

Amendement n° 109

Changements à votre entente et renseignements d'ordre administratif

Introduction

La Régie vous présente les dernières modifications à l'entente générale convenues entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre Fédération, dans le cadre de l'Amendement n° 109, présentées sous réserve des approbations gouvernementales. Les premières mesures ont été annoncées dans le [communiqué 006](#) du 3 avril 2009 et dans le [communiqué 001](#) du 1^{er} avril 2009 pour les changements tarifaires apportés aux codes d'acte 06903, 06923, 06933 et 06943.

Documents de référence

[Partie I](#) Extraits paraphés de l'Amendement n° 109

[Partie II](#) Amendement n° 109 – Annexe I (annexe de l'E.P. – Assurance responsabilité professionnelle)

Sommaire

A) Principales dispositions 2

1. Demande de consultation..... 2
2. Obstétrique : Soins post-partum et partage de la rémunération de l'accouchement..... 2
3. Entente particulière – Assurance responsabilité professionnelle 2009 : Reconduction 3
4. Entente particulière – Médecin enseignant : demi-*per diem*, chef de l'UMF 4
5. Entente particulière – Prise en charge : coordonnateur médical..... 5
6. Lettre d'entente n° 201..... 5

B) Renseignements d'ordre administratif 6

1. Nouveauté : Demandes de paiement transmises en ligne 6
2. Messages explicatifs : ajouts ou modifications depuis janvier 2009 7

A) PRINCIPALES DISPOSITIONS

1. Demande de consultation

À L'ACTE | MANUEL DE FACTURATION → A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL : ARTICLE 2.1

Dans le cadre d'une demande de consultation, l'article 2.1 est modifié pour y ajouter les entêtes et les paragraphes suivants :

- 2.1 A Examen d'une patiente ou d'un enfant à la demande d'une sage-femme
- 2.1 B Examen d'un patient à la demande d'un optométriste
- 2.1 C Examen d'un patient à la demande d'un chirurgien dentiste

Le médecin qui évalue un patient, une patiente ou un enfant à la demande d'une sage-femme, d'un optométriste ou d'un chirurgien dentiste est rémunéré selon le tarif de la consultation, en fonction du type d'examen effectué. L'examen comprend, à l'intention de la personne qui en a fait la demande, la production d'un rapport de son évaluation, de ses recommandations ou du traitement qu'il initie. Le médecin doit inscrire sur sa demande de paiement le numéro de pratique de la personne qui lui a référé le patient.

Les instructions de facturation sont présentées à l'article 1 A) a) du texte officiel, en [Partie I](#) de la présente infolettre.

Cette disposition est en vigueur depuis le 1^{er} juin 2009.

2. Obstétrique : Soins post-partum et partage de la rémunération de l'accouchement

À L'ACTE | MANUEL DE FACTURATION → PRÉAMBULE PARTICULIER

2.1 Soins post-partum lors d'une césarienne

◆ Onglet Q – Obstétrique → Préambule particulier, paragraphe 4, 2^e alinéa

Lors d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum **le jour de l'intervention et les sept jours suivants**. Toutefois, si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne et cette rémunération couvre les soins post-partum. La rémunération du médecin qui a effectué la césarienne **est alors réduite en conséquence**, il a donc droit à trois quarts (3/4) de cet honoraire.

Cette disposition est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2009.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 1 A) b) i) présenté en [Partie I](#) de la présente infolettre.

2.2 Partage de la rémunération en obstétrique

◆ Onglet Q – Obstétrique → Préambule particulier, paragraphe 11

Un nouveau paragraphe est ajouté pour permettre le partage de la rémunération lorsque l'organisation de la garde locale en obstétrique ou la durée du travail entraîne le remplacement du médecin qui a débuté le suivi du travail de la parturiente. Les médecins peuvent alors convenir de partager la rémunération de l'accouchement, ou de l'ensemble des soins durant le travail lorsqu'un consultant

effectue la césarienne ou l'accouchement. Le partage de la rémunération n'est toutefois pas une mesure obligatoire mais conventionnelle entre des médecins.

