



MANUEL DES SPÉCIALISTES

BROCHURE N° 5

(n° 158)

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec



Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN : 978-2-550-48514-8

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



**MANUEL DES SPÉCIALISTES
BROCHURE N° 5**

**MISE À JOUR : 25
AVRIL 2012**

Veillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto et verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages.

MODIFICATION 61, en vigueur le 1^{er} avril 2012, sauf mention contraire, ainsi que des modifications d'ordre administratif

MODIFICATION 61

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE

- À l'article 8. *Ressourcement*, les articles 8.1 à 8.9 sont abrogés
Page : 8

TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ

- Au tableau de la *Chirurgie générale*, à la majoration 37 %, retrait des codes 00295 et 00296 et ajout des codes 09333, 20036, 20037 et 20038
- Au tableau de la *Chirurgie générale*, à la majoration 64 %, ajout des codes 01217, 01220, 01221 et 09308
- Au tableau de la *Chirurgie générale*, à la majoration 70 %, ajout du code 05299
- Au tableau de la *Chirurgie générale*, à la majoration 100 %, ajout des codes 01025 à 01028, 03047 à 03050 et 05510 à 05513
Page : 8

ANNEXE 40 - RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE

- À l'article 6. *Ressourcement*, les articles 6.1 à 6.9 sont abrogés
Page : 5

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

INTRODUCTION

- Modifications administratives

Pages : 1 et 2

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE

- Au paragraphe 8. *Ressourcement*, retrait d'avis et du code d'acte 065001

Page : 8

TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ

- Sous *Anesthésiologie*, à l'article 2.1, retrait du code d'acte 084001

Page : 3

MESSAGES EXPLICATIFS

- Aux messages 094 et 220, modification du libellé

Page : 1

ANNEXE 40 - RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE

- Au paragraphe 6. *Ressourcement*, retrait d'avis et du code d'acte 077117

Page : 5

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre n° 293 du 28 mars 2012.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-35559-5

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but de la Brochure n° 5 est de renseigner les médecins spécialistes sur les modalités de facturation de la demande de paiement pour les médecins rémunérés selon le mode de la rémunération mixte. À cet égard, elle contient le texte de l'Annexe 38 de l'Accord-cadre conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement, une section paiement et les messages explicatifs afférents. L'Annexe 40 (Rémunération mixte en médecine d'urgence) y apparaît également.

Cette publication peut se placer dans un cahier à anneaux standard.

Comme elle est publiée pour des fins administratives, il y a lieu de se reporter aux textes de loi, aux publications de la Gazette officielle et à l'Accord-cadre original, lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente. Les **AVIS** intercalés dans le texte de l'annexe et des tableaux d'honoraires sont d'ordre administratif et ne font pas partie de l'Accord-cadre.

Cette brochure est distribuée à tous les médecins spécialistes rémunérés selon le mode de la rémunération mixte. Lorsqu'un texte du manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages mises à jour (voir la **signification des références** au verso de la présente page).

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur Accord-cadre et sur les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous faire parvenir l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section *Professionnels* pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez tous les renseignements pertinents : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les renseignements généraux, les éléments de facturation avec les formulaires requis ainsi que les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- Québec : 418 528-7763

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ	= mise à jour
XX	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier
MMMM 20AA	= mois et année de la publication de la mise à jour
ZZ	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> - le 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); - le 00 indique qu'il s'agit de modifications effectuées en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel; - tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction de la Modification relative à l'Accord-cadre. - Si, sur une même page, les changements proviennent à la fois d'une Modification, d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1.0 ANNEXE 38 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte	1
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE	1
2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM	2
3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	3
4. AUTRE RÉMUNÉRATION	5
5. RÈGLE D'APPLICATION	6
6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ	7
7. FORFAIT RÉSEAU	7
8. RESSOURCEMENT	8
9. ASSISTANCE CHIRURGICALE	8
10. MODALITÉS PARTICULIÈRES	8
11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ	8
12. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA <i>LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES</i> (Annexe 24 de l'Accord-cadre)	9
13. PROTOCOLE D'ACCORD	9
14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT	9
15. DIVERS	10
16. LIMITATION	11
17. PROCÉDURE D'AUTORISATION	11
18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE	13
2.0 TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ	1
LISTE DES SPÉCIALITÉS	
Allergie	1
Anatomo-pathologie	1
Anesthésiologie	2
Cardiologie	7
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	7
Chirurgie générale	8
Chirurgie orthopédique	9
Chirurgie plastique	10
Dermatologie	10
Endocrinologie	11
Gastro-entérologie	11
Génétique médicale	11
Gériatrie	12
Hématologie-oncologie médicale (Groupe A)	14
Hématologie-oncologie médicale (Groupe B)	15
Médecine interne	15
Médecine nucléaire	15
Néphrologie	16
Neurochirurgie	16
Neurologie	16
Obstétrique-gynécologie	17
Ophtalmologie	18
Oto-rhino-laryngologie	18
Pédiatrie	19
Physiatrie	19
Pneumologie	20
Psychiatrie	20
Radiologie	21
Radio-oncologie	22
# Rhumatologie	23
# Santé communautaire	24
Urologie	28

	Page
3.0 DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE	1
Avant-propos	1
Rémunération différente	1
Frais de déplacement et de séjour	1
3.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE	3
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	5
3.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS	12
3.4 SECTEURS DE DISPENSATION	13
3.5 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE	14
3.6 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION	15
4.0 PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE	1
4.1 MODE DE PAIEMENT	1
4.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
4.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence	1
4.4 ÉTAT DE COMPTE - RÉMUNÉRATION MIXTE	2
4.4.1 Description	3
4.4.2 Vérification des paiements	5
4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	6
4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	6
4.5.2 Demande de paiement en cours de traitement	6
4.5.3 Paiement refusé en partie	6
4.5.4 Paiement refusé en totalité	6
4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
4.7 CODES DE TRANSACTION	8
4.8 CALENDRIERS DE PAIEMENT	9
5.0 MESSAGES EXPLICATIFS	1
6.0 ANNEXE 40 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence	1
1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE	1
2. RÉMUNÉRATION	1
3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES	3
4. AUTRE RÉMUNÉRATION	4
5. RÈGLE D'APPLICATION	4
6. RESSOURCEMENT	5
7. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ	5
8. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA <i>LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES</i> (Annexe 24 de l'Accord-cadre)	6
9. PROTOCOLE D'ACCORD	6
10. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT	6
11. DIVERS	6
12. LIMITATION	8
13. PROCÉDURE D'AUTORISATION	8

ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE.

1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

1.1 Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine spécialisée dans un département clinique, un service clinique ou, le cas échéant, un secteur d'activité d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

1.2 Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste, classé dans une spécialité visée en annexe, accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche.

Les activités médicales comprennent notamment les activités cliniques ou de laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine), ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire.

AVIS : Utiliser un des codes d'activités suivants :

065030 (Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065032 (Travail en équipe multidisciplinaire sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065053 (Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065056 (Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065057 (Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

065150 (Activités de témoignage)

065151 (Activités d'évaluation)

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

1.3 Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

AVIS : Utiliser le code d'activités **065022** (Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'université sauf pour la spécialité d'anesthésiologie).

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

Les activités médico-administratives désignent :

- les activités effectuées par un médecin spécialiste comme chef de département clinique ou chef de service clinique, à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre de ses responsabilités de membre élu ou nommé à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, lesquelles sont rémunérées par le Protocole adopté à cette fin;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et son *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- les activités du médecin spécialiste à titre de responsable de programme clinique;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions du département clinique ou service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

AVIS : *Utiliser un des codes d'activités suivants :*

- 065021** (Activités comme chef de département ou de service sauf pour la spécialité d'anesthésiologie).
- 065020** (Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)
- 065019** (Activités à titre de responsable de programme clinique sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM

AVIS : *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743.*

2.1 Le médecin spécialiste reçoit un *per diem* pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

Pour une demi-journée d'activité, il reçoit un demi *per diem*.

2.2 Une journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de sept heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraire de votre discipline.*

2.3 Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activité, on applique les règles suivantes :

- i. Le calcul de la période moyenne d'activité est effectué par période de deux semaines;

AVIS : *La période est établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte. Voir le point 4.8 de la section Paiement - Rémunération mixte.*

- ii. Le médecin ne peut réclamer plus d'un *per diem* par jour;
- iii. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *demi per diem* au cours d'une journée où il ne participe à aucune des activités prévues à l'article 2.1;
- iv. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 2.1 a été inférieure à trois heures et demie;
- v. Aux fins de déterminer le nombre maximum de *demi per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de deux semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 2.1 au cours de cette période de deux semaines.

AVIS : *Un per diem équivaut à deux demi per diem .*

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

2.4 Le montant du *per diem* est de 704 \$. Le montant du demi *per diem* est de 352 \$.

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

AVIS : Les honoraires demandés par le médecin spécialiste doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de **sa spécialité**, pour les services médicaux **dans la section Actes** du formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, et pour les services de laboratoire (SLE) sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation n° 1606.

Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit obligatoirement inscrire dans la case P. H. sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation (établissement, cabinet, domicile, etc.) :

De minuit à 7 h (nuit), la plage horaire = 1

De 7 h à 12 h (a. m.), la plage horaire = 2

De 12 h à 17 h (p. m.), la plage horaire = 3

De 17 h à minuit (soir), la plage horaire = 4

IMPORTANT : Pour le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **uniquement** à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire une plage horaire pour les services demandés est **limitée** aux périodes (dates de service) où il se rend dans cet établissement. En d'autres temps, la plage horaire n'est pas obligatoire.

3.1 Le médecin spécialiste reçoit également un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-cadre* pour la prestation de services médicaux entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), utiliser le **modificateur 118**.

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

Les services médicaux visés ainsi que les suppléments d'honoraires applicables au sein d'une spécialité sont indiqués en annexe. Aux fins de la détermination et de l'application de ces suppléments d'honoraires, on applique les règles suivantes :

- i. Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un supplément d'honoraires, on retient le supplément d'honoraires le plus élevé;
- ii. Lorsque le supplément d'honoraires prévu au sein d'une spécialité varie en fonction du tarif ou du nombre d'unités anesthésiques d'un service médical, on détermine le supplément d'honoraires applicable à un service médical selon la tarification de base de ce service médical, sans égard à toute majoration, réduction ou autres modificateurs applicables en vertu des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-cadre*;

AVIS : On détermine le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical. Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du rôle 4 qui n'est pas rémunérable, sauf dans le cas de l'assistance opératoire prévue à la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum. Pour un service médical à unités (rôle 1), on tient compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.

- iii. Aux fins de l'application d'un supplément d'honoraires à un service médical, on retient la tarification de ce service médical, une fois qu'il est tenu compte de toute majoration, réduction ou autres modificateurs applicables en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-cadre*;
- iv. En anesthésie, on applique le supplément d'honoraires sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

3.2 Toutefois, malgré l'absence de disposition spécifique à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toujours sur les services médicaux suivants :

- Constat de décès (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse* (codes 09071 et 09073);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes 09825 et 09826);
- Services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (codes 09900, 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09951, 09954, 09955, 09970, 09971 et 09975);
- Formulaire - Programme de dépistage du cancer du sein (codes 09814, 09815, 09816 et 09817);
- Formulaire - Programme d'aide aux victimes de l'hépatite C (code 09818).

AVIS : Ces services sont payables en tout temps dans l'établissement où le médecin spécialiste est autorisé au mode de rémunération mixte.

3.3 Nonobstant toutes dispositions au contraire dans les modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur le supplément payable en vertu de la Règle 28 du *Préambule général* de l'Annexe 4 ou de la Règle 7 du *Préambule général* de l'Annexe 5.

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes concernés, utiliser le code d'acte 70000. Les spécialités visées sont : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, dermatologie, médecine interne, néphrologie, neurologie, obstétrique-gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie et radio-oncologie.

Pédiatrie : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes 00234, 00249 et 00863, utiliser le code d'acte 70002.

Pour la facturation du PG-7 relativement aux codes concernés, utiliser le code d'acte 70003. Les spécialités visées sont : cardiologie, médecine nucléaire, pédiatrie et radiologie diagnostique.

3.4 Toutefois, malgré l'absence de disposition spécifique à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique sur les honoraires additionnels payables en vertu de la Règle 15.2 de l'Addendum 4. – *Chirurgie*.

De plus, ces honoraires additionnels s'appliquent jusqu'à 21 h plutôt que 19 h.

AVIS : Pour la facturation du supplément d'honoraires à 100 % relativement à la règle 15.2 de l'Addendum 4, utiliser le code d'acte **05916** pour l'honoraire additionnel a. m. et le code d'acte **05917** pour l'honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes.

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

4.1 Le médecin spécialiste reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre, en faisant toutefois abstraction de la Règle 14 du *Préambule général* du Tarif de la médecine et de la chirurgie et de la Règle 4 du *Préambule général* du Tarif de la Médecine de laboratoire, pour la prestation de services médicaux le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

Toutefois, les honoraires de visite de contrôle ne sont pas payables entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), utiliser le modificateur 119.

Pour la facturation des services médicaux, inscrire la plage horaire 1 ou 4 et les honoraires à 100 %.

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

4.2 De plus, le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence au cours des périodes suivantes, a droit au paiement d'honoraires majorés :

- # i. La majoration est de 70 % entre 7 h et minuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, et entre 21 h et minuit les autres jours;
- ii. La majoration est de 150 % entre minuit et 7 h, tous les jours.

AVIS : Pour les soins d'urgence en rémunération mixte, il faut obligatoirement utiliser les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des règles 4 et 14.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

	Début de l'opération (Tous les rôles)
SOIR, du lundi au vendredi de 21 h à minuit	MOD = 109
NUIT, de minuit à 7 h	MOD = 110
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	MOD = 111
JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 21 h (aucune majoration)	-----

Remarque : Voir l'article 4.2 pour connaître la majoration applicable pour chacun des modificateurs

4.3 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences sont d'au moins 189 \$ entre minuit et 7 heures tous les jours et d'au moins 126 \$ entre 7 heures et minuit le samedi, le dimanche et les jours fériés ou entre 21 h et minuit les autres jours, à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 253 \$ et 126 \$ respectivement, pour chacune des périodes visées.

AVIS : Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :

- Code d'acte 09203 de minuit à 7 h;
- Code d'acte 09204 de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 21 h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6 du Manuel des médecins spécialistes.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le **modificateur 094** ou un de ses multiples.

5. RÈGLE D'APPLICATION

5.1 Pour les fins de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 ou des majorations d'honoraires prévues à l'article 4.2, on applique les règles suivantes :

- i. On retient l'heure du début de prestation du service.
- ii. En obstétrique, on retient l'heure de la naissance.
- iii. À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités : pour les unités de durée, on retient le temps de prestation du service qui coïncide avec les périodes visées aux articles précités; pour les unités de base, on retient l'heure du début de prestation du service.

6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.1 Le médecin spécialiste reçoit également le paiement du supplément de garde autrement payable en vertu de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre*, selon les conditions qui y sont prévues. Toutefois, les jours considérés fériés sont ceux prévus à l'article 15.3.

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.*

Des règles spécifiques peuvent cependant s'appliquer dans certaines spécialités. Celles-ci sont alors indiquées en annexe.

