

Modalités de rémunération applicables en période de pandémie d'influenza de type A (H1N1)

Instructions de facturation

Introduction

Tel qu'annoncé dans l'[infolettre 132](#) du 12 novembre 2009, nous vous présentons en détail les dispositions de la *Lettre d'entente n° 219* ainsi que les instructions de facturation s'y rattachant.

L'objectif de la lettre d'entente est d'établir les conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui ont accepté ou accepteront de travailler dans les cliniques de grippe ou les sites non traditionnels (SNT). Les médecins peuvent provenir d'un cabinet ou d'un établissement.

Elle est en vigueur depuis le **26 octobre 2009** à l'exception de l'article 4 concernant le retrait préventif qui est en vigueur depuis le 19 octobre 2009. Elle restera en vigueur jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe ou des SNT dans l'ensemble du Québec.

FACTURATION

Toutes les instructions de facturation sont intégrées au texte paraphé de la *Lettre d'entente n° 219* en [Partie I](#).

Document de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de la Lettre d'entente n° 219 concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de pandémie de grippe A (H1N1)

Sommaire

| | |
|--|----|
| A) Modalités de rémunération | 2 |
| 1. En cabinet privé..... | 2 |
| 2. En établissement | 3 |
| 3. Majorations, forfaits et déplaçonnement des activités . | 6 |
| 4. Médecin responsable de la clinique de grippe ou du SNT .. | 7 |
| 5. Coordonnateur des soins intensifs..... | 7 |
| B) Mesures particulières | 8 |
| 1. Médecin ayant des activités médico-administratives..... | 8 |
| 2. Garde en disponibilité..... | 8 |
| 3. Retrait préventif..... | 9 |
| 4. Congés de maladie et mesure d'isolement..... | 9 |
| 5. Formation professionnelle..... | 10 |
| 6. Cessation des activités habituelles..... | 11 |
| 7. Protection de la responsabilité professionnelle | 11 |
| 8. Ententes particulières PREM et AMP | 11 |

A) MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

Dans le cadre de la présente lettre d'entente, différents types de lieu de pratique ont été déterminés, soit la **clinique de grippe**, le **SNT (site non traditionnel) ambulatoire** qui peut être en cabinet privé ou en établissement (CLSC ou clinique externe d'un centre hospitalier) et le **SNT non ambulatoire** en centre hospitalier (malades admis).

À ce jour, seules des cliniques de grippe (type CR) en cabinet privé ou en établissement (CLSC ou clinique externe d'un CH) ou sous la responsabilité d'un établissement ont été désignées.

Le MSSS, en collaboration avec les CSSS et les établissements concernés, ont développé une liste des milieux désignés. La liste précise la région, le CSSS ou l'établissement responsable, le type de lieu soit CR pour clinique de grippe, SNT ambulatoire ou SNT non ambulatoire, le cas échéant. La date d'ouverture et, s'il y a lieu, de fermeture sont précisées de même que le numéro de facturation RAMQ attribué à chaque lieu. En fonction de chaque lieu désigné à cette liste par son nom de même que son adresse, il est très important d'utiliser le numéro de facturation RAMQ déterminé pour ce lieu spécifique pour la réclamation des services qui y sont rendus.

La liste des lieux désignés est disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

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

Cette liste est mise à jour dès qu'une date d'ouverture ou de fermeture d'un lieu désigné est transmise à la Régie.

Pour chacun de ces lieux, le médecin peut opter **quotidiennement** pour un des modes de rémunération offerts selon le type de lieu désigné aux fins de la lettre d'entente.

FACTURATION

La Régie sera prête à recevoir votre facturation à compter du 15 décembre 2009. Vous avez jusqu'au 19 mars 2010 pour facturer les services rendus dans le cadre de la présente lettre d'entente entre le 26 octobre 2009 et le 15 décembre 2009.

1. En cabinet privé

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 1, PARAGRAPHE 1.1 a)

Pour les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique de grippe ou comme un SNT, le médecin peut opter pour l'un ou l'autre de ces choix :

1. la rémunération à l'acte avec les codes d'acte et tarifs applicables en cabinet;
2. le forfait horaire de **157 \$ (code 19680)** auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de **53 \$ (code 19681)** pour les frais de cabinet encourus par le médecin.

Dans le tableau 1, vous trouverez tous les détails de la rémunération en cabinet désigné.

Tableau 1 - En cabinet désigné comme clinique de grippe (CR) ou SNT

| Choix quotidien | Rémunération |
|---|--|
| 1. À l'acte | Selon la nomenclature des actes en cabinet |
| 2. Forfait horaire (code 19680) | 157 \$ |
| Compensation pour frais de cabinet (code 19681) : si le médecin opte pour le forfait horaire et a) que le médecin a une pratique habituelle en cabinet autre que la clinique de grippe ou le SNT en cabinet et qu'il doit continuer d'en assumer les frais le jour où il exerce dans la clinique de grippe ou le SNT en cabinet, ou b) qu'il a dû fermer son cabinet. | 53 \$ |
| Majoration (MOD 405) du lundi au vendredi de 18 h à 8 h | 10 % |
| Forfait en heures défavorables du lundi au vendredi de 18 h à 8 h et en tout temps (de 0 h à 24 h) les samedis, dimanches et jours fériés | 23,85 \$/heure ou 95,40 \$ par quart de quatre heures |
| Forfait de garde en disponibilité tous les jours de la semaine de 8 h à 24 h et de 0 h à 8 h | 7,025 \$/heure ou 56,20 \$ par quart de huit heures |

