

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*