AVIS : *Pour avoir droit aux règles spécifiques de l'Annexe 38, le médecin spécialiste doit effectuer sa garde dans la spécialité où il est classé.*

AVIS : *Pour les spécialités et les établissements visés par l'Annexe 25, se reporter à cette annexe pour connaître les codes d'acte et les tarifs à réclamer. De plus, si en regard d'une spécialité et d'un établissement spécifique, un forfait de garde en disponibilité est accordé par une lettre d'entente aux conditions de l'Annexe 25, le médecin doit demander les codes d'acte et les tarifs de cette lettre d'entente. Pour les autres situations, se reporter au tableau qui suit.*

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Suppléments pour la garde locale

AVIS : *La liste des codes d'acte et des tarifs pour les suppléments pour la garde locale est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :*

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/liste/>

7. FORFAIT RÉSEAU

7.1 Un supplément peut être payable au médecin spécialiste qui, comme membre d'un groupe concerté, participe à la prestation des services médicaux dans un établissement autre que celui où il exerce de façon principale.

Seuls les groupes de médecins assurant de façon permanente la prestation des soins et ayant été reconnus par les parties négociantes peuvent réclamer le paiement de ce supplément au cours de la période autorisée. L'avis d'autorisation indique le nom du médecin, la spécialité et l'établissement visé, la période d'application ainsi que le montant du supplément.

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS – FORFAIT RÉSEAU

Spécialités	Codes d'acte	Tarif (\$)
Hématologie-oncologie médicale (groupe A)	19004	170,00
Hématologie-oncologie médicale (groupe B)	19005	170,00
Autres disciplines	09780	170,00

AVIS : *Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante; inscrire :*

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- la plage horaire correspondant, dans la case P.H.;
- le code d'acte susmentionné, dans la case ACTES;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

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

8. RESSOURCEMENT

+ *Abrogé*

9. ASSISTANCE CHIRURGICALE

9.1 Le médecin spécialiste qui assiste un chirurgien au cours d'une journée a droit, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie sa présence, au paiement d'un *per diem* ou d'un demi *per diem*, selon sa période d'activité, mais n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu à l'article 3.1 pour son travail d'assistance chirurgicale, à l'exception toutefois de l'assistance opératoire prévue à la règle 13 de l'*Addendum 4. Chirurgie* et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum.

10. MODALITÉS PARTICULIÈRES

10.1 Le mode de rémunération mixte peut faire l'objet de modalités d'application différentes ou additionnelles au sein de certaines spécialités. Ces modalités sont indiquées en annexe.

11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

11.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en cabinet privé. Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucun service dispensé avant 17 h en cabinet.*

11.2 Les parties négociantes peuvent toutefois autoriser l'application du mode de rémunération mixte afin de rémunérer les activités d'un médecin spécialiste en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où exerce ce médecin est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité et en complémentarité de ceux dispensés par l'établissement.

Les parties négociantes peuvent également fixer les autres conditions qu'elles jugent nécessaires avant d'autoriser l'application du mode de rémunération mixte en cabinet privé.

12. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (Annexe 24 de l'Accord-cadre)

12.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, et mentionnés à l'Annexe 24 de l'Accord-cadre.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2.

13. PROTOCOLE D'ACCORD

13.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ou au Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe entre 7 h et 17 h.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucune activité réalisée avant 17 h en regard de ces trois protocoles d'accord.*

14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

14.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte au sein d'un hôpital, et qui dispense également des services au sein d'un autre hôpital, est rémunéré pour ces services selon le mode de rémunération applicable au sein de ce dernier.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré au sein de cet autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.

AVIS : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin ne peut facturer aucun service avant 17 h dans un hôpital où il ne détient pas une autorisation de facturer selon le mode de la rémunération mixte.*

15. DIVERS

15.1 Sous réserve de l'article 15.2, l'ensemble des dispositions prévues à l'Accord-cadre s'applique, avec les adaptations nécessaires, au médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, à l'exception toutefois des dispositions contenues aux Annexes 13, 14, 15, 16, 21, 26, 30, 31 et 33.

15.2 L'application de certaines dispositions prévues à l'Accord-cadre s'effectue toutefois selon les modalités suivantes :

- i. En ce qui a trait aux Annexes 10, 27 et 28, les majorations d'honoraires qui y sont prévues s'appliquent de 21 h à minuit plutôt que de 19 h à minuit, et de 7 h à minuit plutôt que de 8 h à minuit.
- ii. En ce qui a trait à l'Annexe 11, les mesures qui y sont prévues peuvent faire l'objet de modalités d'application particulières au sein des départements, services ou secteurs d'activité visés par le mode de rémunération mixte. Ces modalités sont, le cas échéant, déterminées par les parties négociantes lors de l'acceptation d'une demande d'application du mode de rémunération mixte.
- iii. En ce qui a trait à l'Annexe 29, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin qui, au cours d'une journée, assume la prise en charge d'une unité reconnue en vertu de l'Annexe 29. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 29 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

AVIS : *Inscrire le **modificateur 117** (ou ses multiples) pour tous les services rendus lorsque le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 (codes d'acte 09294 et 09295) au cours d'une journée.*

Les services rendus en urgence doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'Annexe 38. Les jours fériés qui s'appliquent sont ceux de l'Annexe 38, article 15.3.

Les multiples du modificateur 117 sont les suivants :

050 - 117 = MOD 248
 094 - 117 = MOD 249
 108 - 117 = MOD 266
 109 - 117 = MOD 245
 110 - 117 = MOD 246
 111 - 117 = MOD 247
 117 - 172 = MOD 594
 117 - 199 = MOD 459

AVIS : *Lorsqu'il y a prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue en vertu de l'Annexe 29, veuillez vous référer au forfait et au tarif prévus à l'Annexe 25 pour la facturation d'un supplément de garde en disponibilité.*

- iv. En ce qui a trait à l'Annexe 30, seules les dispositions prévues à l'article 1.2 de cette annexe s'appliquent. Les services médicaux visés sont sujets au supplément d'honoraires prévu en annexe.
- v. En ce qui a trait à l'Annexe 39, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en chirurgie plastique qui, au cours d'une journée, dispense des soins dans une unité de grands brûlés désignée par les parties négociantes. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 39 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

AVIS : *Inscrire le **modificateur 192** (ou ses multiples) pour tous les services dispensés en vertu de l'Annexe 39, par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte.*

Les services rendus en urgence pour une raison autre qu'une brûlure doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'Annexe 38.

Les multiples du modificateur 192 sont les suivants :

050 - 192 = MOD 809
 094 - 192 = MOD 810

- vi. En ce qui a trait à l'Annexe 41, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en anesthésiologie qui, au cours d'une journée, dispense des soins dans un centre de douleur chronique reconnu par les parties négociantes. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 41 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours d'une journée.

vii. En ce qui a trait à l'*Annexe 42*, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en psychiatrie qui, au cours d'une demi-journée, réclame le paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4.1 de l'*Annexe 42*. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'*Annexe 42* ainsi que des dispositions générales de l'*Accord-cadre* pour les services qu'il dispense au cours de cette demi-journée.

AVIS : *Lorsqu'un des montants forfaitaires prévus à l'article 4.1 est réclamé (codes d'acte 98013, 98014, 98018 ou 98019), inscrire le modificateur 127 ou son multiple uniquement pour tous les autres services dispensés en vertu de l'Annexe 42 par un psychiatre autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte dans l'établissement désigné et pour lequel il est soumis à ce mode de rémunération.*

Le multiple du modificateur 127 est le suivant :

094 - 127 = MOD 222 (constante 1,0000)

15.3 Aux fins de la présente annexe, est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le jour de l'An, le lendemain du jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des patriotes, la fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du jour de l'An.

AVIS : *La Régie appliquera le calendrier des jours fériés qui figure au point 3.5 de la section Demande de paiement - Rémunération mixte, sauf si l'établissement concerné par les services facturés lui a fait connaître une date de célébration du jour férié différente pour son personnel infirmier.*

15.4 Un médecin spécialiste peut agir comme médecin-conseil pour l'élaboration ou l'exécution du programme de santé publique touchant le champ de sa discipline. Il doit y avoir été préalablement invité par le directeur régional de santé publique, le président directeur général de l'Institut national de santé publique ou le directeur général de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au moyen d'une demande écrite précisant la nature de sa participation et sa durée.

Celui qui est appelé comme médecin-conseil peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, l'autorisation des parties négociantes est nécessaire si le médecin ne bénéficie pas déjà de ce mode de rémunération mixte ou si sa participation comme médecin-conseil est requise pour une période s'étalant sur plus de 30 jours dans l'année civile.

Aux fins de l'application du mode de rémunération mixte, les activités médicales visées à l'article 1.2 comprennent également l'ensemble des activités prévues à l'article 1 du modèle de rémunération mixte de la Santé communautaire apparaissant en annexe.

16. LIMITATION

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

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

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

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service n° 3121. Il est important de mentionner qu'il s'agit d'une nomination dans le cadre d'un support.*

17. PROCÉDURE D'AUTORISATION

17.1 Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte est transmise par l'administration de l'établissement à la demande du département, service ou secteur d'activité concerné.

La demande fait état des médecins exerçant dans le département, service ou secteur d'activité concerné et du niveau d'activité de chacun de ces médecins.

17.2 La demande d'autorisation peut viser la reconnaissance spécifique par les parties négociantes d'un poste de support ou de pool de service au sein du département, service ou secteur d'activité concerné.

La demande fait alors état du niveau global d'activité des médecins qui participeront à la prestation des soins dans un contexte de support ou de pool de service.

AVIS : *L'autorisation d'un poste de support peut être accordée lorsqu'un surplus d'activités professionnelles nécessite l'ajout d'effectifs médicaux. L'administration de l'établissement doit faire une demande d'autorisation d'un poste de support aux parties négociantes, en l'occurrence, à la Direction générale des relations professionnelles du MSSS.*

L'autorisation d'un poste de « pool de service » composé d'un groupe de médecins spécialistes peut être donnée pour combler un poste vacant déjà autorisé dans les budgets d'effectifs médicaux d'un établissement. Pour ce faire, suivre la procédure décrite ci-dessus.

17.3 Les parties négociantes forment un comité aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'autorisation pour le paiement suivant le mode de rémunération mixte.

17.4 Le comité examine les demandes d'autorisation de paiement en considérant, notamment, le département, service ou secteur d'activité concerné, les médecins qui exercent au sein de ce département, service ou secteur d'activité, leur niveau de participation aux activités visées par la présente annexe et tout autre critère pouvant être déterminé par les parties négociantes.

17.5 Le comité recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte ainsi que la date du début d'application et de renouvellement annuel de l'autorisation.

17.6 L'avis d'autorisation comporte l'information nécessaire à l'application du mode de rémunération mixte dont l'identification de l'établissement et du département, service ou secteur d'activité concerné, la date d'application du mode de rémunération mixte, le nom des médecins du département, service ou secteur d'activité concerné - sauf lors de la reconnaissance d'un poste de support ou de pool de service - et le niveau global d'activité exprimé en équivalent temps complet.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service n° 3121. Il est important de mentionner s'il s'agit d'une nomination dans le cadre d'un « pool de service » ou de support.*

Dans le cas d'un « pool de service », seule la date de début de nomination doit être précisée pour couvrir toute la durée de la nomination. Indiquer « Annexe 38 » dans la section Situation d'entente.

Pour un poste de support, préciser la période visée et fournir un avis pour chaque période en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service n° 3121. Indiquer « Annexe 38 » dans la section Situation d'entente. Le choix du mode de rémunération et la signature du médecin ne sont pas requis dans ce cas.

17.7 L'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération mixte se renouvelle automatiquement à chaque année, à moins que le département, service ou secteur d'activité demande de ne pas renouveler l'autorisation. Toutefois, les parties négociantes peuvent assujettir le renouvellement de l'autorisation aux conditions et modalités qu'elles déterminent.

AVIS : *L'administration d'un établissement doit informer les parties négociantes et la Régie lorsqu'un médecin s'ajoute ou quitte le département, le service ou le secteur de dispensation où s'applique le mode de la rémunération mixte.*

17.8 La Régie donne effet aux avis d'autorisation qui lui sont présentés par les parties négociantes ou leurs représentants désignés.

18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE

18.1 Les parties négociantes conviennent de la nécessité de compléter les composantes du mode de rémunération mixte en déterminant, conjointement avec les milieux universitaires, les modalités d'application d'un forfait universitaire pour les médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalo-universitaire.

18.2 De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à effectuer les démarches nécessaires afin d'assurer le maintien d'une enveloppe de rémunération minimum de 33 millions \$ par année provenant du ministère de l'Éducation du Québec pour la rémunération des tâches universitaires effectuées par les médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalo-universitaire.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

2.0 TABLEAUX – RÉMUNÉRATION MIXTE**TABLEAUX DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES ET DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAR SPÉCIALITÉ****ALLERGIE**

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
45	Les services médicaux codés 00100, 00107, 00112, 00152, 00161, 00162, 00163, 00334, 00781, 00815, 00836, 09060, 09094, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09170, 16000, 20500, 20501, 20502, 20503, 20504 et 20505.

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde*

+ ANATOMO-PATHOLOGIE

Abrogé

ANESTHÉSIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30	Le service médical codé 07261 ainsi que les services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l' Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
50	Les services médicaux codés 09095 et 09096. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui ne font pas l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception des services médicaux codés 00080, 00915, 08925, 09135, 09145, 09148 et 09246.
63	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de deux ans.
70	Tous les services médicaux visés par la Règle 12 de l' Addendum 8 de l' Accord-cadre . Les services médicaux codés 00585, 09150 et 09160 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs non reconnue en vertu de l' Annexe 29 .
100	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet Système cardiaque lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet Système nerveux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde*

Modalités particulières

En anesthésiologie, le mode de rémunération mixte s'applique en tenant compte des modalités particulières prévues ci-après :

1. L'article 2 de l'Annexe 38 est remplacé par le suivant :**2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM**

2.1 Le médecin spécialiste reçoit un *per diem* pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

AVIS : *Pour la facturation, voir l'onglet Demande de paiement - Rémunération mixte, Partie 4 - deuxième exemple ligne du quatrième 14 ou 15.*

Pour une demi-journée d'activité, il reçoit un demi *per diem*.

AVIS : *Pour la facturation, voir l'onglet Demande de paiement - Rémunération mixte, Partie 4 - deuxième exemple du quantième 16.*

AVIS : *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743. Utiliser un des codes d'activités suivants :*

Veillez utiliser un des codes d'activités suivants pour les activités médicales visées à l'article 1.2 de l'Annexe 38 :

- 084030 (activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 084056 (activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 084053 (activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 084057 (activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine)
- 084032 (travail en équipe multidisciplinaire)

Veillez utiliser le code d'activités suivant pour les activités d'enseignement visées à l'article 1.3 de l'Annexe 38 :

- 084022 (cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'Université)

Veillez utiliser les codes d'activités suivants pour les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'Annexe 38 et effectuées entre 8 h et 15 h du lundi au vendredi à l'exception des jours fériés :

- 084021 (activités comme chef de département ou de service)
- 084020 (participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP)
- 084019 (activités à titre de responsable de programme clinique)

2.2 Une journée d'activité s'entend d'une période d'activité de sept heures au cours d'une même journée, entre 8 h et 15 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Une demi-journée d'activité s'entend d'une période d'activité de trois heures et demie au cours d'une même journée, durant la même période.

2.3 Le médecin ne peut réclamer plus d'un *per diem* ou deux demi *per diem* par jour.

2.4 Le montant du *per diem* est de 704 \$. Le montant du demi *per diem* est de 352 \$.

AVIS : *Le per diem est payable pour une période d'activité professionnelle de 7 h pour une même journée.*

Pour une durée d'activité inférieure à 7 h, mais d'au moins 3 heures et demi, le médecin anesthésiologiste peut réclamer un demi per diem.

