital Charles Lemoyne (00957); Hôtel-Dieu de Sherbrooke (01107); Hôpital du Suroît (01147); Hôp. Fleurimont (01167); Hôpital régional de Saint-Jérôme (01447); Hôpital de St-Eustache (01457); Pavillon Ste-Marie (01837); Hôpital de l'Enfant-Jésus (02037); Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec (02047); Hôpital du Saint-Sacrement (02127); Pavillon CH de l'Université Laval (02137); Hôpital de Chicoutimi (02477); Hôpital Sainte-Croix (02777); Hôtel-Dieu de Lévis (03007); Hôpital Pierre-Boucher (07537); Hôpital de Gatineau (07697).

AVIS : (Suite)**Tableau synthèse**

Pour les établissements non adhérents à l'Ent. part. garde sur place.
Ceux adhérents, voir Brochure n° 1, E.P. n° 43

Période	Calendrier	Md	Code d'acte	MOD (% actes)	Forfait
0 h à 8 h	en semaine week-end et jours fériés	1 ^{er} 1 ^{er}	09998 19055	097 (90 %)	non divisible
0 h à 8 h	en semaine week-end et jours fériés	2 ^e 2 ^e	09994 19056	097 (90 %)	divisible en heures
20 h à 24 h	tous les jours 7 jours / 7	1 ^{er}	09996	096 (50 %)	non divisible

1.5 RÉMUNÉRATION LORS D'UN DÉPLACEMENT D'URGENCE DE NUIT

De 0 h à 7 h, un médecin qui, à la suite d'un appel d'urgence, doit se rendre auprès d'un patient, à domicile ou en établissement, est rémunéré :

- a) soit selon la rémunération à l'acte;
- + b) soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 122,45 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 128,65 \$ au 1^{er} janvier 2012.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui nécessite le déplacement;
- le code d'acte **09099** (P.G. 2.2.9 A) dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- indiquer l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondants aux services rendus.

- + c) soit, lorsque les soins sont dispensés à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens, selon un tarif global de 182,10 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 191,35 \$ au 1^{er} janvier 2012.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15232** (P.G. 2.2.9 A) dans la section Actes ou dans la section Visites;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**) et (**4XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- indiquer l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

1.6 RÉMUNÉRATION DU RÔLE 1 ET DU RÔLE 2

Lorsque le médecin facture un acte sous le rôle 1, il ne peut facturer simultanément un rôle 2.

1.7 ANNÉE D'APPLICATION

Lorsqu'un service médical comporte une application sur une base annuelle, l'année d'application est celle de l'année civile, à moins d'indication contraire.

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.1 CONSULTATIONS

La consultation est l'examen d'un patient à la demande écrite du médecin traitant. Le médecin traitant doit alors demander l'opinion de son collègue en raison de la complexité ou de la gravité du cas ou, dans le cas de la consultation mineure seulement, en raison de l'expertise de ce dernier en regard du problème du patient. Le médecin consultant doit soumettre son opinion et ses recommandations par écrit au médecin traitant.

Pour donner droit au paiement d'une consultation, un examen du patient doit avoir été fait par le médecin traitant, omnipraticien ou spécialiste, qui demande la consultation.

L'examen d'un patient transféré ou référé pour traitement ne constitue pas une consultation, même si un rapport écrit est soumis. Lorsque le traitement n'est pas le seul but de la consultation, le fait que le consultant, dans la foulée de son évaluation, effectue lui-même le traitement et en assure le suivi ne constitue pas nécessairement un transfert ou une référence pour traitement. C'est notamment le cas lorsqu'il dispose de ressources plus spécialisées que celles à la disposition du médecin traitant.

Les honoraires fixés pour la consultation tiennent compte du temps consacré par le médecin et de l'importance des services rendus au patient. On distingue les cinq (5) types de consultations suivantes, selon le type d'examen effectué par le médecin consultant et requis pour répondre à la demande d'opinion du médecin traitant :

AVIS : *Pour instructions de facturation, vous référez à la section 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement.*

2.1 A Examen d'une patiente ou d'un enfant à la demande d'une sage-femme

Lorsqu'un médecin évalue une patiente ou un enfant à la demande d'une sage femme et produit, à l'intention de cette dernière, un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie, il est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué.

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de la sage-femme (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin n° 1200. Veuillez noter que le numéro de pratique débute par (93XXXX).*

2.1 B Examen d'un patient à la demande d'un optométriste

Lorsqu'un médecin évalue un patient à la demande d'un optométriste et produit, à l'intention de ce dernier, un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie, il est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué.

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de l'optométriste (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin n° 1200. Veuillez noter que le numéro de pratique débute par (3XXXXX ou 8XXXXX sauf 81XXXX).*

2.1 C Examen d'un patient à la demande d'un chirurgien dentiste

Lorsqu'un médecin évalue un patient à la demande d'un chirurgien dentiste et produit, à l'intention de ce dernier, un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie, il est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué.

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique du chirurgien dentiste (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin n° 1200. Veuillez noter que le numéro de pratique débute par (2XXXXX ou 7XXXXX sauf 74XXXX).*

2.1.1 Consultation mineure :

La consultation mineure est l'examen ordinaire effectué conformément aux exigences générales de la consultation.

2.1.2 Consultation ordinaire :

La consultation ordinaire est l'examen complet ou principal effectué conformément aux exigences générales de la consultation.

+ 2.1.3 Consultation majeure :

+ La consultation majeure est l'examen complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, les exigences de la consultation majeure sont alors celles apparaissant au libellé de l'examen complet majeur.

2.1.4 Consultation psychiatrique ordinaire :

La consultation psychiatrique ordinaire est l'examen psychiatrique complet effectué conformément aux exigences générales de la consultation.

2.1.5 Consultation psychiatrique majeure :

La consultation psychiatrique majeure est l'examen psychiatrique complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, les exigences de l'examen psychiatrique complet majeur sont alors celles apparaissant au libellé de l'examen psychiatrique complet majeur.

2.2 EXAMENS

Les honoraires fixés pour les examens tiennent compte du temps consacré par le médecin et des caractéristiques du service rendu au patient. On distingue les examens suivants :

2.2.1 Examen ordinaire :

Chaque examen ordinaire implique dans tous les cas un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure;
- l'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cours;
- l'observation de l'évolution d'une maladie.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.2 Examen complet :

L'examen complet comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
 - a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
 - b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
2. L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :
 - peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux;
 - colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. Les examens suivants sont aussi réputés répondre à cette exigence :

- l'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte;
- 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.

3. Les recommandations au patient.
4. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.3 Examen complet majeur :

L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la raison médicale du recours au médecin.

- d) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
- nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
2. L'examen clinique des régions suivantes :
- peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux, sauf contre-indication;
 - colonne et extrémités.
3. Les recommandations au patient.
4. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile. Cette limitation ne s'applique pas à la facturation de l'examen effectué au bénéfice du malade admis, examen dont la facturation n'entre d'ailleurs pas dans le calcul de la fréquence visée au présent paragraphe.

(La durée de cet examen est en général de quarante-cinq (45) minutes).

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.4 Examen psychiatrique complet :

L'examen psychiatrique complet comporte l'évaluation séméiologique des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que, le cas échéant, l'examen physique du patient. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.5 Examen psychiatrique complet majeur :

L'examen psychiatrique complet majeur comporte l'historique des symptômes qui motivent le recours au médecin, la revue complète des antécédents du patient et l'évaluation séméiologique exhaustive des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et du développement psychobiologique et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que l'examen physique du patient, le cas échéant. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile. Cette limitation ne s'applique pas à la facturation de l'examen effectué au bénéfice du malade admis, examen dont la facturation n'entre d'ailleurs pas dans le calcul de la fréquence visée au présent paragraphe.