Selon la situation, chaque médecin concerné reçoit les deux tiers de la rémunération de l'accouchement (codes d'acte **06903** ou **06943**) et, s'il y a lieu, les deux tiers du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**). Par contre, si un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement, chacun des autres médecins se partage les deux tiers de la rémunération pour l'ensemble des soins durant le travail (code d'acte **06933**) et, le cas échéant, du code d'acte **06923**.

Le partage de la rémunération ne s'applique pas pour le supplément pour l'accouchement d'un bébé après le premier jumeau (code d'acte **06919**) ainsi que les services décrits au paragraphe 5 du préambule particulier. Seul le médecin qui a effectué la délivrance du premier nouveau-né peut réclamer les honoraires de ces services.

Pour chacun des médecins, la rémunération partagée, additionnée des suppléments applicables, couvre l'ensemble des soins prodigués durant le travail et, le cas échéant, lors de l'accouchement.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juin 2009**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 1 A) b) ii) présenté en [Partie I](#) de la présente infolettre.

3. Entente particulière – Assurance responsabilité professionnelle 2009 : Reconduction

BROCHURE N^o 1 | E.P. – ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE (N^o 11)

Les conditions particulières et les mesures relatives au remplacement des primes demeurent les mêmes. Les dates d'application sont mises à jour.

Actualisation de l'annexe de l'E.P. sur la responsabilité professionnelle :

- Précisions apportées au libellé de la description de certaines activités figurant à l'annexe de l'entente particulière. Ces changements sont surlignés en [Partie II](#) pour vous en faciliter le repérage.
- Diminution de la prime témoin 2009 pour toutes les activités.
- Diminution de la contribution du médecin dans tous les cas.
- Deux nouveaux genres d'activités pour le travail à l'étranger ont été ajoutés à l'annexe, soit :
 - Enseignement/Recherche – Travail à l'étranger, sauf aux États-Unis, période minimale et maximale d'adhésion de trois et 12 mois respectivement. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) avant leur départ du Canada.
 - Missionnariat ou travail caritatif à l'étranger, sauf aux États-Unis, période minimale ou maximale d'adhésion de trois et 12 mois respectivement. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) avant leur départ du Canada.

Dans les deux cas, le montant de **la prime témoin** de même que **la contribution du médecin est de 384 \$** pour l'année 2009.

- Le genre d'activité « Pneumologie » remplace « Médecine des voies respiratoires ».

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'annexe de l'entente particulière présentée en [Partie II](#) de la présente infolettre.

4. Entente particulière – Médecin enseignant : *demi-per diem*, chef de l'UMF

BROCHURE N^o 1 | E.P. – MÉDECIN ENSEIGNANT (N^o 42)

4.1 Activités rémunérées

◆ Section I → Paragraphes 4.2 et 4.3

La durée totale minimale des activités d'enseignement relatives à la réclamation de chaque *demi-per diem* est de 3,5 heures dans une même journée. Nous vous rappelons qu'au cours d'une demi-journée, un seul médecin peut être rémunéré pour la prise en charge et la responsabilité de la supervision d'un externe ou d'un résident. En conséquence, lorsque plus d'un médecin assure la prise en charge et la responsabilité d'un externe ou d'un résident durant une même demi-journée, les médecins doivent convenir entre eux qui réclame le *demi-per diem* pour cet externe ou ce résident.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 3 A) présenté en [Partie I](#) de la présente infolettre.

FACTURATION

Les modalités de facturation ont été annoncées dans le communiqué 214 du 30 mars 2009. Vous aviez jusqu'au 29 juin 2009 pour présenter votre facturation pour les services rendus avant le 1^{er} avril 2009. Pour les services rendus après cette date, nous vous rappelons que le délai de facturation est de 90 jours suivant la date du service rendu.