Aux fins de la détermination d'un demi per diem, seules les heures effectuées dans une même journée sont comptabilisées.

2. Le premier paragraphe de l'article 3.1 de l'Annexe 38 est remplacé par le suivant :

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

3.1 Le médecin spécialiste en anesthésiologie reçoit un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-Cadre* pour la prestation de services médicaux au cours des périodes suivantes :

- entre 8 h et 15 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour l'ensemble des services médicaux visés par un supplément d'honoraires;
- entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour les services autres que les services médicaux visés par la Règle 12 de l'*Addendum 8*.

3. L'article 4.1 de l'Annexe 38 est remplacé par le suivant :

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

4.1 Le médecin spécialiste en anesthésiologie reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'**Accord-cadre**, en faisant toutefois abstraction de la Règle 14 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie et de la Règle 4 du **Préambule général** du Tarif de la médecine de laboratoire, pour la prestation de services médicaux le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'au cours des périodes suivantes :

- entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, pour l'ensemble des services médicaux, sauf pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'**Addendum 8**;
- entre 21 h et 7 h du lundi au vendredi, pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'**Addendum 8**;
- entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 21 h, du lundi au vendredi, pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'**Addendum 8**. La majoration de 15 % de la tarification prévue à la Règle 12 s'applique toutefois jusqu'à 21 h plutôt que 19 h.

Toutefois, les honoraires de visite de contrôle ne sont pas payables entre 15 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : *Entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 21 h, utiliser le modificateur 919 ou ses multiples pour demander la majoration d'honoraires pour les services médicaux visés par la Règle 12 de l'Addendum 8.*

En dehors des plages de 7 h et 8 h et 15 h et 21 h, utiliser les modificateurs de suites d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

AVIS : *Pour les soins d'urgence en rémunération mixte, il faut obligatoirement utiliser les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des règles 4 et 14.*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

	<i>Intervalle et majoration</i>	<i>Début de l'opération (tous les rôles)</i>	<i>Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)</i>
#	NUIT, du lundi au vendredi de minuit à 7 h (150 %)	110	113
	JOUR, du lundi au vendredi de 7 h à 8 h (15 % *)	----- ou 919(*)	115 ou 226 *
	JOUR, du lundi au vendredi de 8 h à 15 h (aucune majoration)	-----	115
#	JOUR, du lundi au vendredi de 15 h à 21 h (15 % *)	----- ou 919(*)	115 ou 226 *
	SOIR, du lundi au vendredi de 21 h à minuit (70 %)	109	112
	WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de minuit à 7 h (150 %)	110	113
	WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit (70 %)	111	114

* Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENCE DANS UN ÉTABLISSEMENT OÙ LE MÉDECIN EST AUTORISÉ AU MODE MIXTE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

	<i>Intervalle et majoration</i>	<i>Début de l'opération (tous les rôles)</i>	<i>Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)</i>
#	Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h (15 % *)	----- ou 919 *	116 ou 227 *
#	En tout autre temps	-----	116

* Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS NON EN URGENCE DANS UN ÉTABLISSEMENT OÙ LE MÉDECIN EST NON AUTORISÉ AU MODE MIXTE ET POUR LA RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

	<i>Intervalle et majoration</i>	<i>Début de l'opération (tous les rôles)</i>	<i>Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)</i>
#	Du lundi au vendredi, sauf les jours fériés de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h (15 % *)	----- ou 919 *	130 ou 224 *
#	En tout autre temps	-----	130

* Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

Remarque : Voir l'article 4.2 pour connaître la majoration applicable pour chacun des modificateurs

4. L'article 5.1 de l'Annexe 38 s'applique en tenant compte des modifications apportées à l'article 4.1 ci-dessus.

5. Les activités médico-administratives visées à l'article 1.3 de l'Annexe 38 sont rémunérées à tarif horaire lorsqu'elles sont accomplies entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le tarif est de 100 \$ l'heure et s'applique pour une période d'activité continue de 60 minutes.

AVIS : *Les activités médico-administratives réalisées par le médecin spécialiste de 7 h à 8 h et de 15 h à 17 h doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215. Utiliser un des codes suivants :*

- 085021 (activités comme chef de département ou de service)
- 085020 (participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP)
- 085019 (activités à titre de responsable de programme clinique)

Une banque d'heures annuelle maximale de 10 000 heures est établie pour la rémunération des activités médico-administratives effectuées par les médecins anesthésiologistes au cours de ces périodes. Cette banque d'heures est répartie parmi l'ensemble des établissements en fonction du nombre d'anesthésiologistes prévu au plan des effectifs médicaux (PEM) à raison de 17 heures par anesthésiologiste.

La banque d'heures d'un établissement est sous la gestion du chef de département d'anesthésiologie qui doit veiller à une répartition équitable en fonction des tâches médico-administratives assumées par chacun des anesthésiologistes.

Toute demande de paiement de ce tarif horaire doit être contresignée par le chef de département d'anesthésiologie.

Le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement du tarif horaire au cours d'une période ne peut recevoir aucune autre rémunération de la Régie au cours de cette période.

CARDIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
20	Les services médicaux codés 16002, 16005 et 16007.
60	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246, 16002, 16005, 16007, 30010, 30110, 30120, et 30140.
80	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246, 16001, 16002, 16004, 16005, 16006, 16007, 30010, 30110, 30120 et 30140.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
80	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246.
90	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
37	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$.
+	Les services médicaux codés 00276, 00277, 00414, 00524, 00558, 00626, 00634, 00696, 09331, 09333, 09485 et 20021, 20036, 20037 et 20038.
50	Les services médicaux codés 00303, 00356, 00357, 00365, 00691, 00692, 00697, 00700, 00703, 00863 08348, 08365, 08370, 09060, 09095, 09096, 09150, 09160, 09162, 09170 et 09337.
64	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
+	Les services médicaux codés 01201, 01205, 01217, 01220, 01221, 01228, 01230, 01233, 01234, 01250, 01251, 01252, 09308 et 20577 à 20592.
	Les services médicaux codés 01365, 01366 et 01367, lorsque effectués dans les cas de mélanome.
70	Les services médicaux codés 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
+	Les services médicaux codés 01231, 01232, 01424, 05062, 05063, 05064 et 05299.
100	Les services médicaux 02000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
+	Les services médicaux codés 01025 à 01028, 03047 à 03050, 05061 et 05510 à 05513.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

AVIS : Pour le supplément d'honoraires à 64 % du code d'acte 01365 ou 01366 ou 01367, inscrire la condition pathologique justifiant la facturation dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
42	Les services médicaux codés 09060, 09150 et 09162.
54	Les services médicaux codés 09160, 09170, 15131 et 15132.
62	Les services médicaux codés 09060, 09150 et 09162 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes. Les services médicaux 00305 et 09487.
74	Les services médicaux codés 09160 et 09170 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.
92	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, à l'exception du service médical codé 02505.
100	Les services médicaux codés 02000, 02001, 02002, 02003, 02004, 02005, 02006, 02007, 02013, 02023, 02025, 02029, 02030, 02033, 02041, 02046, 02047, 02054, 02059, 02060, 02061, 02068, 02070, 02074, 02079, 02081, 02082, 02083, 02084, 02085, 02086, 02091, 02092, 02093, 02094, 02095, 02109, 02119, 02127, 02130, 02131, 02132, 02133, 02134, 02135, 02137, 02142, 02143, 02152, 02153, 02166, 02170, 02171, 02174, 02175, 02176, 02177, 02178, 02179, 02181, 02182, 02183, 02184, 02193, 02194, 02208, 02209, 02211, 02221, 02222, 02227, 02228, 02229, 02230, 02234, 02240, 02241, 02242, 02244, 02246, 02247, 02252, 02253, 02264, 02274, 02283, 02284, 02285, 02291, 02293, 02322, 02324, 02325, 02340, 02341, 02343, 02344, 02346, 02349, 02352, 02354, 02355, 02356, 02357, 02358, 02359, 02360, 02362, 02365, 02368, 02369, 02376, 02377, 02378, 02379, 02385, 02386, 02387, 02388, 02394, 02396, 02398, 02399, 02405, 02406, 02412, 02413, 02414, 02419, 02426, 02433, 02434, 02450, 02458, 02459, 02460, 02461, 02462, 02463, 02484, 02500, 02501, 02532, 02543, 02551, 02552, 02554, 02555, 02556, 02558, 02560, 02561, 02562, 02563, 02565, 02596, 02625, 02658, 02674, 02686, 02700, 02702, 02706, 02713, 02717, 02718, 02722, 02741, 02746, 02747, 02748, 02774, 02778, 02779, 02780, 02781, 02783, 02784, 02785, 02786, 02787, 02788, 02789, 02790, 02791, 02796, 02797, 02798, 02799, 02801, 02802, 02803, 02808, 02811, 02812, 02813, 02816, 02822, 02839, 02840, 02841, 02860, 02864, 02865, 02866, 02867, 02868, 02869, 02870, 02871, 02874, 02892, 02897, 02906, 02907, 02913, 02914, 02915, 02916, 02917, 02934, 02936, 02937, 02938, 02939, 02943, 02944, 02948, 02950, 02951, 02952, 02953, 02954, 02955, 02991, 02992, 02993, 02994, 02995, 02996, 02997, 09502, 09505, 09506, 09507, 09508, 09509, 09510, 09511, 09512, 09524, 09528, 09530, 09531, 09532, 09535, 09536, 09555, 09563, 09564, 09582, 18012, 18013, 18014, 18031, 18032, 18056, 18058, 18059, 18060, 18061, 18066, 18071, 18072, 18073, 18074, 18077, 18078, 18104, 18113, 18138, 18140 et 18170 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde*

CHIRURGIE PLASTIQUE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164, 09246 et 18001 à 18006.
70	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 2 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246.
+ 85	Les services médicaux codés 01300 à 01500, 02009, 02017, 02018, 02019, 02031, 02048, 02070, 02089, 02180, 02190, 02191, 02322, 02331, 02337, 02352, 02354, 02355, 02356, 02357, 02367, 02385, 02394, 02443, 02444, 02446, 02447, 02505, 02507, 02508, 02513, 02514, 02515, 02516, 02517, 02518, 02520, 02521, 02522, 02523, 02524, 02527, 05408 à 05915, 07379, 07380, 07412, 07415, 07417, 09553, 18120 et 18121.
90	Les services médicaux codés 02007, 02008, 02012, 02014, 02015, 02038, 02040, 02042, 02050, 02067, 02082, 02083, 02090, 02125, 02126, 02138, 02160, 02198, 02201, 02202, 02219, 02227, 02271, 02273, 02275, 02276, 02300, 02301, 02308, 02312, 02324, 02327, 02328, 02330, 02332, 02363, 02372, 02373, 02377, 02382, 02383, 02396, 02397, 02409, 02448, 02479, 02554, 02650, 02658, 02659, 02674, 02698, 02699, 02704, 02706, 02713, 02718, 02726, 02729, 02741, 02750, 02783, 02784, 02785, 02786, 02787, 02788, 02789, 02790, 02791, 02792, 02793, 02835, 02836, 02895, 02896, 02897, 02898, 02914, 02926, 02928, 02932, 02934, 02939, 02956, 02958, 02960, 02985, 05316, 05317, 05318, 05319, 05320, 05321, 05322, 05329, 05330, 05335, 05337, 07172, 07189, 07333, 07352, 07473, 07474, 07770, 07772, 07790, 07791, 07792, 07793, 07797, 07798, 09537, 09581, 09582, 09597, 18045, 18046, 18047, 18048, 18049, 18050, 18051, 18052, 18053, 18054, 18055, 18056, 18057, 18058, 18059, 18060, 18061, 18102 et 18103.
100	Les services médicaux codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357, lorsque dispensés à un patient de 14 ans ou moins.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

DERMATOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
34	Le service médical codé 15168.
39	Le service médical codé 15172.
46	Le service médical codé 15173.
55	Les services médicaux codés 06074 et 06075.
75	Les services médicaux codés 00162, 00163, 00165, 00167, 00192, 00194, 00203, 00213, 00214, 00215, 00245, 00820, 01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01110, 01112, 01121, 01122, 01123, 01124, 01130, 01131, 01132, 01133, 01134, 01215, 01216, 01302, 01303, 01327, 09061, 09183, 09186, 09188, 09297, 16013, 16016, 16021, 20060, 20061 et 20509. Les services médicaux codés 01222 et 01223 lorsque dispensés à un patient de 12 ans et moins.
100	Les services médicaux codés 09181, 09184, 09250, 16014, 16017, 16018, 16020 et 16022.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

ENDOCRINOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09078, 09080, 09148, 09152 et 09164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l' <i>Addendum 7 - Médecine nucléaire</i> , sous la rubrique <i>Épreuves in vitro</i>
44	Les services médicaux codés 09060, 09094, 09150, 09170 et 09176
47	Le service médical codé 09160
50	Le service médical codé 15195
56	Les services médicaux codés 00237, 00343 et 09162
	Tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09078, 09080, 09148, 09152 et 09164 ainsi que des services médicaux apparaissant à l' <i>Addendum 7 - Médecine nucléaire</i> , sous la rubrique <i>Épreuves in vitro</i>
62	Le service médical codé 09168
	Les services médicaux codés 09060, 09094, 09150, 09170 et 09176, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans
66	Le service médical codé 09160, lorsque dispensé à un patient de moins de 16 ans
78	Le service médical codé 09162, lorsque dispensé à un patient de moins de 16 ans
100	Les services médicaux codés 16030 et 16031
	Les services médicaux codés 00237 et 00343, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Les services médicaux codés 00364, 00691, 00692, 00697, 09337, 20039 et 20042
50	Le service médical codé 00749
75	Les services médicaux codés 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 20063 et 20064
100	Les services médicaux codés 16035, 16036, 16037 et 16038
+	Les services médicaux codés 00364, 00691, 00692, 00697, 00749, 09060, 09150, 09160, 09162, 09170, 09337, 15273, 15274, 15275, 15276, 20087, 20088, 20089, 20090, 20091 et 20092, lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Les services médicaux codés 09008, 09009, 09010, 09013, 09014, 09015, 09016, 09017, 09018, 09021, 09022, 09023, 09024, 09025, 09060, 09094, 09147, 09148, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 09601, 09602, 09603, 09606, 09607, 09608, 09609, 09612, 09613, 09614, 09615, 09616, 09617, 09618, 09619, 09620, 09621, 09622, 09623, 09626, 09627, 09628, 09629, 09630, 09631, 09632, 09633, 09634, 09635, 09636, 09637, 09638, 09639, 09640, 09641, 09642, 09643, 09644, 09645, 09646, 09647, 09648, 09658, 09659, 09660, 09661, 09662, 09663, 09664, 09665, 09666, 09667, 09668, 09669, 09670, 16039 et 16040

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

GÉRIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
80	Les services médicaux 00024, 00025, 00034, 00035, 00036, 00042, 00043, 00046, 00047, 00048, 15072, 15073, 15106, 15107, 15133, 15139, 15162, 15163, 15175, 15176, 15177, 15240, 15241, 15242, 15243, 15244 et 15245.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

AVIS : Pour le code d'acte **15133**, inscrire le code d'établissement où le gériatre exerce habituellement et non celui où la consultation a été effectuée.

Dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le code d'établissement où le service a été rendu.

Modalités particulières :

1. Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné ainsi que de l'application de la rémunération à l'acte prévue aux articles 4.1 et 4.2 de l'**Annexe 38**, on tient également compte des services médicaux suivants :

1.1 Admission d'un patient dans une unité de soins

Le médecin spécialiste en gériatrie qui admet à son nom, comme médecin traitant dans une unité de soins, un patient qui a déjà été vu en consultation par un autre médecin, peut se prévaloir de la tarification prévue pour l'admission d'un patient, à raison d'une seule fois au cours du même séjour hospitalier.