(La durée de cet examen est en général de quarante-cinq (45) minutes).

Cet examen ne peut être facturé par le médecin qui dispense des services au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.

2.2.6 Examen d'évaluation médicale :

L'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocations de ressources et la rédaction du formulaire approprié est constitué des éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la problématique présentée par le patient;
 - d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
 - e) la revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
2. Le bilan sommaire des capacités fonctionnelles.
3. L'évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.
4. L'examen clinique des régions suivantes :
 - peau;
 - phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux (sauf contre-indication);
 - colonne et extrémités.
5. La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.
6. La recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du patient.
7. La rédaction, et son envoi à l'organisme concerné, du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
 - le bilan médical et le pronostic;
 - le degré de perte d'autonomie du patient;
 - les suggestions d'allocation de services.

2.2.6 A Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (examen auprès du premier patient et auprès d'un patient additionnel) :

Pour être admis au tarif de cet examen, les modalités suivantes doivent être rencontrées :

1) Le patient en perte sévère d'autonomie doit :

- nécessiter des soins médicaux actifs;
- nécessiter un suivi et;

- être 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.

2) Visite initiale ou annuelle : le médecin doit :

- être le médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci;
- sous réserve de l'alinéa suivant, compléter, lors de la visite initiale et, par la suite, au moins une fois par année, la fiche d'information prescrite par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente ou le formulaire en usage au CLSC, et, lorsque cela lui paraît pertinent, en transmettre copie au programme de soutien à domicile du CLSC du territoire;
- dans le cas où le CLSC confirme au médecin que son programme de soutien à domicile ne couvre pas certaines unités d'habitation ou institutions religieuses, le médecin n'est pas tenu de compléter la fiche d'information ou le formulaire dont il est question à l'alinéa ci-dessus pour les services qu'il y dispense.

3) Visite subséquente : le médecin doit :

- être le médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci;
- aviser le CLSC s'il y a modification dans le traitement ou dans le suivi à assurer par le CLSC.

4) Durée de la visite :

La durée de cet examen est en général de 30 minutes.

AVIS : *Veillez remplir le formulaire* Fiche d'information n° 3726.

+ 2.2.6 B Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation

L'intervention clinique est, en termes de contenu clinique, équivalente à un examen ou à une consultation mais elle est d'une durée plus longue pour des raisons diverses que ce soit, par exemple, à cause de l'importance du conseil, du soutien ou de l'information à transmettre au patient et, selon le cas, à ses proches, ou encore parce que la communication avec le patient doit se faire par l'intermédiaire d'un interprète ou d'un accompagnateur.

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. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

Le médecin qui consacre plus de vingt-cinq (25) minutes à la rencontre avec son patient peut être rémunéré, à son choix, à l'acte au tarif de l'examen ou de la consultation, ou selon les présentes dispositions relatives à l'intervention clinique. S'il se prévaut des présentes dispositions, il ne peut facturer, au cours de la même séance, la psychothérapie, un examen ou une consultation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. Le médecin qui rend en cabinet un service qui donne normalement droit de réclamer le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au paragraphe 2.4.7.7 du préambule général peut s'en prévaloir, le cas échéant.

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet et qu'il doit se déplacer à huit (8) kilomètres ou plus des limites de la ville ou du village où il exerce, 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.

2.2.6 C Examens et intervention au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré**1) Examen ordinaire**

Chaque examen ordinaire implique dans tous les cas un contact avec le patient et des notes pertinentes consignées au dossier. Il comprend au moins l'un des services suivants :

- le questionnaire et l'examen nécessaires au diagnostic et au traitement d'une affection mineure;
- l'initiation d'un traitement;
- l'appréciation d'un traitement en cours;
- l'observation de l'évolution d'une maladie.

2) Examen principal

L'examen principal comporte les éléments suivants :

- 1) le questionnaire portant sur :
 - a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;
 - b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :
 - nez, gorge, oreilles;
 - yeux;
 - système digestif;
 - système cardio-vasculaire;
 - système respiratoire;
 - système génito-urinaire;
 - système nerveux;
 - appareil locomoteur;
 - système endocrinien.
- 2) L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :
 - peau et phanères;
 - ganglions;
 - tête;
 - cou;
 - thorax;
 - abdomen;
 - organes génitaux;
 - colonne et extrémités.

Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen ou au moins un des 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'oeil, 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.
- 3) L'initiation d'un traitement s'il y a lieu, et les recommandations au patient.
 - 4) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

3) L'intervention en situation complexe

Prise en charge, évaluation extensive en raison de la complexité de l'état de santé du patient et/ou de son contexte social (à titre indicatif : perte d'autonomie, intoxication médicamenteuse et autre, tachycardie stable, infarctus du myocarde ou AVC aigus) incluant l'examen, le traitement, les notes au dossier et tout autre service médical dispensé par le médecin et incluant également les contacts avec la famille ou tout autre tiers pouvant aider à la résolution du problème. Il n'est pas nécessaire que les services soient dispensés de façon continue dans le temps même pour la première demi-heure :

- l'intervention doit durer au minimum une demi-heure;
- forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte pour les services dispensés dans le service d'urgence par le même médecin durant la journée de facturation du forfait;
- un forfait ne peut être facturé que par un seul médecin pendant le séjour du patient;
- tarif pour la première demi-heure et, par la suite, par quart d'heure avec, au total, la limite d'une heure et demie pour un patient de moins de 70 ans et d'une heure trois quarts pour un patient de 70 ans et plus.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour la nouvelle intervention auprès d'un patient afin d'indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent au service d'urgence.*

4) L'examen psychiatrique principal

L'examen psychiatrique principal comporte l'évaluation séméiologique des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement, des fonctions mentales supérieures et, s'il y a lieu, du risque suicidaire ainsi que, le cas échéant, l'examen physique du patient pour permettre d'orienter le diagnostic ou le traitement de l'affection psychiatrique en cours. Le médecin consigne au dossier les données significatives qu'il juge pertinentes.

- Un examen par médecin par patient par jour est facturable.

5) Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier

Le médecin qui, durant le transport ambulancier d'un patient, entreprend les démarches requises pour orienter le patient vers un centre d'hémodynamie et pour s'assurer que le personnel pertinent du centre receveur puisse se préparer à prendre charge du patient dès son arrivée, est rémunéré pour ce service.

La démarche du médecin doit s'effectuer conformément au protocole établi.

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

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15263**;
- le code d'établissement 0XXX7 (**établissements désignés seulement**);
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- inscrire le nom de l'établissement vers lequel le médecin a dirigé le patient dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

2.2.7 Examen médical (assaut sexuel) :

Il s'agit de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel et de la rédaction du formulaire.

Dans le cas où la rédaction du formulaire n'est pas requise, l'examen d'un patient présumément victime d'assaut sexuel n'est facturé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'examen.

Constat médico-légal (assaut sexuel) :

Le constat médico-légal se compose de l'examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, des procédures nécessaires au constat médico-légal et de la rédaction du formulaire.

2.2.7 A Forfait de déplacement (assaut sexuel)

Le médecin qui se déplace pour effectuer l'examen médical d'un patient présumé victime d'assaut sexuel et, s'il y a lieu compléter le constat médico-légal ou rédiger le formulaire, est compensé pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : Voir codes 19080, 19081, et 19082, onglet B - Consultation et examen.