4.2 Chef de l'unité de médecine familiale (UMF)

◆ Section II → Article 8.00 → Rémunération à l'acte

Un nouvel article est ajouté à la Section II de l'entente particulière pour préciser les dispositions concernant la rémunération du chef de l'unité de médecine familiale et de celui qui l'assiste dans le cadre des activités médico-administratives visées au présent article.

Le chef de l'unité de médecine familiale et son assistant sont rémunérés selon une formule de forfaits hebdomadaires (code d'acte **19909**) de 55,70 \$ du 1^{er} juillet 2008 au 31 mars 2009 et de **59,65 \$ depuis le 1^{er} avril 2009**. Le chef de l'unité de médecine familiale doit se prévaloir **d'au moins 60 % du nombre de forfaits alloué à l'UMF**.

Une banque annuelle sur la base de l'année civile et selon le groupe auquel elle appartient, est attribuée à chaque unité de médecine familiale adhérente à l'entente particulière. Cette banque indique le nombre de forfaits alloué dans le cadre de l'entente particulière, soit : 200 forfaits pour le groupe 1 et 280 forfaits pour le groupe 2. Le groupe d'appartenance est précisé à l'annexe I disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/epcontinue.shtml>.

La Régie doit être informée par un avis de service du nom du chef de chaque UMF et le cas échéant, de tout médecin qui l'assiste.

La réclamation des forfaits n'oblige pas une facturation hebdomadaire de la part du responsable concerné. Le médecin peut donc réclamer, à une date de service spécifique, le nombre de forfaits hebdomadaires correspondant à une période où il a effectué les activités médico-administratives visées. Toutefois, pour en assurer un paiement rapide, le total des honoraires correspondant au nombre des unités facturées sur la demande de paiement, doit être inférieur à 3 000 \$. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008**.

Les instructions de facturation sont présentées à l'article 3 B) du texte officiel, en [Partie I](#) de la présente infolettre.

5. Entente particulière – Prise en charge : coordonnateur médical

BROCHURE N° 1 | E.P. – PRISE EN CHARGE (N° 40) → PARAGRAPHE 9 B) 8)

Aux fins de l'application des annexes XII et XII-A, l'Amendement n° 109 ajoute le sous-paragraphe 8 pour spécifier que le taux de rémunération majoré applicable à la rémunération de base du coordonnateur médical local selon le lieu de dispensation, correspond :

- a) au taux paraissant sous la colonne *Établissement* de l'annexe XII lorsque le coordonnateur exerce son activité professionnelle dans un territoire régi par cette annexe;
- b) au taux précisé pour un centre inscrit à l'annexe XII-A si ce centre est exploité par le CSSS duquel le coordonnateur détient sa nomination.

RÉVISION

Pour les médecins dont le taux de rémunération est modifié par cet amendement, la Régie procédera, à compter d'octobre 2009, à une révision de la facturation déjà payée.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008**.

6. Lettre d'entente n° 201

La Lettre d'entente n° 201 relative au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'une unité de décision clinique est prolongée jusqu'au 31 mars 2010.

B) RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

1. Nouveauté : Demandes de paiement transmises en ligne

FORMULAIRES N^{OS} 1215, 1216 ET 1606

Pour permettre à un plus grand nombre de professionnels du réseau de la santé de soumettre par Internet certaines demandes de paiement et demandes de remboursement de frais de déplacement accessibles en ligne, la Régie a récemment élargi son offre de services en ligne aux lieux de pratique suivants :

- Point de service d'un groupe de médecine familiale (GMF),
- Centre de santé et de services sociaux (CSSS),
- Agence de santé et de services sociaux (ASSS),
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Les formulaires accessibles en ligne sont :

- *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n^o 1215,*
- *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat n^o 1216,*
- *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte n^o 1606.*

Depuis maintenant quatre ans, plusieurs professionnels utilisent les services en ligne pour nous transmettre leurs demandes de paiement et retirent les avantages suivants :

- Élimination des délais postaux et des pertes de documents,
- Validation en direct au moment de remplir le formulaire,
- Diminution des erreurs et paiement plus rapide.