Il ne peut alors réclamer le tarif de la visite principale ou de la visite de transfert durant le séjour hospitalier de ce patient. Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle et sont payables, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'**Annexe 38**.

Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (échelle de Berg < 45/56) ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN)) peut réclamer le paiement d'une deuxième (2^e) visite principale à partir de la septième (7^e) journée de la date d'admission et, par la suite, une visite principale sera payable par période de sept (7) jours depuis la dernière visite principale.

Le médecin gériatre qui a vu le patient en consultation au cours du même séjour hospitalier ne peut se prévaloir de la tarification prévue pour l'admission d'un patient.

00025 Admission d'un patient dans une unité de soins. 70 \$

AVIS : Inscrivez la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement

1.2 Visite de départ

Le médecin spécialiste en gériatrie qui signe le congé d'un patient hospitalisé à son nom dans une unité de courte durée, peut se prévaloir de la tarification prévue pour la visite de départ.

Cette visite est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation dans une unité de courte durée et remplace la visite de contrôle. Elle inclut le résumé du dossier et l'organisation de la prise en charge du patient à sa sortie de l'unité de courte durée.

00024 Visite de départ. 70 \$

AVIS : *Inscrire la date d'entrée et la date de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement*

1.3 Entrevue avec un tiers

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin gériatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

15106 Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps 18,10 \$

AVIS : *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers*

1.4 Intervention de suivi en établissement - longue intervention

Au titre de l'intervention de suivi en établissement - longue intervention, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

Pour une intervention de suivi dont la durée est de quinze minutes ou plus, le médecin gériatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade.

15107 Longue intervention, par unité de temps (1/4 heure) 18,10 \$

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE A)

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
34	Les services médicaux codés 50030, 50070, 50090, 50100, 50110, 52050, 52060, 56100, 56110, 56125, 56140, 56150 et 57040 Les services médicaux codés 60000 à 60008, 60010 à 60021, 60030 à 60053 et 60060 à 60067
56	Les services médicaux codés 00406, 00433, 00434, 00439, 00440, 00734, 09012, 09168, 09779 et 52070
67	Les services médicaux codés 00094, 00095, 09060, 09147, 09150, 09162, 15121 et 16053
78	Les services médicaux codés 00273, 00281, 00282, 00593, 00595, 09160, 09170, 09176, 15281, 16003, 16054, 20507 et 20508 Le service médical codé 50040

Modalités particulières :

1. La détermination du groupe auquel appartient le médecin est déterminé conformément à l'article 3 de l'*Addendum 1 - Médecine* de l'*Annexe 4* de l'*Accord-cadre*.
2. Nonobstant l'article 4 de l'*Annexe 38*, l'ensemble des examens de laboratoire prévu à l'*Addendum 6* de l'*Annexe 5* de l'*Accord-cadre* ne peut faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article, à l'exception de la Plasmaphérèse massive (code 52070). Toutefois, à l'exception du code 52070, les examens de laboratoire visés ci-dessus par un supplément d'honoraires demeurent payables le samedi, le dimanche, un jour férié et entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, selon le pourcentage du supplément d'honoraires prévu ci-dessus.

AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire visés par un supplément d'honoraires, inscrire le modificateur 146 lorsque les services sont rendus le samedi, le dimanche, un jour férié et entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

- + 3. À l'Hôpital Sainte-Justine, à l'Hôpital de Montréal pour enfants et au CHUQ-CHUL (Centre Mère-Enfant), le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 120 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'*Annexe 38* ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation

4. Aux fins de l'application des plafonnements d'activités prévus aux articles 4.1 et 4.2 de l'*Addendum 6* de l'*Annexe 5* de l'*Accord-cadre*, les gains de pratique de laboratoire sujets au paiement du supplément d'honoraires de 34 %, de 56 % ou de 78 % sont normalisés. On calcule ces gains de pratique comme s'ils étaient payés suivant la tarification de base. Pour le surplus, les examens de laboratoire sont payés selon le pourcentage prévu aux plafonnements d'activités mais en appliquant ce pourcentage à l'encontre du supplément d'honoraires de 34 %, de 56 % ou de 78 % prévu pour les examens de laboratoire.

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE (GROUPE B)

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
67	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 15010, 15022 et 15028

Modalités particulières :

1. La détermination du groupe auquel appartient le médecin est déterminé conformément à l'article 3 de l'*Addendum 1 - Médecine* de l'*Annexe 4* de l'*Accord-cadre*.
- + 2. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 120 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'Annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation

MÉDECINE INTERNE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
43	Les services médicaux codés 00036, 00042, 00043, 00048 et 00051
60	Les services médicaux codés 00034, 00691, 00697, 00700, 00703, 00803, 00815, 00897, 00898, 00899, 08303, 08352, 08360, 08388, 08390, 08391, 08392, 08393, 08394, 08479, 09362 et 09363
100	Les services médicaux codés 00024, 09403, 09404, 09405, 16047, 16048, 16049, 16050 et 16051

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

NÉPHROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
51	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246
76	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09148, 09152, 09164 et 09246

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde*

NEUROCHIRURGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
79	Les services médicaux codés 00088, 00202, 00220, 00614, 00625, 00629, 01000 à 07999, 09439, 09440, 09441, 09494, 09495, 09496, 09500 à 09599, 15123, 16063, 16064, 16065, 16066, 18011 à 18999, 20537, 20538 et 20596
100	Les services médicaux codés 09160, 09168 et 09170 Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies, lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants

Modalités particulières :

- + 1. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le montant du supplément de garde locale en disponibilité payable en vertu de l'article 5.1 de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 120 \$ en semaine et de 300 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : *Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'Annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation*

NEUROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Les services médicaux codés 00145, 00158, 00208, 00209, 00210, 00216, 00255, 00305, 00355, 00356, 00357, 00358, 00359, 00360, 00363, 00366, 00378, 00386, 00388, 00394, 00509, 00513, 00514, 00554, 00579, 00593, 00595, 00596, 00599, 00612, 00613, 00623, 00624, 00649, 00650, 00727, 00728, 00787, 00788, 00794, 00827, 00889, 00890, 00891, 08472, 08473, 08474, 08475, 08483, 08490, 08491, 08494, 08495, 09336, 09356, 09409, 09411, 09412, 09423, 09487, 20537, 20538, 20593, 20595, 40010, 40020, 40040, 40060, 40090, 40100, 40110, 40120, 40130, 40140, 40150, 40160, 40170, 40180, 40190, 40200, 40210 et 40220
42	Le service médical codé 08425
48	Les services médicaux codés 00024, 09060, 09094, 09108, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 15135, 15136, 15137, 16070 et 16071
100	Les services médicaux codés 16072, 16073, 16074 et 20083

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde*

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
32	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 09148, 09152, 09156, 09164, 09166, 08925 et 09246
+ 55	Les services médicaux codés 00109, 00177, 00354, 00375, 00377, 00470, 00472, 00558, 00582, 00583, 00603, 00734, 00817, 00834, 00861, 04199, 04243, 04244, 05011, 06038, 06041, 06042, 06043, 06052, 06058, 06062, 06065, 06066, 06067, 06068, 06070, 06074, 06075, 06085, 06086, 06141, 06145, 06146, 06154, 06156, 06157, 06158, 06164, 06169, 06170, 06172, 06173, 06177, 06178, 06188, 06189, 06201, 06208, 06231, 06249, 06251, 06258, 06260, 06261, 06262, 06263, 06264, 06267, 06268, 06294, 06299, 06300, 06303, 06356, 06381, 06398, 06399, 06400, 06404, 06405, 06406, 06408, 06410, 06411, 06412, 06414, 06415, 06421, 06425, 06427, 06428, 06429, 06430, 06434, 06451, 06452, 06460, 06461, 06810, 06811, 06812, 06900, 06903, 06904, 06906, 06908, 06909, 06912, 06913, 06915, 06919, 06920, 06924, 06925, 06926, 06929, 06934, 06940, 06942, 06945, 06946, 06948, 06949, 06950, 06952, 06960, 06961, 06962 à 06973, 09064, 09157, 09160, 09167, 09170, 09192, 09287, 09288, 09300, 09306, 09329, 09467, 15086, 15087, 15088, 15089, 15095, 15096, 15097, 15098, 15126, 15129, 15198, 15199, 15294, 15295, 15297, 15298, 16079, 16080, 16081, 16082, 16083, 16084, 16085, 16086, 16087, 16088, 16089, 16090, 16091 et 20017
70	Les services médicaux codés 06069, 06072, 06073, 06148, 06149, 06191, 06194, 06216, 06225, 06233, 06265, 06266, 06270, 06271, 06272, 06273, 06274, 06276, 06278, 06279, 06288, 06289, 06416, 06419, 06420, 06422, 06424, 06426, 06457, 06458 et 06462
75	Les services médicaux codés 06905, 06928 et 06930
95	Les services médicaux codés 05507, 09282, 09283, 20052, 20053, 20054, 20055 et 20056 Les services médicaux codés 00027, 00817, 01205, 01228, 01230, 01231, 04199, 06038, 06041, 06042, 06052, 06068, 06069, 06073, 06156, 06157, 06158, 06191, 06194, 06208, 06216, 06225, 06231, 06233, 06249, 06270, 06271, 06272, 06278, 06279, 06289, 06294, 09192, 15082, 15083, 15084, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15094, 15097, 15098, 15140 et 15143, lorsque dispensés par un médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

Modalités particulières :

Au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le médecin qui exerce en cabinet privé et qui doit se rendre d'urgence à l'hôpital est rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte (100 %) pour les services médicaux suivants qu'il y dispense : services médicaux codés 06903, 06912, 06913, 06919, 06929, 06940, 06945, 06946 et 06950. Il ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* ou demi *per diem* pour la durée de prestation de ces services.

AVIS : Inscrire le **modificateur 120** pour les services énumérés ci-dessus lorsque le médecin exerce en cabinet privé et qu'il doit se rendre d'urgence à l'hôpital.

OPHTALMOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
40	Les services médicaux codés 08320, 08373, 20057, 20058 et 20059
60	Les services médicaux codés 09060, 09124, 09125, 09150, 09160, 09253, 09255, 09282, 09283, 15018, 15019, 15100, 15101, 15102, 15178, 15179, 15180, 15181, 15182, 16095 et 16096 Les services médicaux codés 08320, 20057, 20058 et 20059, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans
68	Les services médicaux codés 00860, 01000 à 07234, 07237 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999
90	Les services médicaux codés 09060, 09124, 09125, 09150, 09160, 09253, 09255, 09282, 09283, 15018, 15019, 15100, 15101, 15102, 16095 et 16096, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans
100	Les services médicaux codés 00860, 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans Les services médicaux codés 07235 et 07236

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
56	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$. Les services médicaux apparaissant au chapitre <i>Procédés diagnostiques et thérapeutiques</i> . Les services médicaux codés 09060, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09282, 09283, 15183, 15184 et 16098.
67	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$.
80	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus.
84	Les services médicaux codés 09168, 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est inférieur à 100 \$, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.
95	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 100 \$ à 299 \$, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.
98	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999 et dont le tarif est de 300 \$ et plus, lorsque dispensés à un patient de moins de 3 ans.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

PÉDIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
85	Les services médicaux codés 00024, 00079, 00081, 00086, 00152, 00231, 00234, 00249, 00255, 00276, 00301, 00307, 00336, 00337, 00343, 00345, 00432, 00489, 00585, 00593, 00595, 00596, 00597, 00599, 00611, 00615, 00616, 00634, 00647, 00691, 00697, 00700, 00703, 00721, 00749, 00750, 00751, 00777, 00815, 00862, 00863, 00874, 01013, 01196, 01320, 01323, 02546, 02657, 02749, 03194, 07197, 09096, 09147, 09170, 09176, 09305, 09306, 09307, 09313, 09316, 09370, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 09403, 09404, 09405, 09418, 15112, 15114, 15115, 16100, 16102, 18041, 18045, 18046, 18049, 18050, 18105, 20500, 20504 et 20595.
100	Les services médicaux codés 00083, 09094, 09095, 09150, 09160, 09162, 15165, 15166, 15185 et 15186.

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde sauf pour les suppléments de garde en maladies infectieuses, vous référer à l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.*

Modalités particulières :

- + 1. Le montant du supplément de garde locale payable en maladies infectieuses en vertu de l'article 5.1 de l'Annexe 25 est de 180 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

PHYSIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
43	Tous les services médicaux mentionnés au chapitre <i>Actes diagnostiques et thérapeutiques</i> ainsi que les services médicaux codés 07011, 07775, 07845, 07846, 07847, 07848, 18136 et 18137.
50	Les services médicaux codés 09060, 09094, 09108, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296 et 16103.
60	Les services médicaux codés 09060, 09085, 09086, 09094, 09108, 09150, 09160, 09162, 09170 et 16103 lorsque dispensés dans un établissement pédiatrique ou de réadaptation désigné par les parties négociantes ou lorsque dispensés par des médecins physiatres qui ont une pratique exclusive dans un programme de traumatologie régionale ou suprarégionale et ainsi identifiés par les parties négociantes.
65	Les services médicaux codés 09060, 09084, 09085, 09086, 09094, 09150, 09160, 09162 et 09170 lorsque dispensés dans un établissement visé par l'Annexe 30.

AVIS : *Pour le supplément d'honoraires à 65 %, les établissements visés sont ceux inscrits dans l'introduction de l'Annexe 30.*

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.*

PNEUMOLOGIE

Supplément d'honoraires		Supplément de garde en disponibilité	
%	Services médicaux visés	Semaine	Week-end Jour férié
79	Les services médicaux codés 09095, 09096, 09108, 09160, 09170, 09403, 09404 et 09405. Les services médicaux codés 00900, 00927, 00928, 00990 et 00991 lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs.	107 \$	214 \$
100	Les services médicaux codés 09060, 09095, 09096, 09108, 09150, 09154, 09160, 09162, 09170, 09403, 09404, 09405 et 15187, lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans par un médecin exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné par les parties négociantes.		

Modalités particulières :

1. Aux fins de l'application de l'article 4 de l'**Annexe 38**, les services médicaux mentionnés à l'**Annexe 7**, au chapitre **Épreuves de fonctions respiratoires** ne peuvent faire l'objet de la rémunération à l'acte ou des majorations d'urgence prévues à cet article.
- + 2. À l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'**Annexe 25** est de 190 \$ en semaine et de 450 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié. Il en est de même au CHUQ-CHUL et au CHUS-Hôpital Fleurimont pour le supplément de garde en disponibilité en pneumologie pédiatrique.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, se reporter au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

PSYCHIATRIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
30	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08822, 08824, 08826, 08925, 08941, 08972, 08982 et 09246.
55	Les services médicaux codés 08816, 08820, 08821, 08823, 08825, 08827, 08834, 08835, 08836, 08841, 08842, 08843, 08844, 08845, 08846, 08847, 08849, 08850, 08851, 08852, 08853, 08905, 08974, 08975, 08976, 08977, 08984, 08985, 08986, 08987, 16105, 16106 et 16107.
60	Les services médicaux codés 08783, 08784, 08785, 08787, 08788, 08790, 08792, 08793, 08832, 08932, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980 et 08981.
80	Les services médicaux codés 08786, 08789, 08791, 08794, 08936 et 08937.