2.2.8 Examen externe d'un cadavre :

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour l'examen externe d'un cadavre effectué à la demande d'un coroner, incluant la rédaction du rapport à l'intention du coroner.

2.2.9 Rémunération majorée**2.2.9 A Patient admis ou personne hébergée**

Sous réserve de l'alinéa suivant, les majorations apparaissant ci-après s'appliquent sur les honoraires des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que d'une urgence avec déplacement auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse :

- i) une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux visés dispensés sur place le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : Inscrire le modificateur 408 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant en CHSGS à une unité de soins de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX8 ou 0XXX7 pour les patients admis seulement), à une unité d'hébergement ou de soins de longue durée (0XXX4 ou 0XXX5), à une unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6 ou 4XXX6), en CHSLD (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (1XXX3 ou 4XXX9) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %.

- ii) une majoration de 23 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux visés dispensés sur place le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : *Inscrire le modificateur 409 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant en CHSGS à une unité de soins de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX8 ou 0XXX7 pour les patients admis seulement), à une unité d'hébergement ou de soins de longue durée (0XXX4 ou 0XXX5), à une unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6 ou 4XXX6), en CHSLD (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (1XXX3 ou 4XXX9) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

- iii) une majoration de 23 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux visés dispensés sur place les samedi, dimanche ou une journée fériée sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS : *Inscrire le modificateur 045 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement correspondant en CHSGS à une unité de soins de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX8 ou 0XXX7 pour les patients admis seulement), à une unité d'hébergement ou de soins de longue durée (0XXX4 ou 0XXX5), en CHSLD (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance (1XXX3 ou 4XXX9) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

- iv) lorsque les services sont dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens, cette majoration est de 30 % sur la rémunération au tarif de base des services visés dispensés sur place les samedi, dimanche ou journée fériée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 069 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à une unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6 ou 4XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 30 %.*

Cette majoration est aussi applicable aux forfaits prévus à l'Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens.

Sont visés par cette disposition les examens et consultations paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A ». La constatation de décès (P.G. 2.4.1), le tarif global pour le déplacement d'urgence de nuit (P.G. 1.5 b) et 1.5 c)) et le transfert ambulancier (P.G. 2.4.9) sont également visés. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

Lorsque le tarif prévu pour un service visé par le présent paragraphe rémunère une période de temps, la majoration qui s'applique est celle qui est prévue au début de chaque période initiale ou supplémentaire ainsi rémunérée.

2.2.9 B Service d'urgence d'un centre hospitalier et CLSC du réseau de garde intégré

Les majorations des services dispensés dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde sont les suivantes :

- i) Une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : *Inscrire le modificateur 413 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

- ii) Une majoration de 23 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS : *Inscrire le modificateur 414 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

- iii) Une majoration de 30 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h;

AVIS : *Inscrire le modificateur 108 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 30 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

- iv) Une majoration de 13 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services dispensés sur place de 0 h à 8 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur 415 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement 0XXX7 ou 4XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2 et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %. Dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré, si ce modificateur doit être utilisé avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur multiple approprié ou le modificateur 062 s'il n'existe aucun modificateur multiple pour la combinaison que vous désirez nous soumettre en application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.*

Ces majorations s'appliquent sur l'ensemble de la rémunération prévue à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements sous réserve de l'alinéa suivant, ainsi que sur la rémunération versée en vertu des dispositions du paragraphe 1.4 b) du préambule général de l'annexe V de l'Entente.

Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée. Le montant de ce supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 123,40 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 129,60 \$ au 1^{er} janvier 2012. Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application des majorations prévues ci-dessus.

AVIS : *Pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée :*

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n°1200 et inscrire les données suivantes :

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les heures de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'établissement 0XXX7, 4XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

Pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche ou journée fériée :

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n°1200 et inscrire les données suivantes :

- la date et le code d'acte **19953**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les heures de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'établissement 0XXX7, 4XXX7, 8XXX5 ou 9XXX2 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

2.2.9 C Certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Une majoration de 4 % de la rémunération est accordée pour les examens effectués auprès d'un malade admis en soins de courte durée d'un CHSGS d'un établissement qui ne remplit pas les deux conditions suivantes : son activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et il opère un service d'urgence de première ligne.

Sont visés par cette disposition les examens paraissant à l'onglet B et comportant la mention « P.G. 2.2.9 C ».

Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et des actes visés par cette disposition.

AVIS : *Inscrire le modificateur 127 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes, le code d'établissement correspondant à une unité de courte durée (0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 0XXX8) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 4 %.*

Établissements visés par la règle 2.2.9 C du préambule général :

Hôpital Chauveau (0232X); Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré (0234X); L'Hôpital Jeffery Hale (0205X); Hôpital régional de Portneuf/CLSC St-Raymond (0235X); Centre Comtois (0178X); CLSC, Centre d'hébergement et Hôpital Cloutier-du-Rivage (0175X); Centre d'hébergement et Hôpital du Christ-Roi (0278X); Hôpital et Centre d'hébergement Argyll (0111X); Villa Médica (0576X); L'Institut de réadaptation de Montréal (0080X); L'Hôpital de réadaptation Lindsay (0409X); Pavillon Côte-des-Neiges (0800X); Hôpital Shriners pour enfants (Québec) (0419X); Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci (0413X); Centre de réadaptation Marie-Enfant (0003X); Hôpital Marie-Clarac (0403X); Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut (0002X); Centre d'hébergement J.-Henri Charbonneau (0022X); Centre d'hébergement Champlain (0424X); Hôpital Richardson (0405X); Centre d'hébergement Jacques-Viger (0016X); CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa (0817X); CLSC de Senneterre (0782X); Centre Paul-Gilbert - Centre d'hébergement de Charny (0285X); Hôpital Juif de réadaptation (0421X); Centre hospitalier Kateri Memorial-Tehsakotitsen : Tha (0586X).

+ 2.3 PSYCHOTHÉRAPIE

Conformément aux articles 187.1 et 187.2 du *Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

La psychothérapie doit respecter les règles suivantes :

- « 1. -établir un processus interactionnel structuré avec le client;
- 2. -procéder à une évaluation initiale rigoureuse;
- 3. -appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;
- 4. -s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine. »

La psychothérapie est, selon le cas, individuelle ou collective. Elle est collective si elle est dispensée à plus d'une (1) personne.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour une séance de psychothérapie, 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. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

Le médecin qui se prévaut de la rémunération prévue pour la psychothérapie ne peut facturer, au cours de la même séance, l'intervention clinique, un examen ou une consultation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. »

Les dispositions relatives à la psychothérapie s'appliquent en établissement et en cabinet.

2.4 DIVERS

2.4.1 Constatation de décès

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour la constatation d'un décès. Ce service inclut l'examen requis pour constater le décès, la consignation des observations pertinentes au dossier du patient, ainsi que le fait d'indiquer le lieu, la date et l'heure du décès constaté au formulaire prescrit.

AVIS : Voir les codes d'acte **00013, 00014, 00016, 00018, 15234 et 15266** sous l'onglet B.