Par le biais des services en ligne offerts aux professionnels de la santé, vous pouvez **remplir** les demandes de paiement, les **faire approuver** par le responsable de votre établissement et les **acheminer** à la Régie, et tout cela directement en ligne. **Avant de pouvoir nous transmettre votre facturation**, vous devez vous assurer que votre établissement a fait les démarches nécessaires auprès de la Régie pour désigner une ou des personnes pouvant autoriser les demandes de paiement. La direction des nouveaux établissements admissibles a reçu dernièrement toute l'information pertinente à ce sujet.

Donc, pour transmettre votre demande de paiement par Internet :

- Procédez à votre inscription aux services en ligne, si ce n'est pas déjà fait;
- Accédez à la section *Formulaires* des services en ligne;
- Appuyez sur l'hyperlien *Demandes de paiement*;
- Sélectionnez la demande de paiement désirée;
- Remplissez la demande de paiement et appuyez sur *Enregistrer* pour la conserver et valider les informations saisies. Vous pouvez y revenir ultérieurement, si vous désirez la remplir de jour en jour, puis lorsque complétée;
- Appuyez sur *Transmettre* afin d'acheminer votre demande à la personne responsable de l'autorisation;
- Une fois autorisée, votre demande est automatiquement acheminée à la Régie par le responsable.

Pour toute question, vous pouvez joindre l'équipe du support technique aux services en ligne - Internet :

Par téléphone : du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

Québec : 418 643-8210

Montréal : 514 873-3480

Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Faites le « 1 » pour les services en ligne

1. Messages explicatifs : ajouts ou modifications depuis janvier 2009

MANUEL DE FACTURATION | RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Les messages explicatifs suivants sont ajoutés :

175 : L'anesthésie est non payable, car sur l'une des lignes du service le modificateur utilisé est incompatible avec l'établissement. Veuillez vérifier le modificateur et le code d'établissement et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

381 : Vous devez inscrire le numéro du CSSS valide, la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. (Utilisez la lettre A dans la case C.S.).

~~**394** : Selon nos fichiers, la personne assurée n'était pas décédée à la date du service.~~

Message retiré du manuel en date du 7 juillet 2009.

620 : Conformément à l'article 11 du préambule particulier de l'obstétrique, lorsqu'il y a partage de la rémunération, chacun des médecins se prévaut des 2/3 des honoraires visés.

Les messages explicatifs suivants sont modifiés :

303 : Les honoraires demandés ont été refusés ou modifiés : le nombre maximum annuel prévu pour les forfaits accordés à votre établissement est dépassé.

708 : La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance unidirectionnelle établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.

725 : Le temps de déplacement a été modifié ou refusé compte tenu du nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.

Extraits paraphés de l'Amendement n° 109

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée de la façon suivante :

A) L'annexe V est modifiée comme suit :

- a) En ajoutant au préambule général, sous le paragraphe 2.1, les entêtes et les paragraphes suivants :

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

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

AVIS : *Inscrire le numéro de pratique de la sage-femme (à six chiffres) dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin n° 1200. Veuillez noter que le numéro de pratique débute par « 9-3XXXX ».*

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

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

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

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

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

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

- b) En modifiant la section « **OBSTÉTRIQUE** » de la manière suivante :

- i) Remplacer le paragraphe 4 par le suivant :

« **4.** Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins post-partum, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période.