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde

RADIOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
36	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925 et 09246.
55	Les services médicaux codés 08035, 08042, 08053, 08054, 08055, 08056, 08057, 08058, 08059, 08060, 08062, 08063, 08064, 08065, 08066, 08067, 08068, 08069, 08074, 08075, 08080, 08082, 08083, 08084, 08085, 08086, 08087, 08088, 08090, 08091, 08092, 08093, 08100, 08101, 08102, 08108, 08109, 08110, 08111, 08112, 08113, 08114, 08115, 08116, 08117, 08118, 08119, 08127, 08128, 08132, 08133, 08149, 08151, 08154, 08156, 08157, 08158, 08159, 08160, 08161, 08162, 08163, 08164, 08165, 08166, 08171, 08179, 08180, 08182, 08247, 08270, 08271, 08272, 08273, 08280, 08281 et 08282 lorsque dispensés dans un des centres hospitaliers suivants : <ul style="list-style-type: none"> - CHUM, Campus Hôtel-Dieu - CHUM, Campus Notre-Dame - CHUM, Campus St-Luc - Institut de cardiologie de Montréal - CUSM (Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital neurologique de Montréal) - L'Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis - CHUQ, Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec - CHUQ, Pavillon CHUL - CHUQ, Pavillon St-François d'Assise - Hôpital Laval - CUSE, Site Fleurimont
55	Tous les services médicaux lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans dans un des centres hospitaliers suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Ste-Justine - CUSM (L'Hôpital de Montréal pour enfants) - CHUQ – Pavillon CHUL - CUSE, Site Fleurimont <p>AVIS : Pour la facturation des services de laboratoire (formulaire n° 1606), inscrire le modificateur 124 pour tout service rendu à un patient de moins de 16 ans, en semaine entre 7 h et 17 h, sauf un jour férié</p>

Modalités particulières :

- + Le montant du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 120 \$ en semaine et de 420 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, se reporter au tableau de l'article 6.1 de l'Annexe 38 pour connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation

RADIO-ONCOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
79	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080, 08925, 09060, 09078, 09080, 09094, 09136, 09141, 09144, 09146, 09147, 09148, 09152, 09162, 09164, 09246 et 09296

Modalités particulières :

- + 1. Le montant du supplément de garde locale en disponibilité payable en vertu de l'article 5.1 de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre* est de 300 \$ chaque jour de semaine où, pour une durée et période déterminées par les parties négociantes, le médecin spécialiste en radio-oncologie prolonge sa disponibilité de services dans un centre hospitalier désigné qui accroît sa capacité de traitement en radio-oncologie.

AVIS : *Pour la facturation de ce supplément de garde en disponibilité, facturer le code d'acte 19071. Se référer à l'article 6.1 de l'Annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent pour les instructions de facturation.*

Les établissements désignés sont :

- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CHUQ - Hôtel-Dieu de Québec
- Centre hospitalier régional de Rimouski
- Hôpital général de Montréal
- Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Pavillon Saint-Vallier du CSSS de Chicoutimi
- CSSS de Gatineau - Hôpital de Gatineau

RHUMATOLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
45	Les services médicaux codés 00024, 00034, 00036, 00042, 00043, 00235, 00430 et 00431
52	Les services médicaux codés 00034 et 00042, lorsque dispensés à un patient atteint d'une pathologie spécifiée par les parties négociantes
80	Le service médical codé 09402
+	Les services médicaux codés 00024, 00034, 00036, 00042, 00043, 00235, 00430, 00431, 15287, 15288, 15289, 15290, 15291, 20095, 20096, 20097 et 20098, lorsque dispensés à un patient de moins de 18 ans

AVIS : Veuillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.

+ Modalités particulières :

En rhumatologie, le mode de rémunération mixte s'applique, dans l'ensemble des établissements autres que l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et l'Hôpital de Montréal pour enfants, en tenant compte des modalités particulières prévues ci-après :

- 1) Aux fins de l'application de l'article 1.2 et des autres dispositions de l'**Annexe 38**, les activités médicales rémunérées par le biais du mode de rémunération mixte ne comprennent pas les activités effectuées à la clinique externe de l'établissement. Par conséquent, entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés :
 - Les heures d'activités médicales effectuées à la clinique externe ne peuvent être prises en considération aux fins du calcul d'un *per diem* ou d'un demi *per diem*. Le médecin ne peut donc réclamer le paiement d'un demi *per diem* ou d'un *per diem* au cours d'une période où il dispense des services médicaux à la clinique externe de l'établissement;
 - Le médecin n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu au modèle de rémunération mixte pour les activités médicales accomplies à la clinique externe.

En lieu et place, le médecin reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des **Annexes 4, 5, 6, 7 et 8** de l'**Accord-cadre**, incluant les honoraires de visites de contrôle.

- 2) Le médecin qui a réclamé le paiement d'honoraires à l'acte pour des services médicaux dispensés à la clinique externe de l'établissement, ne peut, au cours de la même journée, réclamer le paiement d'un *per diem* pour ses autres activités, et ce, même si le nombre d'heures d'activités payables en vertu du mode de rémunération mixte et accomplies à l'extérieur de la clinique externe auraient pu lui permettre de réclamer un tel *per diem*. Il ne peut alors réclamer qu'un demi *per diem*, le cas échéant.
- 3) Nonobstant ce qui précède et de façon exceptionnelle, le médecin peut continuer d'être rémunéré selon le mode de rémunération mixte lorsqu'il est appelé à voir à la clinique externe, dans un contexte ambulatoire, un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge, le cas échéant. Cette exception ne s'applique toutefois que pour le médecin qui, au cours d'une journée, du lundi au vendredi, est assigné de jour dans son établissement afin d'assurer une disponibilité de service en rhumatologie pour les patients hospitalisés et de l'urgence.

AVIS : Pour les services rendus en clinique externe, dans un contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge, le cas échéant, **inscrire le modificateur 076 ou son multiple**, afin d'être rémunéré selon le mode mixte.

NOTE : Le multiple du modificateur 076 est le suivant :

065 - 076 = MOD 288 (constante 1,1500)

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
50	Les services médicaux codés 19650, 19651, 19652, 19653 et 19654.
77	Les services médicaux codés 00024, 09060, 09078, 09080, 09094, 09147, 09150, 09160, 09162, 09170, 09176, 09296, 16112, 16113, 16114, 16115, 16116, 16117, 16118, 16119, 16120, 16121, 16122, 16123, 16124, 16125, 16126, 16127, 16128, 16129, 16130 et 16131.

Modalités particulières :

1. Aux fins de l'application de l'article 1.2 de l'*Annexe 38*, on entend par activités médicales :

AVIS : Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743. Utiliser un des codes d'activités suivants :

067XXX (activités effectuées dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)

079XXX (activités effectuées pour l'Institut national de santé publique)

066XXX (autres activités)

1.1 L'ensemble des activités suivantes effectuées par le médecin spécialiste en santé communautaire rattaché à un département clinique en santé publique et ayant des mandats confiés ou approuvés par le directeur (régional) de santé publique ou le président directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec ou le directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la réalisation du programme de santé publique ou des responsabilités légales spécifiques des directeurs de santé publique :

- La conception, la réalisation et l'évaluation du programme de santé publique, soit :

i. Connaissance et surveillance de la santé (épidémiologie);

AVIS : Utiliser le code d'activités 066037 ou 067037 ou 079037 (planification-programmation-évaluation)

ii. Protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.);

AVIS : Par maladie professionnelle (CSST), on entend une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique du travail ou relié directement aux risques particuliers à ce travail.

iii. Prévention de la maladie et promotion de la santé (santé mentale, personnes âgées, santé cardio-vasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.);

AVIS : Utiliser le code d'activités 066047 ou 067047 ou 079047 (exécution)

iv. Organisation des services préventifs, évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population.

AVIS : Utiliser le code d'activités 066038 ou 067038 ou 079038 (coordination)

- La prestation de services médicaux, incluant :

i. Les visites des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences et les cliniques externes;

AVIS : Utiliser le code d'activités 066030 (services cliniques)

ii. Les interventions faites auprès de personnes dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une activité du programme de santé publique;

AVIS : Utiliser le code d'activités 066032 ou 079032 (rencontres multidisciplinaires)

iii. La prestation d'avis médicaux auprès de :

- médecins;

- professionnels de la santé;

- ressources du milieu;

- groupes de bénéficiaires;

- autres, incluant les communications avec les intervenants et les rédactions d'opinion.

AVIS : Utiliser le code d'activités 066091 ou 079091 (avis médicaux)

- Les services rendus dans le cadre de programmes contractuels de santé et sécurité du travail.

AVIS : Utiliser les codes d'activités 0670XX

ou :

1.2 L'activité clinique du médecin spécialiste en santé communautaire exerçant à l'intérieur d'un département clinique d'un établissement, après avoir été autorisé par les parties négociantes.

AVIS : Selon le type d'activité, utiliser un des codes d'activités suivants :

067XXX (activités effectuées dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)

079XXX (activités effectuées pour l'Institut national de santé publique)

066XXX (autres activités)

2. Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné on tient également compte des services médicaux suivants, lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

2.1 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population

L'acte médical en connaissance et surveillance du médecin spécialiste en santé communautaire comprend le recours à des méthodes descriptives et analytiques (ex. : épidémiologiques, statistiques...), de documentation, de validation, d'appréciation, d'interprétation ou d'évaluation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, le développement de systèmes de surveillance et, selon le cas, définir les enjeux sanitaires idoines.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

19650	Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population, pour une période d'activités minimale de 90 minutes	306 \$
-------	---	--------

2.2 Promotion et prévention de la santé de la population

L'acte médical de prévention et promotion du médecin spécialiste en santé communautaire comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en œuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivi d'interventions qui visent à préserver et améliorer la santé et le mieux-être de la population; cette activité implique selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

19651	Promotion et prévention de la santé de la population, pour une période d'activités minimale de 90 minutes	306 \$
-------	---	--------

2.3 Protection de la santé de la population

L'acte médical de protection de la santé de la population du médecin spécialiste en santé communautaire comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, d'enquête, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en œuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivi d'interventions et de mesures de contrôle qui visent à protéger la population de situations d'exposition comportant une menace à la santé publique; cette activité implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

19652 Protection de la santé de la population, pour une période d'activités minimale de 90 minutes. 306 \$

2.4 Évaluation des interventions, programmes et services de santé

L'acte médical d'évaluation et de suivi de programmes de santé de la population et de modes d'intervention en santé du médecin spécialiste en santé communautaire comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, de conception et préparation de devis, de validation et de recueil de données, d'analyse, de synthèse, de rédaction de rapports et diffusion de résultats; cette activité implique aussi, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative ainsi que les activités de mobilisation idoines.

Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation des connaissances à cet égard.

19653 Évaluation des interventions, programmes et services de santé, pour une période d'activités minimale de 90 minutes. 306 \$

2.5 Avis médical et expertise

L'avis médical et l'expertise populationnelle du médecin spécialiste en santé communautaire comprend, selon le cas, des fonctions de documentation, de validation, d'appréciation et d'interprétation, de recommandations, de mobilisation, de diffusion d'une opinion en rapport avec son champs d'expertise auprès de médecins, professionnels de la santé, ressources du milieu, groupes de bénéficiaires ou autres.

19654 Avis médical et expertise, pour une période d'activités minimale de 90 minutes 306 \$

2.6 Maximum

Le médecin spécialiste en santé communautaire ne peut réclamer plus de 2 services médicaux mentionnés ci-dessus par jour, au total.

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

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires à 50 % et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de la période d'activités dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Ces codes d'acte sont payables seulement en plage horaire 2 ou 3.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

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

3. Le médecin visé à l'article 1.1 est payé suivant un tarif horaire particulier lorsqu'il doit se rendre dans un établissement de santé ou au site d'une mission pour une intervention urgente le samedi, le dimanche ou un jour férié, ou entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi. Il en est de même pour le médecin visé à l'article 1.1 qui est convoqué par un organisme reconnu afin de dispenser des services pendant cette période.

Le tarif horaire est de 200 \$.

La tarification d'une heure exige un temps de service continu de 60 minutes.

AVIS : Voir l'AVIS sous l'article 15.3 de l'Annexe 38

AVIS : Pour réclamer le forfait de garde en intervention urgente ou lors d'une convocation par un organisme reconnu, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 09793 dans la case ACTES;
- la plage horaire durant laquelle le forfait a débuté dans la case PH;
- le code d'établissement où les services ont été rendus, dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09793.

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

4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en santé communautaire qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse dans une direction de santé publique.

- + Le supplément de garde en santé environnementale ou en maladie infectieuse est de 120 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 240 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable par jour, par direction de santé publique.

Un seul supplément de garde en maladie infectieuse est payable par jour, par direction de santé publique.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour.

AVIS : Pour le supplément de garde en disponibilité, veuillez vous référer à l'article 6.1 de l'Annexe 38 ainsi qu'au tableau afférent, afin de connaître le code d'acte à facturer et les instructions de facturation.

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Garde Week-end et jour férié		Garde, les autres jours	
	Codes d'acte	Tarif (\$)	Codes d'acte	Tarif (\$)
Santé communautaire				
+ - Santé environnementale	19039	240,00	19038	120,00
+ - Maladie infectieuse	19051	240,00	19050	120,00

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- la plage horaire correspondant à celle du début de la garde dans la case P.H.;
- le code d'acte susmentionné, dans la case ACTES;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

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

UROLOGIE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
60	Les services médicaux codés 00496, 00499, 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, à l'exception du service médical codé 06232 Les services médicaux codés 00319, 00320 et 00372, lorsque effectués sous anesthésie régionale ou générale
70	Les services médicaux codés 09060, 09147, 09150, 09160, 09162, 09168, 09170, 09176, 09201, 09212, 09296, 16109 et 16110
100	Les services médicaux codés 01000 à 07999, 09500 à 09599 et 18011 à 18999, lorsque dispensés à un patient de moins de 6 ans

AVIS : *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde*

3.0 DEMANDE DE PAIEMENT - RÉMUNÉRATION MIXTE

(formulaire n° 3743)

AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les médecins admissibles au paiement selon le mode de la rémunération mixte, un approvisionnement de demandes de paiement.

Le médecin peut commander un nouvel approvisionnement:

- par Internet: http://www.ramq.gouv.qc.ca/pro/form_pro/commande.htm
- par télécopieur : 418 646-9251
- ou par INFO PROF : 418 528-7763 ou 1 800 463-7763.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation pour le paiement.

Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.

Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la machine à écrire ou en lettres moulées.

Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de la demande de paiement peut entraîner son annulation.

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 15 septembre 20AA s'écrit AA.09.15.

RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Toutes les dispositions relatives à la rémunération différente s'appliquent aux médecins rémunérés selon le mode de la rémunération mixte. Se reporter au Manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* à la section 3.5 *Rémunération différente - Liste des localités*.

La demande de paiement est rédigée de la façon indiquée dans la présente section. Les tarifs sont ajustés par la Régie lorsque la rémunération différente s'applique.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

Vous devez généralement réclamer les frais de déplacement et de séjour sur un formulaire *Demande de paiement – Médecin n° 1200*, où vous réclamez déjà un ou des services rendus à une personne assurée pendant votre séjour.

Dans le cas où les services rendus ne vous permettent pas d'identifier une personne assurée, comme en santé communautaire, utilisez néanmoins le formulaire *Demande de paiement – Médecin n° 1200* pour réclamer vos frais de déplacement en inscrivant le NAM fictif suivant: XXXX01010112.

Par ailleurs, les professionnels facturant uniquement des services de laboratoire sur le formulaire *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606* peuvent y facturer leurs frais de déplacement.