Dans un centre accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le médecin qui procède à distance à l'évaluation clinique d'un patient décédé peut se prévaloir de la rémunération prévue pour la constatation de décès à distance. Il doit alors, s'il dresse également le constat de décès, autoriser le transport de la dépouille vers un salon mortuaire ou la morgue du coroner, et transmettre le constat de décès au directeur funéraire ou au bureau du coroner, selon le cas. Dans le cas où il ne dresse pas le constat de décès, il doit diriger le patient vers un service d'urgence. Dans tous les cas, il doit faire une note au dossier conservé par le centre. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le technicien ambulancier et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt. Dans le cas où

l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

Lorsque le décès a été constaté, sur place ou à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut de plus se prévaloir de la rémunération prévue pour ce service. Si c'est le médecin qui a constaté à distance le décès qui complète le bulletin de décès, il peut se prévaloir de la rémunération prévue dans la mesure où il transmet une copie du bulletin de décès au directeur funéraire.

AVIS : Voir le code d'acte **15264** sous l'onglet **B**.

2.4.1.1 Rédaction du bulletin de décès

Le médecin qui complète le bulletin de décès en y indiquant les informations prévues au formulaire, telles les causes du décès, s'il y a eu autopsie, si des radio-isotopes étaient présents dans le cadre du décès, s'il s'agissait d'une grossesse ou d'une complication de grossesse, s'il y a des signes de violence et s'il y a présence d'une maladie à déclaration obligatoire, peut se prévaloir du tarif du bulletin de décès.

Aucun examen ne peut être réclamé aux fins de la rédaction du bulletin de décès, mis à part l'examen externe d'un cadavre à la demande du coroner, l'autopsie ou la constatation de décès, selon le cas.

AVIS : Voir le code d'acte **15265** sous l'onglet **B**.

2.4.2 Frais de kilométrage

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 huit (8) kilomètres des limites de la ville ou du village où le médecin exerce, y compris tout point extérieur consistant en un cabinet secondaire où le médecin exerce régulièrement sa profession, et se calcule dans un sens seulement.

AVIS : Inscrire dans la case **DISTANCE** le déplacement effectué, diminué des huit premiers kilomètres. Voir « *Frais de kilométrage* », sous l'onglet « **B** ».

Une indemnité de kilométrage pour une distance de plus de soixante (60) kilomètres, à l'exclusion toutefois de l'indemnité prévue à l'alinéa précédent à l'intention du médecin qui se rend à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une 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.

2.4.3 Nouveau-né en santé

L'honoraire global payable pour l'ensemble des services médicaux de routine dispensés, en centre hospitalier, à un nouveau-né en santé, comprend tous les examens dispensés ainsi que les recommandations à l'un des parents, le jour de la naissance et les deux jours suivants.

Cet honoraire global n'est pas payable pour l'examen du nouveau-né effectué à la salle d'accouchement, par le médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement.

Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins au nouveau-né, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période.

AVIS : *Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe chacun des médecins doit utiliser le modificateur 382 et réclamer 50 % du code 00081. Veuillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant prévalu de l'honoraire global pour les soins au nouveau-né en santé. Pour la règle générale, voir le point 1.1.5 de la règle 1 du préambule général.*

2.4.4 Observation

Lorsqu'un patient, en raison de sa condition médicale, doit être gardé en observation à la clinique d'urgence, le médecin n'est rémunéré que pour les services médicaux qu'il a lui-même fournis.

2.4.5 Rémunération majorée

Une rémunération majorée est prévue pour une consultation, un examen, un examen à domicile lorsqu'ils sont dispensés à un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus.

AVIS : *La rémunération des codes d'acte 00007, 00008 et 00075 « Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie » n'est pas visée par le présent paragraphe.*

2.4.6 Soins préopératoires, postopératoires et simultanés

Les soins préopératoires, postopératoires et simultanés sont régis par les dispositions pertinentes apparaissant, selon le cas, aux préambules particuliers de chirurgie, de chirurgie musculo-squelettique ou d'obstétrique.

2.4.7 Suppléments

2.4.7.1 Un supplément d'honoraires est prévu pour un examen, un examen à domicile ou une consultation, effectués dans les conditions suivantes:

- le service médical est immédiatement requis;
- un déplacement est exigé du médecin pour la dispensation de ce service médical;
- ce déplacement ne coïncide pas avec celui que le médecin doit faire pour se rendre à l'hôpital pour assumer une garde sur place ou effectuer sa tournée quotidienne, ou, en cabinet, pour tenir une séance régulière de consultation.

A) En tout temps :

- pour un patient à domicile;
- pour un patient, admis ou inscrit, dans un établissement;

B) Le samedi, le dimanche, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h

- pour un patient au cabinet

2.4.7.2 Un supplément d'honoraires est également prévu pour un accouchement effectué le samedi, le dimanche, les jours fériés ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de la naissance.

AVIS : *Voir le code d'acte 06943 sous l'onglet Obstétrique. Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

2.4.7.3 A Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une assistance chirurgicale effectuée le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de début de l'intervention chirurgicale. Le supplément d'honoraires est de 46 % de l'honoraire d'assistance chirurgicale.

AVIS : - *Inscrire le modificateur 011 dans la case MOD*
- *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Ce supplément d'honoraires équivalant à 46 % du tarif est également applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis posés par un médecin qui détient des privilèges complets dans une discipline chirurgicale. L'établissement transmet le nom du médecin admissible à cette disposition au comité paritaire qui en informe la Régie.

AVIS : - *Inscrire le modificateur 175 ou ses multiples.*
- *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

2.4.7.3 B Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une anesthésie effectuée le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de la prise en charge. Le supplément d'honoraires est de 113 % pour les services dispensés tous les jours entre 0 h et 7 h et de 63 % pour les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 7 h à 24 h ou tout autre jour de 19 h à 24 h.

À l'égard des services tarifés en unités, on établit comme suit les honoraires majorés :

- on majore le tarif des unités de durée pour le temps de l'intervention qui coïncide avec une plage horaire sujette au supplément.
- on majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise durant une plage horaire sujette au supplément.

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le modificateur approprié dans la case MOD :*

- *pour le supplément de 113 % = 128*
- *pour le supplément de 63 % = 129*

2.4.7.3 C Certains services qui incluent en leur libellé un examen ou une consultation qui ne peut autrement être réclamé, sont réputés satisfaire aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général quant à l'application des majorations prévues en horaires défavorables lorsqu'ils sont rendus en centre hospitalier à la clinique externe ou auprès d'un patient admis en soins de courte durée. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C ». Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

AVIS : *Inscrire le modificateur 045, 408, 409 ou leurs multiples selon la période (voir règle 2.2.9 A du préambule général) pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant (0XXX1 ou 0XXX3) et les honoraires demandés en y incluant la majoration en vigueur.*

Les modificateurs 069, 408, 409 ou leurs multiples peuvent s'appliquer sur les actes 00823, 00824, 00828 et 00829 lorsque les services sont rendus dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS (0XXX6 ou 4XXX6).

Lorsque le tarif prévu pour un service visé par le présent paragraphe rémunère une période de temps, la majoration qui s'applique est celle qui est prévue au début de chaque période initiale ou supplémentaire ainsi rémunérée.

2.4.7.3 D Lorsqu'un déplacement d'urgence est requis pour effectuer un traitement hyperbare le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h, le médecin peut se prévaloir d'un supplément additionnel. Il est de 25,90 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 27,20 \$ au 1^{er} janvier 2012. Ce supplément additionnel n'est pas sujet à la majoration des alinéas précédents ou de l'annexe XX.

AVIS : *Le supplément doit être facturé le même jour que le traitement hyperbare (00837 ou 00839) et sur la même demande de paiement (voir le code d'acte 20084 dans l'onglet Actes diagnostiques et thérapeutiques).*

2.4.7.4 Pour ce qui est de l'examen, de l'examen à domicile ou de la consultation, seul le premier examen ou la première consultation donne ouverture au supplément lors d'un déplacement.