Toutefois, dans le cas d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum le jour de l'intervention et les sept (7) jours suivants. Si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne et cette rémunération couvre les soins du post-partum. La rémunération du médecin qui a effectué la césarienne est alors réduite en conséquence. »

AVIS : *Le médecin qui a pratiqué la césarienne et qui confie les soins postopératoires à un autre médecin a droit à 75 % des honoraires. Il doit utiliser le MOD 024 (75 %) et identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la Demande de paiement – Médecin n° 1200, le nom et le numéro du professionnel qui assumera les soins postopératoires. Le médecin à qui les soins postopératoires ont été confiés a droit à 25 % des honoraires. Il doit utiliser le MOD 025 (25 %) et identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la Demande de paiement – Médecin n° 1200, le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la césarienne.*

ii) Ajouter au préambule particulier le paragraphe suivant :

« 11. Partage de la rémunération

Si, en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique, le médecin qui a assuré le suivi du travail d'une parturiente doit se faire remplacer par un autre médecin, les médecins peuvent convenir de partager la rémunération de l'accouchement, ou de l'ensemble des soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement. Chacun des médecins reçoit alors les deux tiers de la rémunération de l'accouchement et, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne. Seul le médecin qui a effectué la délivrance du nouveau-né peut alors réclamer le supplément applicable pour l'accouchement d'un bébé après le premier jumeau de même que les services décrits au paragraphe 5 du préambule de cette section, le cas échéant. Pour chacun des médecins, la rémunération partagée, additionnée des suppléments applicables, couvre l'ensemble des soins prodigués durant le travail et, le cas échéant, lors de l'accouchement. »

AVIS : *Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe sur le partage de la rémunération, chacun des médecins doit utiliser le modificateur **383** afin de réclamer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte suivants :*

- *l'accouchement (code d'acte **06903** ou **06943**) et s'il y a lieu le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**)*
OU
- *l'ensemble des soins durant le travail (code d'acte **06933**) et le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**)*

Veillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant également prévalu(s) du partage de la rémunération pour l'accouchement ou l'ensemble des soins durant le travail.

2. L'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant au paragraphe 2.02 l'année 2008 par l'année 2009;

B) En remplaçant le paragraphe 3.01 par le suivant :

« 3.01 Le remboursement de prime est accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2009 a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime visé aux alinéas ci-dessus est aussi accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008 ou pendant l'année 2009, a touché des revenus supérieurs à 20 000 \$ mais inférieurs à 36 000 \$ et qui remplit les conditions apparaissant à l'alinéa suivant.

Ce remboursement est accordé au médecin qui au retour d'un congé de maternité a une pratique réduite pour une période maximale de deux (2) ans d'au moins 30 % ou est en invalidité partielle temporaire ou, au médecin qui, s'étant prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté, effectue un retour en pratique active dans le cadre des paramètres fixés par la Lettre d'entente n° 154. »

C) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 3.02 par le suivant :

« Un remboursement de prime pour l'année 2009 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2010. »

D) En remplaçant son paragraphe 4.01 par le suivant :

« La présente entente a effet du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009. Elle est renégociée au 1^{er} octobre 2009. »

E) En remplaçant son annexe par celle apparaissant en annexe I des présentes.

3. L'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant, à la section I, le paragraphe 4.02 par les suivants :

« 4.02 Les activités visées par les présentes sont rémunérées sous forme d'un demi-*per diem* par demi-journée d'activités. Chaque demi-*per diem* doit viser des activités dont la durée totale minimale est de 3,5 heures la même journée. Lorsque plus d'un médecin assure la prise en charge et la responsabilité d'un externe ou d'un résident durant la même demi-journée, la durée de l'activité s'évalue en tenant compte du rôle de l'ensemble des médecins, sans dépasser la durée de l'activité de l'externe ou du résident. Les médecins doivent alors convenir duquel parmi eux réclame le demi-*per diem* pour cette demi-journée pour un externe ou un résident.

AVIS : *Pour réclamer un demi-per diem, le médecin doit effectuer sur place, la supervision d'activités cliniques ou toute autre activité de formation d'un résident ou d'un externe, durant une période minimale de 3,5 heures au cours de la journée.*

4.03 Au cours d'une demi-journée, un seul médecin peut être rémunéré pour la prise en charge et la responsabilité de la supervision d'un externe ou d'un résident. »

B) En ajoutant, à la section II, l'article suivant :

« 8.00 CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

8.01 Aux fins des dispositions prévues au présent article, les activités médico-administratives visées sont celles qu'assument le chef de l'unité de médecine familiale et celui qui l'assiste.