Veillez référer aux sections pertinentes de vos manuels de facturation pour plus de détails sur les instructions de facturation des frais de déplacement.

RÉMUNÉRATION MIXTE (*formulaire n° 3743*)

3.1 DESCRIPTION DU FORMULAIRE

La demande de paiement comporte treize parties :

1. Professionnel.
2. Établissement.
3. Période.
4. Horaire.
5. Activités.
6. Per diem.
7. Total des heures travaillées.
8. Nombre de per diem.
9. C.S. (Considération spéciale).
10. Renseignements complémentaires.
11. Nombre de documents annexés.
12. Signature du professionnel ou du mandataire.
13. Signature du chef de département clinique ou du chef de service.

Remarque : La partie supérieure gauche comporte un numéro d'identification à quatre (4) chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

PARTIE 1

Professionnel

L'identité du médecin ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (7 chiffres);
- le numéro du compte administratif (groupe) assigné par la Régie, si le médecin désire que le paiement soit fait à une société de professionnels dont il est membre.

PARTIE 2

Établissement

L'identification de l'établissement où les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription du contrat pour la rémunération mixte.
- le nom du département ou du service où est autorisé le mode de rémunération mixte pour la spécialité concernée.

PARTIE 3

Période

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **quatorze (14) jours consécutifs débutant un dimanche et se terminant un samedi**, pour une période de deux semaines établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte fourni par la Régie (voir la section 4.8 du présent document).

PARTIE 4

Horaire

- Quantième

Cette partie permet au médecin d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés. Le quantième s'exprime en utilisant deux chiffres.

- Plage horaire

Cette partie permet d'indiquer la période de la journée où les activités ont été accomplies et, s'il y a lieu, la période de la journée pour laquelle un demi *per diem* est réclamé.

Le médecin indique par un « X » dans quelle période de la journée les activités ont été réalisées. La journée indiquée par le quantième se divise en deux périodes qui sont les suivantes :

Avant-midi (A.M.) : de 7 h à 12 h

Après-midi (P.M.) : de 12 h à 17 h

Pour les spécialistes en anesthésiologie, les périodes sont les suivantes :

Avant-midi (A.M.) : de 8 h à 12 h

Après-midi (P.M.) : de 12 h à 15 h

L'identification de la plage horaire est **essentielle**. Le médecin peut sélectionner une seule plage horaire ou les deux (A.M., P.M. ou les deux) pour une même ligne de facturation d'activités. Toutefois, lorsque l'activité chevauche deux périodes de plage horaire et **qu'un demi *per diem* seulement est réclamé** pour l'activité, le médecin doit obligatoirement cocher une seule période de plage horaire, selon la période de la journée où le plus grand nombre d'heures a été fait. Dans le cas d'égalité, le médecin doit indiquer un code de plage horaire à son choix.

Exemples :

Si un médecin effectue 2 heures d'activités de 10h30 à 12h30 et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher que la période A.M.

Si un médecin effectue 4 heures d'activités de 10 h à 14 h et qu'il réclame un demi *per diem*, celui-ci ne doit cocher qu'une seule période, soit A.M. ou P.M., à son choix.

Exemple de facturation : Rémunération mixte - Annexe 38 -

Exemple de facturation : Anesthésiologiste

#

PARTIE 5**Activités**

Indication des heures effectuées.

Cette partie qui comporte 20 lignes ou 60 périodes de référence, permet au médecin d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il a accompli des activités visées par la rémunération mixte.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Codes d'activités

Le code d'activités est composé de six chiffres.

Le médecin indique habituellement les codes correspondant aux activités accomplies. Il doit utiliser une référence par type d'activités réalisées au cours de la journée.

Pour la nomenclature complète des codes d'activités et leur description, voir la section 3.3 du présent document.

- Secteur disp. (secteur de dispensation)

Le secteur de dispensation est composé de deux chiffres. Il n'est pas obligatoire de remplir cette case, il est utilisé en tout centre exploité par un établissement, sauf en CLSC.

Cette information n'est pas requise si l'activité correspond à un ressourcement (code d'activités 065001 ou 084001).

Pour la nomenclature complète des codes « secteur de dispensation », voir la section 3.4 du présent document.

- Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées (4 chiffres).

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03.75.

Cette case doit être à zéro si l'activité correspond à un ressourcement (code d'activités 065001 ou 084001).

Remarque : Tous les services médicaux doivent être facturés dans la section ACTES sur le formulaire *Demande de paiement – Médecin n° 1200* en inscrivant la valeur de référence dans la case PH (plage horaire).

PARTIE 6**Per diem**

Inscrire le nombre de *per diem* (1) ou de demi *per diem* (0,5) demandé pour les activités mentionnées sur la ligne.

Le médecin ne peut pas demander plus d'un *per diem* ou deux demi *per diem* par jour.

Si aucun *per diem* n'est demandé ou si l'activité correspond à un ressourcement (code d'activités 065001 ou 084001), cette case doit être laissée vide ou à zéro.

Aucun *per diem* ne peut être demandé si aucune heure d'activité n'est présente sur la ligne.

Pour demander deux demi *per diem*, soit un *per diem*, pour un quantième, au moins 03.50 heures d'activités doivent être présentes sur la ligne.

Pour les spécialistes en anesthésiologie, un minimum de 3,5 heures d'activités doit être présent sur la ligne pour réclamer un demi *per diem*. De plus, un minimum de 7 heures d'activités est requis sur la ligne pour réclamer un *per diem*.

PARTIE 7**Total des heures travaillées**

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

PARTIE 8**Nombre de *per diem***

La somme des *per diem* inscrits.

Pour déterminer le nombre maximum de demi *per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de 14 jours, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues au cours de cette période et on arrondit à l'unité inférieure. Ainsi, 27 heures d'activités / 3,5 = 7,71 \Rightarrow 7 demi *per diem* = \Rightarrow 3,5 *per diem*.

Par contre, cette règle de calcul ne s'applique pas aux spécialistes en anesthésiologie. Le nombre maximum de demi *per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de 14 jours est de 20 à condition que le nombre minimum d'heure requis pour réclamer un demi *per diem* soit respecté (3,5 heures).

PARTIE 9**C.S. (Considération spéciale)**

LETTRE A: Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

LETTRE B: Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « B » dans cette case et dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

PARTIE 10**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 9, la lettre « A » ou « B » dans la case **C.S.** Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire **Document complémentaire n° 1944** (voir le Manuel des médecins spécialistes sous l'onglet **Formulaire**) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone.

PARTIE 11**Nombre de documents annexés**

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone.

PARTIE 12**Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le médecin dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire.

PARTIE 13**Signature du chef de département clinique ou du chef de service**

La demande de paiement doit être signée **à la main** et datée par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

3.3 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS

Activités médicales :

065030 : Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

065032 : Travail en équipe multidisciplinaire

065053 : Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

065056 : Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

065057 : Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

065149 : Services de télésanté

065150 : Activités de témoignage

065151 : Activités d'évaluation

065152 : Services de télépathologie

Activités médico-administratives :

065019 : Activités à titre de responsable de programme clinique.

065020 : Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP.

065021 : Activités comme chef de département ou de service.

Activités d'enseignement :

065022 : Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés de l'université.

Anesthésiologie :

084001 : Ressourcement.

084019 : Activités à titre de responsable de programme clinique.

084020 : Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP.

084021 : Activités comme chef de département ou de service.

084022 : Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'université.

084030 : Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

084032 : Travail en équipe multidisciplinaire.

084053 : Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecin.

084056 : Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

084057 : Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine.

Ressourcement :

065001 : Ressourcement

Remarque : Lorsque le médecin facture une journée de ressourcement, il doit fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation de séjour de perfectionnement. Celles-ci doivent être jointes à l'aide d'un trombone. De plus, les champs suivants doivent être complétés comme suit :

- inscrire la lettre « A » dans la case **C.S. (considération spéciale)**;
- inscrire le nombre de documents annexés dans la case prévue à cet effet;
- cocher les cases **AM** et **PM**;
- ne rien inscrire dans le secteur dispensation;
- inscrire 00.00 pour les heures travaillées;
- inscrire 0.0 dans la case **Per diem**.

En facturation informatisée, en plus de la demande de paiement envoyée par télécommunication, une copie de cette dernière et l'attestation de séjour doivent être expédiées par la poste au Service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires (Courrier Q019).

Santé communautaire :

Remarque : Le médecin doit utiliser les codes d'activités suivants :

- 067XXX** (activités effectuées dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité au travail)
- 079XXX** (activités effectuées pour l'Institut national de santé publique)
- 066XXX** (autres activités)

066037 ou 067037 ou 079037 : planification-programmation-évaluation

- connaissance et surveillance de la santé (épidémiologie)
- planification des activités des intervenants en santé publique

066038 ou 067038 ou 079038 : coordination

- organisation des services préventifs, évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population
- coordination des activités des intervenants en santé publique

066047 ou 067047 ou 079047 : exécution

- protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.)
- prévention de la maladie et promotion de la santé (santé mentale, personnes âgées, santé cardiovasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.)

066030 : prestation de services médicaux incluant

- les visites des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences et les cliniques externes

066032 ou 079032 : prestation de services médicaux incluant

- les interventions faites auprès de personnes dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une activité du programme de santé publique

066091 ou 079091 : prestation de services médicaux incluant

- la prestation d'avis médicaux auprès de médecins, de professionnels de la santé, de ressources du milieu, de groupes de bénéficiaires ou autres, incluant les communications avec les intervenants et les rédactions d'opinions

Couverture par le régime d'assurance maladie de certains services de santé durant le délai de carence :

0XX098 : services de santé durant le délai de carence

3.4 SECTEURS DE DISPENSATION

S'applique dans tout établissement sauf en CLSC

- 01** clinique externe
- 02** moyen séjour
- 03** courte durée (section générale)
- 04** longue durée - soins prolongés
- 05** longue durée - hébergement
- 06** unité de soins coronariens ou de soins intensifs
- 07** clinique d'urgence
- 08** département de psychiatrie (ne pas utiliser ce code en centre hospitalier de soins psychiatriques)
- 09** hôpital de jour
- 10** hôpital à domicile
- 11** laboratoire

3.5 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS FIXÉS PAR LA RÉGIE

Remarque : La période de référence pour les jours fériés s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

# JOURS FÉRIÉS	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 septembre 2010	5 septembre 2011	3 septembre 2012
Action de grâces	11 octobre 2010	10 octobre 2011	8 octobre 2012
Veille de Noël	24 décembre 2010	23 décembre 2011	24 décembre 2012
Fête de Noël	27 décembre 2010	26 décembre 2011	25 décembre 2012
Lendemain de Noël	28 décembre 2010	27 décembre 2011	26 décembre 2012
Veille du jour de l'An	31 décembre 2010	30 décembre 2011	31 décembre 2012
Jour de l'An	3 janvier 2011	2 janvier 2012	1 ^{er} janvier 2013
Lendemain du jour de l'An	4 janvier 2011	3 janvier 2012	2 janvier 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

Remarque : 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 1^{er} mai de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier ci-dessus qui est retenu.

Le médecin doit s'informer des dates convenues auprès de son établissement.

Le calendrier de la Régie ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont diffusés dans Internet à l'adresse de la Régie : www.ramq.gouv.qc.ca, à la section *Liens rapides*, sous *Calendrier des jours fériés*.

3.6 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION - ANNÉE 2011

Autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte (**formulaire *Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743***).

La période de facturation du mode de rémunération mixte est de deux semaines. Les dates inscrites dans la case **PÉRIODE** du formulaire ***Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743*** doivent obligatoirement correspondre à l'une des période du calendrier ci-dessous.

CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION 2011		
Mois	Du dimanche	Au samedi
Janvier	2011-01-02	2011-01-15
	2011-01-16	2011-01-29
Février	2011-01-30	2011-02-12
	2011-02-13	2011-02-26
Mars	2011-02-27	2011-03-12
	2011-03-13	2011-03-26
	2011-03-27	2011-04-09
Avril	2011-04-10	2011-04-23
	2011-04-24	2011-05-07
Mai	2011-05-08	2011-05-21
	2011-05-22	2011-06-04
Juin	2011-06-05	2011-06-18
	2011-06-19	2011-07-02
Juillet	2011-07-03	2011-07-16
	2011-07-17	2011-07-30
Août	2011-07-31	2011-08-13
	2011-08-14	2011-08-27
	2011-08-28	2011-09-10
Septembre	2011-09-11	2011-09-24
	2011-09-25	2011-10-08
Octobre	2011-10-09	2011-10-22
	2011-10-23	2011-11-05
Novembre	2011-11-06	2011-11-19
	2011-11-20	2011-12-03
Décembre	2011-12-04	2011-12-17
	2011-12-18	2011-12-31

Afin de recevoir des paiements régulièrement, veuillez vous assurer de respecter **le calendrier des dates limites de réception des demandes de paiement**.

3.7 CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION - ANNÉE 2012 (suite)

CALENDRIER DES PÉRIODES DE FACTURATION 2012		
Mois	Du dimanche	Au samedi
Janvier	2012-01-01	2012-01-14
	2012-01-15	2012-01-28
Février	2012-01-29	2012-02-11
	2012-02-12	2012-02-25
Mars	2012-02-26	2012-03-10
	2012-03-11	2012-03-24
	2012-03-25	2012-04-07
Avril	2012-04-08	2012-04-21
	2012-04-22	2012-05-05
Mai	2012-05-06	2012-05-19
	2012-05-20	2012-06-02
Juin	2012-06-03	2012-06-16
	2012-06-17	2012-06-30
Juillet	2012-07-01	2012-07-14
	2012-07-15	2012-07-28
Août	2012-07-29	2012-08-11
	2012-08-12	2012-08-25
	2012-08-26	2012-09-08
Septembre	2012-09-09	2012-09-22
	2012-09-23	2012-10-06
Octobre	2012-10-07	2012-10-20
	2012-10-21	2012-11-03
Novembre	2012-11-04	2012-11-17
	2012-11-18	2012-12-01
Décembre	2012-12-02	2012-12-15
	2012-12-16	2012-12-29

Afin de recevoir des paiements régulièrement, veuillez vous assurer de respecter **le calendrier des dates limites de réception des demandes de paiement.**

4.0 PAIEMENT – RÉMUNÉRATION MIXTE

Pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie, le médecin doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date de la dispensation des services.**

4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque émis à l'ordre du médecin traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement, ou de dépôt direct. Ce dernier se fait dans les trois jours suivant la date du paiement.

Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Il est ajouté au paiement suivant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

La Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies dans les 45 jours de leur réception.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les 45 jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

Le **rapport d'erreurs** est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

4.4 ÉTAT DE COMPTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la Régie. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200 \$.

#

Remarque : Cet exemple illustre un état de compte. Il est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se référer aux autres manuels ou brochures de la Régie.

4.4.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

4.4.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte:

1. NOM. Les nom et prénom du médecin.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL. Numéro du médecin (7 chiffres).
- # 3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT. Numéro de l'établissement.
4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU DÉPÔT DIRECT. Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas la lettre « **V** »
5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE. Cette date est la même que celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les trois jours ouvrables suivant cette date.
6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU. Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : lettre « **P** » -papier, ou « **T** » par Internet, par télécommunication ou par disquette.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT. Ce numéro peut servir de référence au besoin.
8. PAGE. La pagination est reliée au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE. Nom et adresse postale fournis par le médecin ou le mandataire pour l'envoi de ses états de compte. Ce dernier renseignement est présent uniquement sur la première page de l'état de compte.