2.4.7.5 Si un établissement comprend plusieurs pavillons, bâtiments, ou parties d'établissement, situés sur un même terrain, le fait d'aller de l'un à l'autre n'est pas réputé être un déplacement au sens de l'entente.

2.4.7.6 Pour fins d'application de l'Entente, sauf dispositions contraires, les jours fériés sont les suivants :

La Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

AVIS : *Veillez noter que le nom des jours fériés peut différer du « Tableau des dates fixées par la Régie pour la célébration des fêtes légales règle 2.4.7.6. » (Voir le tableau à la fin de l'onglet A - Préambule général)*

Toutefois les jours fériés et la date où ils sont chômés, pour le médecin qui exerce en centre local de services communautaires, en gériatrie active et en soins palliatifs d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

AVIS : ***En établissement**, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés, sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Veuillez vous assurer auprès de votre établissement des dates convenues. **En cabinet**, c'est le tableau des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu. Voir ce tableau à la fin du présent onglet ou le tableau des calendriers spécifiques dans la rubrique Congés fériés de la section Établissements du réseau de la santé.*

2.4.7.7 Un supplément d'honoraires est prévu, par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Le supplément d'honoraires est, pour un plateau principal (01098), de 21,60 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 22,70 \$ au 1^{er} janvier 2012 et, pour un plateau mineur (01099), de 10,80 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 11,35 \$ au 1^{er} janvier 2012.

Sont visés par cette disposition les actes tarifés 2.4.7.7 A pour le supplément accordé pour le plateau principal et 2.4.7.7 B pour le supplément accordé pour le plateau mineur.

Ces suppléments ne sont pas assujettis aux dispositions relatives à la rémunération différenciée.

À cette fin, le Ministère, avec l'assentiment de la Fédération, transmet à la Régie de l'assurance maladie, la liste des codes d'acte visés par cette mesure.

AVIS : - *Le supplément d'honoraires ne s'applique que pour les chirurgies effectuées en cabinet privé.*
- *Inscrire le code d'acte 01098 pour la mention P.G. 2.4.7.7 A ou le code d'acte 01099 pour la mention P.G. 2.4.7.7 B identifié dans le tarif.*
- *Le code d'acte de chirurgie et son supplément d'honoraires doivent être facturés sur la même demande de paiement.*

2.4.7.8 Un supplément de responsabilité de 5,95 \$ au 1^{er} avril 2011 et de 6,25 \$ au 1^{er} janvier 2012 par jour est accordé pour l'examen d'un patient admis en soins de courte durée effectué par un médecin qui assume la responsabilité de ce malade et par le médecin qui assume un suivi conjoint de ce malade. Ce supplément s'ajoute au tarif de l'examen effectué. Un seul supplément est payable par jour par médecin pour un patient.

Ce supplément de responsabilité est accordé au médecin qui exerce auprès d'un malade admis en soins de courte durée d'un établissement dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui opère un service d'urgence de première ligne. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements visés par la présente disposition.

AVIS : *Le supplément doit être facturé le jour même de l'examen effectué et sur la même demande de paiement (voir le code d'acte 00071 dans l'onglet B - Consultation et examen). La liste des établissements visés peut être consultée dans notre site Internet, section Médecins omnipraticiens.*

+ **2.4.7.9** Un supplément est prévu lorsque la communication avec un patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément s'applique en cabinet, à domicile et, pour un patient inscrit (non admis), en établissement.

2.4.7.10 Une prime de responsabilité est également accordée au médecin exerçant au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou dans un centre de détention. La prime de responsabilité est de 13,0 % à compter du 1^{er} décembre 2007, de 14,3 % à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 15,6 % à compter du 1^{er} avril 2009 et s'applique à tous les services que facture le médecin dans les secteurs d'activités visés, exception faite des forfaits de garde en disponibilité, du supplément de responsabilité pour patient admis et du forfait de congé en établissement.

AVIS : *Inscrire le modificateur 015 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à un CHSLD, un département clinique de psychiatrie, une unité de courte durée gériatrique, une unité de longue durée en CHSGS, un centre de réadaptation, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou un centre de détention (0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX8, 1XXX3, 1XXX5, 2XXX5, 4XXX9 ou 7XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 15,6 %.*

Cette disposition s'applique également aux établissements visés par le sous-paragraphe 2.2.9 C du présent préambule.

AVIS : Dans les secteurs **0XXX2, 0XXX3, 0XXX4, 0XXX5 et 0XXX8** d'un établissement visé (voir la liste des établissements dans l'avis sous le paragraphe P.G. 2.2.9 C), la majoration de 15,6 % s'applique sur tous les services rendus par le médecin. Inscrire le modificateur **015** ou un de ses multiples pour chacun des services facturés.

De plus, dans les secteurs **0XXX2, 0XXX3 et 0XXX8**, comme la majoration de 15,6 % s'ajoute à celle de 4 % sur les examens effectués auprès du malade admis (voir le paragraphe P.G. 2.2.9 C), vous devez utiliser un des multiples des modificateurs **015 et 127**.

Pour la liste des modificateurs et leurs multiples, voir 4.6.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

2.4.8 Surveillance (voir code **00080**, onglet B - Consultation et examen) :

- Le médecin qui doit veiller sur un patient en raison de la gravité de son état a droit au paiement d'un honoraire de surveillance.
- La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin interrompt toute autre activité clinique.
- Le médecin ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps.
- Une surveillance comporte une première période de trente (30) minutes qui n'est jamais rémunérée; si elle se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.
- Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins donnés pendant une période de surveillance.
- Une période d'attente, telle l'attente d'un rapport ou l'attente préopératoire, ne constitue pas une surveillance.

2.4.9 Transfert ambulancier

AVIS : Voir codes **09087 et 09246**, onglet B - Consultation et examen.

2.4.9.1 Interétablissement

Il s'agit de la présence du médecin auprès d'un patient pendant un transfert ambulancier interétablissement. Cette présence est rémunérée de la façon prescrite au présent sous-paragraphe.

Un transfert ambulancier interétablissement comporte une première période de trente (30) minutes; si le transfert se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.

L'honoraire prévu pour ce transfert s'applique à l'aller; pour tenir compte de l'aller-retour, cet honoraire est doublé.

Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins médicaux dispensés pendant ce transfert.

Un transfert ambulancier interétablissement peut comprendre un transfert ambulancier effectué entre un établissement et un aéroport, ou toute autre gare d'embarquement, à destination d'un autre établissement.

2.4.9.2 À partir du cabinet ou du domicile

À titre exceptionnel, lorsque la condition du patient nécessite la présence d'un médecin, les dispositions prévues au sous-paragraphe ci-dessus s'appliquent. Dans ce cas le médecin doit fournir les notes explicatives.

2.4.9.3 Forfait de déplacement

Le médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé à se déplacer pour se rendre à l'établissement afin d'effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert est compensé, pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS : Voir codes 19047, 19048, et 19049, onglet « B - Consultation et examen ».

2.5 PRÉSUMPTION

Le médecin qui, à la demande d'un médecin spécialiste, est amené à dispenser un service médical prévu à l'entente comme devant être dispensé à la demande d'un autre médecin est, pour satisfaire aux exigences des préambules général et particuliers, réputé avoir agi à la demande d'un médecin au sens de l'entente.

2.6 INDICATEURS ADMINISTRATIFS

Les numéros de codes d'acte et de modificateurs apparaissant à la nomenclature des actes ou aux divers préambules sont des indicateurs administratifs qui relèvent de l'autorité exclusive de la Régie. Celle-ci doit informer le médecin de tout ajout ou de toute modification à ceux-ci.