8.02 Les activités visées au présent article sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 55,70 \$ à compter du 1^{er} juillet 2008 et de 59,65 \$ à compter du 1^{er} avril 2009.

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

- *le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code de forfait 19909 dans la case CODE de la section « Actes »;*
- *le code d'établissement désigné dans la case ÉTABLISSEMENT;*
- *le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case UNITÉS;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES.*

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

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

8.03 Une banque annuelle sur la base de l'année civile et selon le groupe auquel elle appartient, est attribuée à chaque unité de médecine familiale adhérente à la présente entente particulière. Le nombre de forfaits alloué pour le groupe 1 est de 200 forfaits et, pour le groupe 2, de 280 forfaits. Le groupe d'appartenance est précisé à l'Annexe I.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet à l'adresse suivante :*

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/epcontinue.shtml>

8.04 Le chef de l'unité de médecine familiale doit se prévaloir d'au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à l'unité de médecine familiale.

8.05 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'informant de la nomination du médecin comme directeur de l'UMF ainsi que de tout médecin appelé à ce prévaloir des dispositions de l'article 8.

AVIS : *L'établissement doit nous faire parvenir un Avis de service n° 1897 ou n° 3547 selon le mode de rémunération et préciser qu'il s'agit de l'article 8 « Chef de l'unité de médecine familiale » en indiquant de plus, si le médecin est le chef de l'UMF ou un médecin qui assiste le chef de l'UMF.*

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

C) En ajoutant au paragraphe 9 B) l'alinéa suivant :

« 8) Aux fins de l'application de l'annexe XII, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur médical local constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier.

***AVIS :** Utiliser le taux inscrit sous la colonne Établissement selon la localité où est situé le CSSS.*

Aux fins de l'application de l'annexe XII-A, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur local constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte du centre inscrit à l'annexe XII-A et exploité par le CSSS duquel il détient une nomination. »

***AVIS :** Utiliser le taux de rémunération inscrit à l'annexe XII-A pour le centre exploité par le CSSS dont vous détenez votre nomination.*

5. La Lettre d'entente n° 201 relative au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'une unité de décision clinique est prolongée jusqu'au 31 mars 2010.

6. Le présent amendement prend effet le 1^{er} avril 2009, sauf pour les articles suivants :

Articles 3 et 4	1 ^{er} juillet 2008
Article 2	1 ^{er} janvier 2009
Article 1 A)a) et 1 A)b)ii)	1 ^{er} juin 2009

Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Amendement n° 109 – Annexe I