4.4.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paiements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

Déductions cumulatives

Description des codes de transactions

2° page (et pages subséquentes) de l'état de compte - Rémunération mixte (suite)

4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants:

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéro de la demande de paiement de rémunération mixte par ordre croissant.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour; ex. : AA-08-28.
- 3a.** CODE TRA. Code de la transaction (TRA) décrivant l'état du règlement de votre demande de paiement (Voir 4.7, onglet PAIEMENT).
- 4a.** NATURE DU MONTANT. Libellé décrivant sommairement les codes d'activités et le per diem ainsi que la période de facturation.
- # **5a.** BASE DE CALCUL. Le nombre de journées (J), ou d'heures (H) ou de per diem (P) payés ou rectifiés.
- 6a.** MONTANT. Le montant du paiement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique « Paiements et Retenues » du sommaire de votre état de compte. La mention « sans objet » (S/O) s'affichera pour les heures effectuées dans le cadre de la rémunération mixte. Ces heures servent uniquement au calcul du nombre de per diem à payer.
- 7a.** RÉF. DEM. Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a.** MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent sous Description des codes de messages explicatifs / Rémunération mixte (Voir 5.0).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE. Le nombre de jours, d'heures ou de per diem payé avant révision.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE. Le nombre de jours, d'heures ou de per diem payé après révision.

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le médecin est soumis (Voir 4.0). Le médecin doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le médecin. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (Voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (Voir la section MESSAGES EXPLICATIFS).

Le médecin qui désire contester la décision de la Régie avec motifs à l'appui ou demander des explications additionnelles doit lui présenter une **demande de révision.**

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire « DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATIONS » (n° 1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (Voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (Voir la section MESSAGES EXPLICATIFS). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

- a) REFACTURATION : **soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Pour la refacturation à l'acte, inscrire la **lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure le cas échéant.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire contester la décision de la Régie.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le redressement d'honoraires.

pour toute demande de révision, utiliser le formulaire « DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATIONS » (n° 1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 et du code de message explicatif approprié (Voir à la section MESSAGES EXPLICATIFS).

Pour obtenir paiement, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

IMPORTANT : Pour la refacturation à l'acte, inscrire la **lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure le cas échéant.

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir la section MESSAGES EXPLICATIFS).

(Aucun code)

Demande de paiement ou acte payé au montant demandé.

- 00- Demande de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
- 02- Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
- 03- Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra sur un état de compte subséquent avec un code 10, 11 ou 12. (Ne pas faire de demande de révision).
- 04- Demande de paiement annulée, à resoumettre le cas échéant.
- 05- Demande de paiement reçue, en cours de traitement, paraîtra sur un état de compte subséquent.
- 10- Rectification après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 11- Annulation après appréciation, à resoumettre le cas échéant (déjà parue avec code 03).
- 12- Paiement maintenu après appréciation (déjà parue avec code 03).
- 20- Demande de paiement reçue en révision, reparaitra après traitement sur un état de compte subséquent.
- # 21- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée à votre demande.
- # 22- Demande de paiement ou demande de remboursement révisée par la Régie.
- 23- Demande de révision payée à zéro.
- 30- Intérêt sur demande de paiement.
- 40- Ajustement rétroactif sur salaire.
- 41- Paiement d'avantages sociaux.
- # 50- Demande de paiement reçue, traitée et retenue (faillite, saisie, décès, arrêt de paiement, statut d'inscription).
- # 88- Paiement spécial (forfaitaire, rétroactivité, etc.).
- # 90- Ajustements spéciaux de révision.
- # 91 à 95- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- # 96- D.P. (demande de paiement) révisée suite au problème informatique pour lequel nous vous avons émis une avance sur le paiement du XX-XX-XX.
- # 97 et 98- Ajustements spéciaux de révision; information incluse ou suivra sous pli séparé.
- # 99- Demande de paiement révisée par suite de l'appréciation d'un professionnel de la santé évaluateur de la Régie.

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT - 2011



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(53/1)						1
						1
(2)	3	4	5	6	7	8
(3)	10	11	12	13	14	15
(4)	17	18	19	20	21	22
(5)	23	24	25	26	27	28
30	31					

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)		32	33	34	35	36
		1	2	3	4	5
(7)	38	39	40	41	42	43
(8)	45	46	47	48	49	50
(9)	52	53	54	55	56	57
(10)	59					
27	28					

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)		60	61	62	63	64
		1	2	3	4	5
(11)	66	67	68	69	70	71
(12)	73	74	75	76	77	78
(13)	80	81	82	83	84	85
(14)	87	88	89	90		
27	28	29	30	31		

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)					1	2
(15)	94	95	96	97	98	99
(16)	101	102	103	104	105	106
(17)	108	109	110	111	112	113
(18)	115	116	117	118	119	120
24	25	26	27	28	29	30

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	123	124	125	126	127
	1	2	3	4	5	6
(20)	129	130	131	132	133	134
(21)	136	137	138	139	140	141
(22)	143	144	145	146	147	148
(23)	150	151	152	153	154	155
29	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)			152	153	154	155
		1	2	3	4	5
(24)	157	158	159	160	161	162
(25)	164	165	166	167	168	169
(26)	171	172	173	174	175	176
(27)	178	179	180	181	182	183
26	27	28	29	30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					182	183
					1	2
(28)	185	186	187	188	189	190
(29)	192	193	194	195	196	197
(30)	199	200	201	202	203	204
(31)	206	207	208	209	210	211
24	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	214	215	216	217	218
	1	2	3	4	5	6
(33)	220	221	222	223	224	225
(34)	227	228	229	230	231	232
(35)	234	235	236	237	238	239
(36)	241	242	243	244	245	246
28	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				244	245	246
				1	2	3
(37)	248	249	250	251	252	253
(38)	255	256	257	258	259	260
(39)	262	263	264	265	266	267
(40)	269	270	271	272	273	274
25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						274
						1
(41)	276	277	278	279	280	281
(42)	283	284	285	286	287	288
(43)	290	291	292	293	294	295
(44)	297	298	299	300	301	302
30	31					

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)		306	307	308	309	310
		1	2	3	4	5
(46)	311	312	313	314	315	316
(47)	318	319	320	321	322	323
(48)	325	326	327	328	329	330
(49)	332	333	334	335	336	337
27	28	29	30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)				335	336	337
				1	2	3
(50)	339	340	341	342	343	344
(51)	346	347	348	349	350	351
(52)	353	354	355	356	357	358
(53)	360	361	362	363	364	365
25	26	27	28	29	30	31

7095_292_09/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT - 2012

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2012

JANVIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)	2	3	4	5	6	7
(3)	9	10	11	12	13	14
(4)	16	17	18	19	20	21
(5)	23	24	25	26	27	28
(6)	30	31				
29	30	31				

FÉVRIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)			1	2	3	4
(7)	5	6	7	8	9	10
(8)	12	13	14	15	16	17
(9)	19	20	21	22	23	24
(10)	26	27	28	29		

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)				1	2	3
(11)	4	5	6	7	8	9
(12)	11	12	13	14	15	16
(13)	18	19	20	21	22	23
(14)	25	26	27	28	29	30

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)	1	2	3	4	5	6
(16)	8	9	10	11	12	13
(17)	15	16	17	18	19	20
(18)	22	23	24	25	26	27
(19)	29	30				

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)		1	2	3	4	5
(20)	6	7	8	9	10	11
(21)	13	14	15	16	17	18
(22)	20	21	22	23	24	25
(23)	27	28	29	30	31	

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)					1	2
(24)	3	4	5	6	7	8
(25)	10	11	12	13	14	15
(26)	17	18	19	20	21	22
(27)	24	25	26	27	28	29

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)	1	2	3	4	5	6
(29)	8	9	10	11	12	13
(30)	15	16	17	18	19	20
(31)	22	23	24	25	26	27
(32)	29	30	31			

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)			1	2	3	4
(33)	5	6	7	8	9	10
(34)	12	13	14	15	16	17
(35)	19	20	21	22	23	24
(36)	26	27	28	29	30	31

SEPTEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						1
(37)	2	3	4	5	6	7
(38)	9	10	11	12	13	14
(39)	16	17	18	19	20	21
(40)	23	24	25	26	27	28

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)		1	2	3	4	5
(42)	7	8	9	10	11	12
(43)	14	15	16	17	18	19
(44)	21	22	23	24	25	26
(45)	28	29	30	31		

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)				1	2	3
(46)	4	5	6	7	8	9
(47)	11	12	13	14	15	16
(48)	18	19	20	21	22	23
(49)	25	26	27	28	29	30

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						1
(50)	2	3	4	5	6	7
(51)	9	10	11	12	13	14
(52)	16	17	18	19	20	21
(53)	23	24	25	26	27	28

7095_292_11/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT - 2013



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2013

JANVIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(2)		1	2	3	4	5
(3)	7	●	9	10	11	12
(4)	14	15	16	17	18	19
(5)	21	●	23	24	25	26
(6)	28	29	30	31		

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)					1	2
(7)	35	●	37	38	39	40
(8)	42	43	44	45	46	47
(9)	49	●	51	52	53	54
(10)	56	57	58	59		

MARS *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)					1	2
(11)	63	●	65	66	67	68
(12)	70	71	72	73	74	75
(13)	77	●	79	80	81	82
(14)	84	85	86	87	88	89

AVRIL *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)	91	●	93	94	95	96
(16)	98	99	100	101	102	103
(17)	105	●	107	108	109	110
(18)	112	113	114	115	116	117
(19)	119	●				

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)			121	122	123	124
(20)	126	127	128	129	130	131
(21)	133	●	135	136	137	138
(22)	140	141	142	143	144	145
(23)	147	●	149	150	151	

JUIN *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						152
(24)	154	155	156	157	158	159
(25)	161	●	163	164	165	166
(26)	168	169	170	171	172	173
(27)	175	●	177	178	179	180

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)	182	183	184	185	186	187
(29)	189	●	191	192	193	194
(30)	196	197	198	199	200	201
(31)	203	●	205	206	207	208
(32)	210	211	212			

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)				213	214	215
(33)	217	●	219	220	221	222
(34)	224	225	226	227	228	229
(35)	231	●	233	234	235	236
(36)	238	239	240	241	242	243

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	245	●	247	248	249	250
(38)	252	253	254	255	256	257
(39)	259	●	261	262	263	264
(40)	266	267	268	269	270	271
(41)	273					

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)		●	275	276	277	278
(42)	280	281	282	283	284	285
(43)	287	●	289	290	291	292
(44)	294	295	296	297	298	299
(45)	301	●	303	304		

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)					305	306
(46)	308	309	310	311	312	313
(47)	315	●	317	318	319	320
(48)	322	323	324	325	326	327
(49)	329	●	331	332	333	334

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	336	337	338	339	340	341
(51)	343	●	345	346	347	348
(52)	350	351	352	353	354	355
(53)	357	●	359	360	361	362
(2)	364	365				

7095 202 11/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5.0 MESSAGES EXPLICATIFS – RÉMUNÉRATION MIXTE

- # 094 Les crédits de jours de ressourcement sont épuisés ou le nombre de *per diem* cumulés est insuffisant pour payer le ressourcement.
- 103 Les services ont été dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 115 La nature du cours suivi ne peut être considérée comme faisant partie d'un programme de perfectionnement.
- 129 Vous devez indiquer la lettre appropriée dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 135 La journée facturée vous est refusée parce qu'elle ne figure pas sur l'attestation fournie.
- 152 Honoraires payés directement au médecin parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numérique figure sur la demande de paiement.
- 160 La signature du médecin est absente.
- 161 La signature du chef de département clinique ou de service est absente.
- 162 Les signatures du médecin et du chef de département clinique ou de service sont absentes.
- 200 Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- # 220 Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue et qu'une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.
- 298 Les services dispensés à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- 299 La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300 La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 302 La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 305 La période de facturation excède la limite permise.
- 306 L'autorisation de services avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309 La date des services est postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312 Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas autorisés en mode de rémunération mixte.
- 315 Le délai de facturation, de refacturation ou de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'Entente.
- 322 Le code d'activités est inexistant à la date des services.
- 324 Le code d'activités est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 323 L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 325 L'activité identifiée par le code n'est pas autorisée à votre contrat.
- 359 Les fractions d'heures facturées en minutes ont été rectifiées en centièmes.
- 360 Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 364 La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365 Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366 Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activités facturé.
- 370 La plage horaire n'est pas indiquée.

- 408** Aucune activité ni *per diem* ne paraît sur la demande.
- 476** Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- 550** Rectification d'une demande de paiement payée.
- 551** Annulation d'une demande de paiement payée.
- 555** Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- 556** Rectification effectuée à votre demande.
- 557** Rectification d'un paiement. Une lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 603** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 604** Demande de paiement mutilée.
- 605** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié.
- 613** Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération.
- 614** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 615** Annulation d'une demande de paiement qui vous a été incorrectement payée à cause d'une erreur du numéro du médecin.
- 630** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 632** Le délai permis pour une demande de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 633** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 634** Révision en cours.
- 635** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- 650** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 651** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 652** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 653** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 704** La pièce justificative reçue pour la journée de ressourcement est conforme aux exigences de l'Entente.
- 800** La valeur du *per diem* est absente, non valide ou illisible.
- 801** Aucune heure d'activités n'est acceptée pour le quantième.
- 802** *Per diem* payé sur la demande où les heures ont été acceptées.
- 803** Demi *per diem* payé sur la demande où les heures ont été acceptées.
- 805** Vous devez obligatoirement nous faire parvenir l'attestation de présence.
- 806** Nous n'avons pas reçu l'attestation de présence au séjour de ressourcement.
- 807** Nombre de *per diem* maximum déjà payé pour le quantième.
- 810** Nombre de *per diem* maximum déjà payé pour le quantième compte tenu du nombre d'heures d'activités accepté.
- 811** Seulement un demi *per diem* payé compte tenu que les heures acceptées pour le quantième sont inférieures à 3,5 heures.
- 812** Puisqu'un jour de ressourcement est déjà payé pour ce quantième, aucune heure d'activités, aucun *per diem* et aucun autre ressourcement ne peuvent être considérés.