2.7 CONSEIL GÉNÉTIQUE OU GÉNIQUE

Le conseil génétique est l'évaluation du patrimoine génétique d'une personne ou d'un couple afin de les conseiller adéquatement, sur un plan génétique et étiologique. Le conseil génétique est individuel ou collectif. Il est dit collectif lorsqu'il est effectué au bénéfice d'un couple.

Le conseil génique est l'évaluation du patrimoine génique d'une personne afin de la conseiller en regard de sa susceptibilité particulière à certains problèmes de santé en raison de son patrimoine génique et des interventions préventives ou thérapeutiques appropriées. Le conseil génique est individuel.

Le conseil génétique comprend les rencontres et interview avec un membre de toute famille concernée ainsi que, le cas échéant, l'examen médical de cette personne, lorsque la connaissance de l'état de santé de celle-ci est nécessaire à l'évaluation génétique de la personne ou du couple au bénéfice desquels le conseil génétique est effectué.

Le conseil génétique ou génique comprend également la cueillette et l'évaluation des données familiales afin d'établir un diagnostic sur le patrimoine génétique, construire la généalogie et évaluer les risques susceptibles d'intéresser la personne ou, dans le cas du conseil génétique, le couple en cause.

Le conseil génétique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne ou au couple concernés, afin de contrôler, le cas échéant, la situation qui se présente sur le plan génétique, de telle sorte que la personne ou le couple visés puissent prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne concernée, afin de contrôler, surveiller ou traiter la situation qui se présente sur le plan génique, de façon à ce que la personne visée puisse prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génétique ou génique est rémunéré lorsqu'il est effectué dans un établissement qui offre un programme en génétique ou qui fait appel à la médecine génétique, et qui, dans tous les cas, est désigné par accord des deux parties. Cette rémunération est octroyée à la demi-heure selon les modalités établies au tarif. Cette même rémunération couvre tous les services médicaux dispensés lors d'une même visite.

Le conseil génique ne comprend pas les évaluations périodiques requises suite au conseil génique, d'une personne qui, en raison de son patrimoine génique, est identifiée comme présentant une susceptibilité accrue à certaines maladies.

AVIS : Voir établissements désignés, annexe 1, Accord n° 126, (Brochure n° 1).

2.8 PATIENT DE SOIXANTE-DIX (70) ANS OU PLUS DANS UN SERVICE D'URGENCE

AVIS : Ce paragraphe 2.8 a été abrogé par l'Amendement 83.

2.9 PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

Dans un centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de deux (2) ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention P.G.2.9 (MOD=060).

En anesthésie, on ne majore pas les honoraires des unités de durée et on majore de 50 % les honoraires des unités de base (MOD=063)

2.10 CONSULTATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Le médecin qui répond à une demande de consultation en éthique clinique possède une formation en éthique médicale et n'est pas impliqué directement dans le dossier du patient visé.

Cette consultation, outre les éléments de la consultation majeure prévue à la nomenclature des actes, comprend :

1. la révision approfondie de tous documents légaux ayant rapport à la cause (i.e testaments biologiques, procuration permanente pour les soins de santé, etc.);
2. le rapport officiel écrit de la consultation, documentant :
 - identification et explication des dilemmes d'éthique existants;
 - référence aux faits pertinents à la cause qui touchent le côté médical, légal et social;
 - recommandation par ordre de priorité des plans spécifiques de gestion clinique;
 - justification élaborée de ces recommandations basée sur une analyse éthique raisonnée et faisant référence à la littérature médicale, légale et d'éthique médicale.

La consultation en éthique comprend également, pour le médecin, la responsabilité de coordonner et de faciliter une réunion de suivi de l'équipe de gestion où tous les participants peuvent discuter du rapport de consultation et finaliser le plan de gestion.

La consultation en éthique clinique est rémunérée lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

- a) la consultation est effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier désigné par accord des parties;
- b) le médecin qui effectue la consultation est agréé par le comité d'éthique de l'établissement visé.

AVIS : *Établissements désignés à l'annexe 1 de l'Accord n° 172 :*

Région de Montréal-Centre (06)

00253 - Hôpital Royal Victoria (95-04-01)

00193 - Institut et Hôpital neurologique de Montréal (96-01-01)

Région de Lanaudière (14)

01413 - Centre hospitalier Le Gardeur (95-09-01)

La rémunération de la consultation en éthique clinique ne couvre pas la rémunération des entrevues en profondeur avec les personnes pertinentes incluant :

- un membre de la famille;
- un proche;
- les membres de l'équipe multidisciplinaire incluant médecin traitant, médecins appelés en consultation, résidents, infirmiers, travailleurs sociaux, nutritionnistes, porte-parole des malades, représentant de la pastorale, et administration;
- rencontre additionnelle avec le patient.

AVIS : *Voir les codes d'acte 00017, 00019, 08906 et 08909, à l'onglet « B ».*

2.11 ACTES SPÉCIFIQUES AUX SOINS INTENSIFS

2.11.1 Induction de l'hypothermie thérapeutique

L'induction de l'hypothermie thérapeutique est effectuée à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens suite à certains cas d'arrêt cardiaque ou d'accident neurologique grave de façon à réduire artificiellement et maintenir la température corporelle d'un patient à moins de 34°C, généralement pour une période de vingt-quatre (24) heures. Les examens requis et tout autre service médical dispensé par le médecin pour évaluer l'atteinte et le maintien de la température visée au cours des douze (12) premières heures sont inclus. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes. Ce code peut être réclamé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

2.11.2 Installation pour ventilation en position ventrale

L'installation pour ventilation en position ventrale est effectuée à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens lorsque la ventilation mécanique soutenue est requise mais que la ventilation en position dorsale est associée à des pressions de pointe très élevées. Il comprend le positionnement initial du patient de même que les examens requis et tout autre service médical dispensé par le médecin au cours des douze (12) premières heures de ventilation dans cette position. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes. Ce code peut être facturé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

2.11.3 Mesure de la tension intra-abdominale

Mesure à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens de la tension intra-abdominale au moyen d'une sonde intra-vésicale lorsque la situation clinique du patient fait soupçonner un syndrome de compartiment abdominal. La pose du cathéter intra-vésical, lorsque requise, est comprise. Ce code peut être facturé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6).*

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**ACTES INCLUS**

Est comprise dans l'honoraire de l'examen, de la consultation ou d'un autre service médical associé, la rémunération des services médicaux ci-après énumérés, à savoir:

ablation des points de suture ou des agrafes

ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)

administration et interprétation des tests diagnostiques suivants:

- analyse d'urine, sans microscopie

- glycémie, par méthode simple qualitative

- hémoglobine, par méthode simple qualitative

- mycose test

- P.P.D. (purified protein derivative)