Annexe de l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2009 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Adjointes cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements – affectés à un service de chirurgie . Comprend l'assistance chirurgicale, les soins pré/postopératoires (ne comprend pas le travail et l'accouchement ou la pratique chirurgicale indépendante et le traitement des fractures, le travail dans une unité de soins intensifs coronariens, une unité de soins intensifs ou une unité de soins intensifs néonataux, ni la consultation en spécialité au Service d'urgence). Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité, ni aux médecins de famille en pratique générale. De plus, ce code ne s'applique pas aux médecins admissibles au code 12 ou 14.	1 752,72 \$	1 146,00 \$
Adjointes cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements – affectés à un service médical (ne comprend pas le travail dans une unité de soins intensifs coronariens, une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intensifs néonataux, ni la consultation en spécialité au Service d'urgence). Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité, ni aux médecins de famille en pratique générale. De plus, ce code ne s'applique pas aux médecins admissibles au code 12 ou 14.	1 752,72 \$	1 146,00 \$
Allergie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Anesthésie	3 793,20 \$	1 289,00 \$
Moniteurs cliniques (Fellows) – Médecins suivant un programme structuré de formation non reconnu par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine (Collège) : i) jusqu'à 36 mois de formation supervisée en plus des programmes de formation agréés par le CMFC ou le CRMCC, OU formation équivalente et titres de compétence obtenus dans un autre pays; ii) doit se donner dans un centre hospitalier affilié à une université;	1 635,00 \$	1 146,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2009 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
iii) comprend seulement le travail clinique faisant partie intégrante de la formation additionnelle;		
iv) comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident;		
v) ce code ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. AUCUN TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING). Les moniteurs cliniques effectuant du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent choisir le code de travail reflétant le genre de travail clinique additionnel, et non le code 14.		
Biochimie médicale	2 459,04 \$	1 289,00 \$
Cancérologie médicale (oncologie médicale)	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Cardiologie	4 028,64 \$	1 289,00 \$
Chirurgie cardiaque	8 397,36 \$	1 493,00 \$
Chirurgie générale	10 437,84 \$	1 493,00 \$
Chirurgie gynécologique excluant le travail et l'accouchement. Si le travail se limite à la gynécologie en cabinet, choisir le code 37.	8 397,36 \$	1 493,00 \$
Chirurgie orthopédique	13 236,96 \$	1 493,00 \$
Chirurgie pédiatrique	5 114,28 \$	1 493,00 \$
Chirurgie plastique	10 437,84 \$	1 493,00 \$
Chirurgie thoracique	8 397,36 \$	1 493,00 \$
Chirurgie vasculaire	8 397,36 \$	1 493,00 \$
Consultations chirurgicales/pratique chirurgicale en cabinet. Ce code s'applique également aux médecins dont la pratique se limite à des interventions cosmétiques mineures ou à la gynécologie en cabinet.	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Dermatologie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Endocrinologie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Enseignement/Recherche – Travail à l'étranger, sauf aux États-Unis , période minimale et maximale d'adhésion de trois et 12 mois respectivement. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	384,00 \$	384,00 \$
Gastroentérologie	5 114,28 \$	1 493,00 \$
Génétique	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Hématologie	4 028,64 \$	1 289,00 \$
Imagerie diagnostique	4 028,64 \$	1 289,00 \$
Immunologie clinique	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Maladies infectieuses	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Médecine administrative – Médecins-cadres/conseillers médicaux/experts médicaux - aucun contact clinique	1 007,16 \$	1 007,16 \$
Médecine communautaire (santé publique)	1 752,72 \$	1 146,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2009 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Médecine d'urgence/Urgentologie. Ce code s'applique également aux médecins de famille ou aux omnipraticiens travaillant principalement au Service des urgences.	5 323,56 \$	1 493,00 \$
Médecine familiale ou médecine générale (cabinet privé, CLSC, hôpital ou unité hospitalière, clinique sans rendez-vous/clinique de soins d'urgence, soins à domicile, maison de soins ou établissement de soins chroniques/de soins de longue durée). Inclut l'assistance chirurgicale. Si le travail se limite à un domaine de soins, p. ex. : traitement médical de la toxicomanie, gériatrie, travail hospitalier, médecine du travail, soins palliatifs, médecine du sport ou psychothérapie, choisir le code approprié selon le Barème des cotisations. Si le travail se limite aux interventions cosmétiques mineures, choisir le code 37. Les codes suivants ne s'appliquent pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité. - excluant l'anesthésie, l'obstétrique (travail et accouchement), les quarts de travail au Service des urgences et la chirurgie.	1 752,72 \$	1 146,00 \$