- 813** Jour de ressourcement non payable, puisque vous êtes soumis à l'article 3.1 de l'*Annexe 19* (réf. : *Annexe 38*, article 8.9).
- 815** Le nombre de demi *per diem* réclamé pour la période dépasse le maximum établi selon vos heures d'activités de la période (réf. : *Annexe 38*, article 2.3 v).
- 816** Le code d'activités 009096 (prime de remplacement) doit être facturé avec le code d'acte 09213 sur le formulaire n° 1200.
- 817** Nous sommes en attente de l'autorisation pour la rémunération mixte de la part des parties négociantes.
- 818** Seul un service dispensé un jour ouvrable, selon le calendrier de votre établissement ou de la Régie, est admissible à la rémunération mixte.
- 819** Le numéro de la demande de paiement est absent, incomplet, illisible ou non valide. Cette demande paraît sous le numéro 0001.
- 820** Selon nos dossiers, les services ont été dispensés durant la période où vous étiez inadmissible à recevoir un paiement selon le mode de rémunération mixte.
- 821** La période de facturation est non conforme aux périodes de la rémunération mixte. La période a été réajustée selon le calendrier.
- 822** La nature du service est incompatible avec le code d'emploi du temps de la rémunération mixte.
- 825** Le dispensateur n'est pas un médecin spécialiste à la date de service.
- 826** Service, *per diem* ou ressourcement déjà payé (double facturation).
- 827** Conformément à l'article 15.2 iii) de l'*Annexe 38*, le mode de rémunération mixte ne s'applique pas au cours d'une journée où le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue en vertu de l'*Annexe 29*.
- 830** Le maximum de *per diem* qu'il est possible de facturer pour un quantième est dépassé.
- 831** Pour être considérées aux fins de la rémunération mixte dans cet établissement, les heures d'activités doivent avoir été réalisées sur place. Veuillez refacturer ces heures dans l'établissement où elles ont été faites.
- 832** Rectification d'une demande de paiement.
- 833** Demande de paiement déjà payée (double facturation).
- 836** Le total des *per diem* facturés a été rectifié en fonction du total des *per diem* calculés par la Régie.
- 837** Demande de paiement annulée, car aucun *per diem* ni ressourcement n'a été réclamé.
- 838** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'*Annexe 38*, en obstétrique-gynécologie, le médecin ne peut demander le paiement d'un *per diem* ou d'un demi *per diem* pour la durée de prestation des services pour lesquels il est rémunéré à 100 % selon le mode de rémunération à l'acte.
- 839** Demande de paiement annulée : les corrections sont effectuées sur la demande initiale.
- 840** Ce service n'est pas rémunérable la fin de semaine.
- 841** Les pièces justificatives reçues pour le ressourcement sont inacceptables.
- 842** L'attestation de présence doit être émise par l'organisme qui dispense la formation.
- 843** Ce service a déjà été facturé sur une autre demande de paiement et a servi au calcul des *per diem* payés pour cette période de facturation.
- 844** Le médecin qui reçoit l'allocation de fin de carrière ne peut demander d'indemnité de ressourcement.
- 850** Le médecin qui a agi à titre de conférencier ne peut réclamer de ressourcement.
- 852** Seulement un demi *per diem* payé compte tenu que les heures acceptées pour le quantième sont inférieures à sept heures.
- 853** Le nombre d'heures acceptées pour le quantième est inférieur à 3,5 heures.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.

6.0 ANNEXE 40 - RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE.

1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

1.1 Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine d'urgence dans un département ou un service clinique d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

1.2 Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste en médecine d'urgence accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche. À ce titre, les activités médicales désignent :

AVIS : *Les activités réalisées selon l'Annexe 40, doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215. Inscrive TH dans la case MODE DE RÉMUNÉRATION.*

1.2.1 Les activités cliniques accomplies par le médecin à la salle d'urgence d'un établissement, dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine); et

AVIS : *Utiliser le code d'activité 077113.*

1.2.2 Les activités cliniques accomplies par le médecin en clinique externe ou auprès des patients admis d'un établissement, dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine);

AVIS : *Utiliser le code d'activité 077114.*

1.3 Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste en médecine d'urgence et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

Les activités médico-administratives désignent :

- Les activités accomplies par le médecin, dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination et reliées à l'élaboration, l'évaluation et la coordination de programme en médecine d'urgence pour son établissement;
- les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence comme chef de département clinique ou chef de service clinique, à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre de ses responsabilités de membre élu ou nommé à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, lesquelles sont rémunérées par le Protocole adopté à cette fin;
- la participation aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et son Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- la participation aux réunions du département ou du service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

AVIS : *Utiliser le code d'activités 077115 pour les activités médico-administratives ou le code d'activités 077116 pour les activités d'enseignement.*

2. RÉMUNÉRATION

2.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoit le paiement d'un montant forfaitaire pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

+ Ce montant forfaitaire est de 402 \$. Il est versé pour une période d'activité de quatre (4) heures.

2.2 Pour une période d'activité moindre, ce montant forfaitaire est divisible en taux horaire, étant entendu que la rémunération d'une heure d'activité nécessite une période d'activité continue de 60 minutes, à défaut de quoi elle n'est pas payable.

AVIS : *La facturation d'une fraction d'heure n'est pas permise.*

Toutefois, le médecin qui ne se trouve pas sur les lieux de l'établissement et qui, dans un contexte de débordement et suite à une demande de support de ses confrères, est appelé à s'y rendre afin de dispenser des services à la salle d'urgence, a droit à une rémunération minimale correspondant à deux (2) heures d'activité.

2.3 Pour les activités visées à l'article 1.2.1, le montant forfaitaire peut être réclamé pour toute activité accomplie pendant la journée, de 8 h à 8 h le lendemain, du dimanche au samedi.

AVIS : *De 0 h à 8 h, la plage horaire = NUIT*

De 8 h à 12 h, la plage horaire = AM

De 12 h à 16 h, la plage horaire = PM

De 16 h à 0 h, la plage horaire = SOIR

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage horaire n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

Pour les activités visées à l'article 1.2.2, le montant forfaitaire ne peut être réclamé que pour les activités accomplies au cours de la période de 7 h à 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : *De 7 h à 12 h, la plage horaire = AM*

De 12 h à 19 h, la plage horaire = PM

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage horaire n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

Pour les activités visées à l'article 1.3, le montant forfaitaire ne peut être réclamé que pour les activités accomplies au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : *De 7 h à 12 h, la plage horaire = AM*

De 12 h à 17 h, la plage horaire = PM

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage horaire n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

2.4 La rémunération des activités visées à l'article 1 est sujette aux règles suivantes :

- i. Le médecin qui réclame le paiement de plus d'un montant forfaitaire au cours d'une journée (soit plus de quatre (4) heures) pour les activités prévues à l'article 1.2.1 ne peut réclamer le paiement de plus d'un montant forfaitaire au cours de cette journée (soit plus de quatre (4) heures) pour d'autres types d'activité.
- ii. Un médecin ne peut réclamer le paiement de plus de deux montants forfaitaires au total au cours d'une journée (soit plus de huit (8) heures) pour les activités prévues aux articles 1.2.2 et 1.3.

Nombre de montants forfaitaires autorisé pour certaines activités

2.5 Un nombre global de montants forfaitaires est autorisé, pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé, aux fins de la rémunération des activités médico-administratives et d'enseignement visées à l'article 1.3.

Le nombre de montants forfaitaires autorisé sur une base annuelle est de 13 500. Celui-ci est déterminé en fonction du nombre de médecins spécialistes exerçant en médecine d'urgence au moment de l'introduction du mode de rémunération mixte et est réévalué de façon périodique par les parties négociantes afin de tenir compte de divers facteurs, dont l'évolution du nombre de médecins spécialistes exerçant en médecine d'urgence.

2.6 Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte doit être accompagnée d'une demande d'attribution d'un nombre de montants forfaitaires pour la rémunération des activités visées à l'article 1.3 et accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence visés par la demande. Cette demande doit faire état du nombre de montants forfaitaires demandés et contenir l'information requise par les parties négociantes.

Ces demandes sont référées par les parties négociantes pour recommandation au comité conjoint formé en vertu de l'Annexe 38.

2.7 Le comité conjoint examine les demandes qui lui sont déférées en tenant compte de divers facteurs dont, notamment, le nombre de médecins spécialistes en médecine d'urgence qui accomplissent ce type d'activité au sein de l'établissement, la mission, le plan d'effectifs médicaux, le plan d'organisation et le volume d'activité de l'établissement et la présence de médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département ou service.

Le comité voit également à la réévaluation périodique du nombre de forfaits alloués aux établissements, évalue toute demande de révision et accomplit tout autre mandat que lui confient les parties négociantes.

Le comité recommande aux parties négociantes le nombre de montants forfaitaires à être alloué à un établissement.

2.8 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à la rémunération des activités ci-dessus visées.

2.9 Le médecin spécialiste qui agit à titre de chef du département ou du service de médecine d'urgence ou, à défaut, le médecin désigné par les parties négociantes, est responsable de la répartition de ces forfaits parmi les médecins spécialistes en médecine d'urgence du département ou du service.

2.10 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence ne peut, pour la rémunération des activités visées à l'article 1.3, réclamer le paiement d'un plus grand nombre de montants forfaitaires que celui qui lui a été attribué en vertu de l'article 2.9.

3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

3.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement d'une rémunération forfaitaire en vertu de l'article 2 reçoit également un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre pour tous les services médicaux qu'il dispense dans l'établissement au cours de cette journée.

AVIS : *Les honoraires demandés par le médecin spécialiste en médecine d'urgence doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de l'Annexe 40, pour les services médicaux dans la section ACTES du formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200.*

*Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste en médecine d'urgence durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** inscrire dans la case « P.H. » sur le formulaire n° 1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu **et ce, peu importe le lieu de dispensation** (établissement, cabinet, domicile, etc.):*

De minuit à 8h (nuit), la plage horaire = 1

De 8h à 12h (A.M.), la plage horaire = 2

De 12h à 16h (P.M.), la plage horaire = 3

De 16h à minuit (soir), la plage horaire = 4

IMPORTANT : *Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **uniquement** à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire une plage horaire pour les services demandés est **limitée** aux périodes (dates de service) où il se rend dans cet établissement. En d'autres temps, l'indication de la plage horaire n'est pas obligatoire.*

3.2 Toutefois, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toujours sur les services médicaux suivants :

- Constat de décès (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse* (codes 09071 et 09073);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes 09825 et 09826);
- + - Services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (codes 09900, 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09951, 09954, 09955, 09970, 09971 et 09975);
- Formulaires - Programme de dépistage du cancer du sein (codes 09814, 09815, 09816 et 09817);
- Formulaire - Programme d'aide aux victimes de l'hépatite C (code 09818).

AVIS : Ces services sont payables en tout temps dans l'établissement où le médecin spécialiste en médecine d'urgence est autorisé au mode de rémunération mixte.

4. AUTRE RÉMUNÉRATION

4.1 Sous réserve de l'article 3.1 ci-dessus, le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre pour les services médicaux qu'il dispense dans l'établissement, auprès des patients admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : *Inscrire le modificateur 189 et les honoraires à 100% pour les services rendus auprès d'un patient admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié, si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé.*

Toutefois, les honoraires de la visite auprès d'un patient admis ne sont pas payables entre 19 h et 7 h, du lundi au vendredi, à l'occasion d'une tournée des malades.

AVIS : *Inscrire le modificateur 188 et les honoraires à 100% pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, entre 19h et 7h, et ce, si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé.*

4.2 De plus, les majorations d'honoraires prévues à l'Addendum 11 de l'Annexe 4 s'appliquent également à la rémunération forfaitaire payable en vertu de l'article 2, pour les activités accomplies à la salle d'urgence, pendant les périodes visées.

AVIS : *La rémunération forfaitaire est ajustée par la Régie lorsqu'une majoration s'applique.*

5. RÈGLE D'APPLICATION

5.1 Pour les fins de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 ou des majorations d'honoraires applicables en vertu de l'Addendum 11 de l'Annexe 4, on retient les règles suivantes :

- i. On retient l'heure du début de prestation du service;
- ii. En obstétrique, on retient l'heure de la naissance;
- iii. Lorsqu'un montant forfaitaire est réclamé pour une période d'activité qui ne se situe que partiellement au cours d'une des périodes de majoration prévues à l'Addendum 11, ce montant forfaitaire doit alors être divisé en taux horaire et on n'applique une majoration que pour les heures accomplies pendant cette période de majoration.

6. RESSOURCEMENT

+ *Abrogé*

7. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

7.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en cabinet privé. Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire.

7.2 Les parties négociantes peuvent toutefois autoriser l'application du mode de rémunération mixte afin de rémunérer les activités d'un médecin en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où exerce ce médecin est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité et en complémentarité de ceux dispensés par l'établissement.

Les parties négociantes peuvent également fixer les autres conditions qu'elles jugent nécessaires avant d'autoriser l'application du mode de rémunération mixte en cabinet privé.

8. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

(Annexe 24 de l'Accord-cadre)

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et mentionnés à l'Annexe 24 de l'Accord-cadre.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2.

9. PROTOCOLE D'ACCORD

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ou au Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire.

10. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

10.1 Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte au sein d'un hôpital et qui dispense également des services au sein d'un autre hôpital, est rémunéré pour ces services selon le mode de rémunération applicable au sein de ce dernier.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un montant forfaitaire au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré au sein de cet autre hôpital pour les services dispensés au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant forfaitaire, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.

11. DIVERS

11.1 Sous réserve de l'article 11.2, l'ensemble des dispositions prévues à l'Accord-cadre s'applique, avec les adaptations nécessaires, au médecin spécialiste en médecine d'urgence rémunéré selon le mode de rémunération mixte, à l'exception toutefois des dispositions contenues aux annexes 10, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 26, 27, 28, 30, 31, 33 et 38.

11.2 En ce qui a trait à l'Annexe 29, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin qui, au cours d'une journée, assume la prise en charge d'une unité reconnue en vertu de l'Annexe 29. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 29 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

AVIS : *Inscrire le modificateur 121 (ou ses multiples) pour tous les services rendus lorsque le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 (codes d'acte 09294 et 09295) au cours d'une journée.*

Les services rendus en urgence doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'Addendum 11. Les jours fériés qui s'appliquent sont ceux de l'Annexe 40, article 11.3.

Les multiples du modificateur 121 sont les suivants :

050 - 121 = MOD 665
094 - 121 = MOD 666
108 - 121 = MOD 267
121 - 184 = MOD 699
121 - 185 = MOD 663
121 - 186 = MOD 664

11.3 Aux fins de la présente annexe, est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des Patriotes, la Fête nationale du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du Jour de l'An.

AVIS : *La Régie appliquera le calendrier des jours fériés qui figure au point 3.5 de la section Demande de paiement - Rémunération mixte de la Brochure n° 5 sauf si l'établissement concerné par les services facturés lui a fait connaître une date de célébration du jour férié différente pour son personnel infirmier.*

11.4 Un médecin spécialiste en médecine d'urgence peut agir comme médecin-conseil pour l'élaboration ou l'exécution du programme de santé publique touchant le champ de sa discipline. Il doit y avoir été préalablement invité par le directeur régional de santé publique, le président directeur général de l'Institut national de santé publique ou le directeur général de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au moyen d'une demande écrite précisant la nature de sa participation et sa durée.

Celui qui est appelé comme médecin-conseil peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, l'autorisation des parties négociantes est nécessaire si le médecin ne bénéficie pas déjà de ce mode de rémunération mixte ou si sa participation comme médecin-conseil est requise pour une période s'étalant sur plus de 30 jours dans l'année civile.

Aux fins de l'application du mode de rémunération mixte, les activités médicales visées à l'article 1.2 comprennent également l'ensemble des activités prévues à l'article 2.1 du modèle de rémunération mixte de la Santé communautaire apparaissant à l'Annexe 38.

AVIS : *Utiliser un des codes d'activités suivants :*

Pour les services rendus en santé communautaire :

080030 (services cliniques)
080032 (rencontres multidisciplinaires)
080037 (planification - programmation - évaluation)
080038 (coordination)
080047 (exécution)
080091 (avis médicaux)

Pour les services rendus en santé communautaire dans le cadre de programmes contractuels de santé et sécurité du travail :

081030 (services cliniques)
081032 (rencontres multidisciplinaires)
081037 (planification - programmation - évaluation)
081038 (coordination)
081047 (exécution)
081091 (avis médicaux)

Ces activités peuvent être accomplies au cours de la période de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

*De 7 h à 12 h, la plage horaire = AM
De 12 h à 17 h, la plage horaire = PM*

Aucun dépassement du nombre maximum d'heures par plage n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

12. LIMITATION

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

Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle pour le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active.

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

13. PROCÉDURE D'AUTORISATION

13.1 Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte est transmise, évaluée et autorisée selon la procédure prévue à l'article 17 de l'Annexe 38.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour de mai 2006.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE (de l'Annexe 40)

MÉDECINE D'URGENCE

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux visés
# 42	Tous les services médicaux, à l'exception des services médicaux codés 00080 et 08925.