- test à la tuberculine

- toute autre analyse par méthode simple, sauf celle spécifiquement prévue au tarif

allongement du frein du prépuce

androscopie

application de pâte d'unna

appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive

aspiration de la trachée sous vision directe

aspiration pour otite séreuse, unilatérale

biomicroscopie oculaire

biopsie du pénis

biopsie du scrotum

blocage nerf honteux, uni ou bilatéral

blocage paracervical

botte d'unna

brûlure simple (1^{er} degré), traitement et débridement

calibrage de l'urètre

cannulation de canaux galactophores pour reperméabilisation

cardioversion chimique

cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif

cautérisation du cordon ombilical

changement de canule de trachéotomie

changement de cathéter de gastrostomie

changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie

changement de sonde d'urétérostomie cutanée

changement de sonde de néphrostomie

chimiothérapie d'une lésion cutanée

correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale

cure d'hyposensibilisation, sauf celle spécifiquement prévue au tarif

cryothérapie d'une lésion

culdoscopie

débitométrie (débit de pointe)

détorsion manuelle de cordon spermatique

dilatation d'urètre chez la femme

dilatation du col

dilatation du prépuce

dilatation du sphincter anal sans anesthésie

dilatation du vagin sous anesthésie

dilatation ou irrigation de la voie lacrymale

électrorétinographie, technique simple
enlèvement de mèches vaginales
enlèvement de plâtre (sans fracture ni luxation)
épilation des cils
épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)
épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme
épreuves de fonction respiratoire :
- analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
- analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
- bronchspirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
- évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
- oxymétrie et saturation en oxygène toute technique
- ventilation et consommation d'oxygène
épreuves orthostatiques
étude de la transmission neuromusculaire
étude du chimisme gastrique (intubation et interprétation)
étude du sperme
étude simple de la vision des couleurs
évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque
examen à la lampe à fente
examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel
examen gynécologique avec cautérisation ou conisation ou électroconisation avec anesthésie
examens vestibulaires (bilatéral): épreuves cervicales
épreuves de la poursuite
épreuves positionnelles
épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)
exérèse de cathéter de dissection veineuse
exérèse de cérumen
exérèse de tube de drainage, oreille moyenne
exérèse de varicocèle par voie scrotale
exérèse d'un corps étranger intra-vaginal
exophthalmométrie
exploration du contenu scrotal
extraction de bague (acte simple)
extraction simple de stérilet
fixation d'un drain
fracture d'apophyse épineuse ou transverse, traitement conservateur
fracture du crâne, traitement conservateur
funduscopie, sauf autrement prévu au tarif
grattage, pelage, taillage de callosités (lorsqu'effectué en établissement ou au bénéfice d'un patient âgé de moins de soixante-dix (70) ans)
immobilisation par appareil ou orthèse préfabriqués commercialement incluant notamment: collet cervical, bandage élastique ou adhésif, écharpe, etc.
incision latérale ou dorsale du prépuce
inhalothérapie

injection de substance de contraste :
cholangiographie par injection intraveineuse
cholangiographie par tube en T
déférentographie
échographie
gynécographie
orbitographie
pariétographie
pelvigraphie
pyélographie I.V.
tomographie axiale
vaginographie
voies urinaires pour urétérographie
injection intracaverneuse de papaverine
injection pour prurit anal
injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
insertion de pessaire
insertion de prothèse testiculaire
insertion naso-gastrique de tubes (Levine, alimentation, etc...)
insertion de tiges laminaires;
installation de l'équipement de l'inhalothérapie;
installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du foetus
installation d'un tube de gavage à long terme
insufflation tubaire
irrigation de l'oeil
irrigation et enlèvement du drain

laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie au microscope sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale
laryngoscopie indirecte sans biopsie
lavage bronchique
libération du frein de la langue pour un patient de deux (2) ans et moins

manipulation pour épicondylite (tennis elbow)
manoeuvre d'Epley
manométrie ano-rectale (sauf pour une pathologie digestive)
massage prostatique
mesure de la tension veineuse centrale
mesure de la vitesse circulatoire
mise en place d'une mèche dans un kyste déjà drainé
myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie

nettoyage de l'oreille externe et moyenne

ophtalmoscopie
orbitographie avec substance de contraste

pansement de moins de vingt (20) centimètres carrés
pharyngogramme avec substance de contraste
phonocardiographie
ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle
ponction de sang dans un cathéter
pose d'une mèche dans le conduit auditif externe
prélèvement d'une homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire et thoracique
prélèvement de sécrétions
prélèvement sanguin capillaire

réduction manuelle de torsion testiculaire
réduction manuelle d'hernie inguinale
réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie
réflexogramme achilien avec kinomètre
réfraction

taillage des ongles d'orteil
tamponnement nasal antérieur par compression simple
test à la lampe de Wood
test de confrontation
test de tolérance à l'eau
tomographie simple
tonométrie simple
traction pour scoliose, type Cotrel

vectocardiogramme
ventriculoscopie

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 a)ii DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

En conformité avec l'article 22 a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des examens ou services pour fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et qui sont considérés comme des services assurés.

1. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE DE COMMERCE, D'UN AUTOBUS DE PLUS DE 24 PASSAGERS OU D'UN VÉHICULE EXIGEANT DES QUALIFICATIONS PLUS GRANDES :

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire d'un véhicule des classes 1, 2 et 3.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule de commerce.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c.C-24.2)
- Articles 28 1, 2, 3, 44 2, 45 2 et 46 2 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4A.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un véhicule d'urgence.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c.C-24.2)
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

3. CONDUCTEUR D'UN AUTOBUS DE 24 PASSAGERS OU MOINS OU D'UN MINIBUS

Examen médical ou optométrique (*) requis par la Société d'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire de la classe 4B.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société d'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un autobus ou d'un minibus.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c. C-24.2)
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

(*) Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

4. CHAUFFEUR DE TAXI :

Examen médical ou optométrique(*) requis par la Société de l'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire de la classe 4C.

Examen médical ou optométrique (*) que peut exiger la Société de l'assurance automobile du Québec pour un titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un taxi.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q.,c.C-24.2)
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991)

5. ÉTUDIANT ADMIS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES EN TECHNIQUES DE PILOTAGE, TECHNIQUES MARITIMES, TECHNIQUES POLICIÈRES OU TECHNIQUES DU CONTRÔLE DE LA CIRCULATION AÉRIENNE :

Examen médical que doit subir l'étudiant admis à l'un des programmes d'études précités.

- Article 18 a) de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (L.R.Q.,c.C-29) remplacé par 1993, C.25,a.11;
- Article 1 du Règlement sur les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études suivants: techniques de pilotage, techniques maritimes, techniques policières et techniques de contrôle de la circulation aérienne (Décret 2403-82 du 20 octobre 1982)

6. FONCTIONNAIRE AU SENS DE LA LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE :

Examens de pré-emploi exigés par les directives de classification relatives aux emplois suivants :

- Agents de conservation de la faune;
- Constables du tribunal de la jeunesse;
- Constables spéciaux à la sécurité dans les édifices gouvernementaux;
- Agent des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;
- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- Loi sur la fonction publique (L.R.Q.cF-3.1)

7. ENSEIGNANT OCCUPANT UN EMPLOI DANS UNE ÉCOLE PUBLIQUE DE LA COMMISSION SCOLAIRE CRIE, LA COMMISSION SCOLAIRE KATIVIK ET LE COMITÉ NASKAPI DE L'ÉDUCATION :

Examen médical annuel démontrant qu'il n'est atteint d'aucun handicap physique ou mental ou maladie le rendant inapte à occuper le poste qu'il détient.

Examen annuel pulmonaire clinique et radiologique démontrant que cette personne est exempte d'affection tuberculeuse.

- Article 207 de la Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuits et naskapis (L.R.Q.,c.I-14)

(*) Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les personnes qui présentent un carnet de réclamation valide, émis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

8. AGENTS ET CADETS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX :

Examen médical requis pour devenir agent ou cadet de la Sûreté ou d'un corps de police municipal.