- travail professionnel effectué principalement en médecine familiale, incluant les quarts de travail au Service des urgences. Les médecins qui travaillent principalement au Service des urgences doivent choisir le code de travail 82.	2 563,68 \$	1 289,00 \$
- incluant l'anesthésie et la chirurgie. Comprend également les quarts de travail au Service des urgences.	2 563,68 \$	1 289,00 \$
- incluant l'obstétrique (travail et accouchement). Comprend également l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au Service des urgences.	5 323,56 \$	1 493,00 \$
Médecine du sport	1 752,72 \$	1 146,00 \$
Médecine du travail	1 752,72 \$	1 146,00 \$
Médecine interne et ses sous-spécialités non précisées ailleurs	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Médecine nucléaire	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Médecine physique et réadaptation/physiatrie ou gériatrie ou soins palliatifs. Ce code s'applique également aux pédiatres dont la pratique se limite à la pédiatrie du développement.	1 752,72 \$	1 146,00 \$
Missionnariat ou travail caritatif à l'étranger, sauf aux États-Unis , période minimale ou maximale d'adhésion de trois et 12 mois respectivement. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	384,00 \$	384,00 \$
Microbiologie médicale	2 459,04 \$	1 289,00 \$
Néonatalogie	4 028,64 \$	1 289,00 \$
Néphrologie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Neurochirurgie	22 589,16 \$	1 493,00 \$
Neurologie	5 114,28 \$	1 493,00 \$
Obstétrique incluant ou excluant la gynécologie	25 440,60 \$	1 493,00 \$
Ophthalmologie	5 114,28 \$	1 493,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2009 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Oto-rhino-laryngologie incluant les interventions cosmétiques limitées à la tête et au cou	6 618,48 \$	1 493,00 \$
Pathologie anatomique	2 459,04 \$	1 289,00 \$
Pathologie générale	2 459,04 \$	1 289,00 \$
Pathologie hématologique	2 459,04 \$	1 289,00 \$
Pathologie neurologique (neuropathologie)	2 459,04 \$	1 289,00 \$
Pédiatrie – Travail professionnel effectué principalement en pédiatrie, peut inclure les quarts de travail au Service des urgences. Si le travail se limite à la pédiatrie du développement, choisir le code 27.	4 028,64 \$	1 289,00 \$
Pneumologie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Pratique limitée au traitement de la douleur chronique (excluant l'anesthésie générale et rachidienne)	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Pratique limitée à l'assistance chirurgicale	1 752,72 \$	1 146,00 \$
Pratique obstétricale/pratique axée sur le traitement de l'infertilité excluant le travail et l'accouchement et/ou la chirurgie. Si le travail se limite à la gynécologie en cabinet, choisir le code 37.	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Psychiatrie et/ou traitement médical de la toxicomanie - comprend les omnipraticiens dont la pratique se limite à la psychothérapie et/ou au traitement médical de la toxicomanie. Peut comprendre les quarts de travail au Service des urgences d'un hôpital psychiatrique.	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Radio-oncologie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé soit par le CMFC, le CRMCC, ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine (Collège). Comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident. Ce code est aussi utilisé par les médecins diplômés à l'extérieur du Canada inscrits à un programme visant l'obtention du permis d'exercice complet. Ce code ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. AUCUN TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING).	1 635,00 \$	1 146,00 \$
Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé soit par le CMFC, le CRMCC, ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine (Collège). Ce code comprendra l'admissibilité à une assistance de l'ACPM en cas de difficultés médico-légales découlant de la pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunéré ou non. AVEC TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING). Les résidents qui effectuent du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent détenir un permis d'exercice reconnu par l'organisme de réglementation (Le Collège) dans la	1 635,00 \$	1 146,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2009 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
<p>province ou le territoire où ils effectuent ce travail clinique additionnel. Ceux qui effectuent du travail clinique en dehors de la région de leur programme doivent choisir la région tarifaire comportant la cotisation la plus élevée. Les résidents qui limitent leurs activités cliniques uniquement au travail clinique additionnel (p. ex. : à la suppléance) pendant plus de deux semaines consécutives doivent choisir un code de travail associé à une pratique médicale. Les moniteurs cliniques (code 13) qui effectuent du travail clinique additionnel ne peuvent s'inscrire sous le code 14.</p>		
Rhumatologie	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Soins intensifs/critiques	2 563,68 \$	1 289,00 \$
Urologie	5 114,28 \$	1 493,00 \$