- Loi de police (L.R.Q.,c.P-13)
- Article 3 du Règlement sur les normes d'embauche des agents et cadets de la Sûreté du Québec et des corps de police municipaux (R.R.Q.,C.P-13,r.14)

9. MANIPULATEURS D'ALIMENTS ET LES PERSONNES PRÉPOSÉES AUX SOINS DES MALADES OU À LA GARDE DES ENFANTS :

Examens cliniques et diagnostiques et mesures de prophylaxie déterminées par le chef de département de santé communautaire.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35).
- Article 40 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

10. MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS UN CAMP FORESTIER OU DES INSTALLATIONS SPÉCIFIÉES :

Le manipulateur d'aliments dans un camp forestier ou des installations visées à l'article 83 doit avoir subi un examen médical depuis moins de 12 mois attestant qu'il n'est pas atteint de la tuberculose et qu'il n'est pas porteur de germes de salmonellose, ni atteint d'une maladie à déclaration obligatoire pouvant se transmettre par les aliments.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 83 et 84 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

11. EMPLOYÉS D'UN DÉTENTEUR DE PERMIS VISÉS À L'ARTICLE 90 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE :

(Permis pour pouvoir embaumer des défunts ou pratiquer la thanatopraxie, agir comme directeur de funérailles ou pour l'opération d'un laboratoire ou d'un service d'ambulance).

Certificat d'attestation de bonne santé délivré lors de l'embauche.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 90 et 109 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1 et Décret 975-83 du 18 mai 1983).

12. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE PROTHÈSES ET ORTHÈSES OU D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE :

Examen médical annuel attestant que la personne peut travailler dans un laboratoire.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35).
- Article 134 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

13. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE :

Examen médical à l'embauchage et par la suite annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie.

Examen médical décrit à l'article 174 à l'embauchage et annuel par la suite et dans les cas prévus à l'article 185 pour tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X.

Examen visé au paragraphe c) de l'article 174 (formule sanguine complète) à la fin des premier et deuxième mois d'emploi pour toute personne directement affectée à des travaux sous rayon X et toute personne visée à l'article 184.

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35).
- Articles 173 à 176, 184 et 185 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q.,c.P-35,r.1).

14. CUISINIER, AIDE-CUISINIER OU MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS LES CAMPEMENTS INDUSTRIELS :

Examen attestant de l'immunité à la variole de l'employé.

Examen médical à l'embauchage et annuel par la suite établissant que l'employé ne souffre pas de maladie contagieuse ou vénérienne et qu'il n'est pas porteur de germes pouvant causer une infection transmissible par les aliments.

- Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q.,c.Q-2).
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (R.R.Q.,c.Q-2,r.3).

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE :

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 2 du Règlement sur le certificat médical des ouvriers (R.R.Q.,c.S-2.1,r.3).

16. EMPLOYÉS TRAVAILLANT DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGI PAR LE RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX :

Examens médicaux d'embauche et examens périodiques que peut exiger le Service d'inspection lorsque la santé des travailleurs est exposée à des risques particuliers.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (R.R.Q.,c.S-2.1,r.9).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES :

Examen médical annuel attestant que le machiniste ne présente pas d'infirmités physiques ou psychiques ou des déficiences de la vue ou de l'ouïe.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q.,c.S-2.1).
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions réglementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX :

Toute personne oeuvrant dans un établissement doit se soumettre aux normes déterminées par le chef du département de santé communautaire en matière d'hygiène, de prophylaxie et de contrôle microbiologique et clinique.

- Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q.,c.S-5).
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 f) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., chap. P-41);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la curatelle publique (L.R.Q., chap. C-80);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec;
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la Sécurité du revenu (1988, c.51) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chap. P34.1).

SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser la personne assurée au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par la personne assurée qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

En d'autres termes, les services qu'un tel médecin rend à titre de médecin omnipraticien dans un établissement où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser la personne assurée au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par la personne assurée qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE

AVIS : *Plusieurs ententes particulières comportent des instructions de facturation à l'acte notamment pour la réclamation de certains montants forfaitaires. Veuillez vous assurer de prendre connaissance des instructions de facturation relatives à chaque entente particulière qui vous concerne. (Voir Brochure n° 1 - Médecins omnipraticiens - Ententes particulières)*

ENTENTES PARTICULIÈRES :

- relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins de courte durée, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs;
- ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;
- relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée;
- concernant la rémunération de la garde effectuée à l'Hôpital St-Julien. *(Abrogée par l'Amendement n° 82)*

DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie* et à celui de l'assurance hospitalisation, la Régie peut payer certains services médicaux et hospitaliers à recevoir hors du Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être préalablement autorisés par la Régie, à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec ni au Canada;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est donc pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Si la personne assurée se fait soigner hors du Canada sans avoir obtenu l'autorisation préalable de la Régie, elle devra assumer elle-même le coût des services hospitaliers qu'elle recevra hors du Canada. Les services médicaux assurés seront remboursables au tarif du Québec.

DEMANDE D'AUTORISATION**1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

A) Une attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :

- une description détaillée des services spécialisés requis;
- une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
- le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
- le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.

B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866-340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Québec, au Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie*, la Régie peut payer certains services médicaux à recevoir au Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Si la personne assurée n'a pas obtenu une autorisation préalable avant de recevoir des services médicaux hors du Québec, au Canada, ceux-ci seront remboursables au tarif du Québec.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

DEMANDE D'AUTORISATION**1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
 - une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé qui sera responsable des services spécialisés à rendre.
- B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866-340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

Alberta Health and Wellness
10025 Jasper Avenue
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street
P.O. Box 1600
Victoria (C.B.) V8W 2X9
Téléphone : 250 387-6121
Appels sans frais : 1 800 663-7867

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (I.P.E.) C0A 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du
Manitoba
300 rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services
communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 457-4800

NOUVELLE-ÉCOSSE

Medical Services Insurance (M.S.I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : 902 468-9700

NUNAVUT

Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut
Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : 867 645-8004

ONTARIO

Ministère de la santé et des soins de longue
durée
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Attention : Claims manager
Téléphone : 613 548-6240 ou 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T.C. Douglas Building
3475, Albert Street
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : 306 787-3251

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street
P.O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : 709 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office
2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T.N.O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch
P.O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5202

**TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE
POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES**

RÈGLE 2.4.7.6

La période de référence retenue par la Régie est du 1^{er} mai au 30 avril de l'année suivante.

Réf. : Règle 2.4.7.6 du préambule général.

JOUR FÉRIÉ	2010 / 2011	2011 / 2012	2012 / 2013
Journée nationale des Patriotes	24 mai 2010	23 mai 2011	21 mai 2012
Fête nationale du Québec	24 juin 2010	24 juin 2011	25 juin 2012
Fête du Canada	1 ^{er} juillet 2010	1 ^{er} juillet 2011	2 juillet 2012
Fête du Travail	6 sept. 2010	5 sept. 2011	3 sept. 2012
Action de grâces	11 oct. 2010	10 oct. 2011	8 oct. 2012
Veille de Noël	24 déc. 2010	23 déc. 2011	24 déc. 2012
Fête de Noël	27 déc. 2010	26 déc. 2011	25 déc. 2012
Lendemain de Noël	28 déc. 2010	27 déc. 2011	26 déc. 2012
Veille du jour de l'An	31 déc. 2010	30 déc. 2011	31 déc. 2012
Jour de l'An	3 janv. 2011	2 janv. 2012	1 ^{er} janv. 2013
Lendemain du jour de l'An	4 janv. 2011	3 janv. 2012	2 janv. 2013
Vendredi saint	22 avril 2011	6 avril 2012	29 mars 2013
Lundi de Pâques	25 avril 2011	9 avril 2012	1 ^{er} avril 2013