2. En établissement

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 1, PARAGRAPHES 1.1 b) et c)

Pour les services dispensés dans une clinique de grippe ou un SNT désigné dans un établissement ou sous la responsabilité d'un établissement, le médecin peut opter quotidiennement pour l'un ou l'autre de ces choix :

- selon le lieu où est désigné la clinique de grippe ou le SNT, la rémunération à l'acte avec les codes d'acte et tarifs applicables, soit en CLSC, en clinique externe d'un centre hospitalier ou dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS. À cela peut s'ajouter, selon le lieu ou la situation du médecin, les nouveaux suppléments applicables à certains examens effectués dans ces trois types de lieu;
- le forfait horaire de **157 \$** (code **19680**) (dans une clinique de grippe ou un SNT ambulatoire en CLSC ou en clinique externe d'un centre hospitalier) auquel peut s'ajouter, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de **53 \$** (code **19681**) pour les frais de cabinet encourus par le médecin;

3. dans un SNT non ambulatoire, le forfait quotidien de **594,10 \$** (code **19682**) pour huit heures de services, divisible en heure, auquel s'ajoute **46,60 %** du tarif des services médicaux dispensés. Tous les services médicaux rendus durant la période couverte par ce forfait doivent être facturés avec le modificateur **404** ou un de ses multiples. La rémunération ne peut être inférieure à 855 \$ pour huit heures de services. Si la rémunération est inférieure à 855 \$, un montant forfaitaire sera versé au professionnel à la fin de l'application de la présente lettre d'entente.

Dans le tableau 2, vous trouverez tous les détails de la rémunération en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement.

Tableau 2 - Rémunération dans une clinique de grippe (CR) ou un SNT en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement

| Choix quotidien | CR ou SNT ambulatoire | SNT non ambulatoire |
|--|---|---|
| 1. À l'acte | Nomenclature des actes en CLSC ou clinique externe d'un CH | Nomenclature des actes en unité de soins de courte durée |
| 2. Forfait horaire (code 19680) | 157 \$ | – |
| 3. Forfait quotidien (code 19682) + 46,60 % des actes (MOD 404 ou ses multiples) | – | 594,10 \$ |
| Compensation pour frais de cabinet (code 19681) : si le médecin opte pour le forfait horaire , et a) que le médecin a une pratique habituelle en cabinet autre que la clinique de grippe ou le SNT en cabinet et qu'il doit continuer d'en assumer les frais le jour où il exerce dans la clinique de grippe ou le SNT en cabinet, ou b) qu'il a dû fermer son cabinet | 53 \$ | – |
| Majoration (MOD 405) du lundi au vendredi de 18 h à 8 h | 10 % | 10 % |
| Forfait en heures défavorables du lundi au vendredi de 18 h à 8 h et en tout temps (de 0 h à 24 h) les samedis, dimanches et jours fériés | 23,85 \$/heure ou 95,40 \$ par quart de garde de quatre heures | 23,85 \$/heure ou 95,40 \$ par quart de garde de quatre heures |
| Forfait de garde en disponibilité tous les jours de la semaine de 8 h à 24 h et de 0 h à 8 h | 7,025 \$/heure ou 56,20 \$ par quart de huit heures | 7,025 \$/heure ou 56,20 \$ par quart de huit heures |

Lorsque le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais pour aller dispenser des services dans une clinique de grippe ou un SNT ambulatoire en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement et qu'il choisit le mode de rémunération à l'acte, il a droit aux suppléments suivants :

Tableau 3 – Suppléments aux examens effectués dans une clinique de grippe ou un SNT ambulatoire en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement (CLSC ou clinique externe du CH secteur OXXX1)

| Examen admissible | Code du supplément | Tarif (\$) |
|---|--------------------|------------|
| Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code 00005 , 08882 ou 08883) | 15300 | 6,45 |
| Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056) | 15301 | 11,25 |
| Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09116) | 15302 | 18,10 |

Lorsque le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais pour aller dispenser des services dans un SNT non ambulatoire en établissement et qu'il choisit le mode de rémunération à l'acte, ou le forfait quotidien plus un pourcentage des actes, il a droit à 100 % du tarif des suppléments suivants :

Tableau 4 – Suppléments aux examens effectués en SNT non ambulatoire en établissement

Important : le médecin qui choisit le forfait quotidien (code 19682) a droit au paiement à 100 % du tarif pour les suppléments ci-dessous

| Examen admissible | Code du supplément | Tarif (\$) |
|--|--------------------|------------|
| Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code 00003 ou 09112) | 15303 | 0,65 |
| Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00055) | 15304 | 1,70 |
| Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09115) | 15305 | 7,25 |

2.1 Services dans un CHSLD ou une unité de soins de courte durée d'un CH

Un médecin qui exerce dans le cadre d'un SNT en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement peut être appelé par le CSSS responsable du SNT à dispenser sur une base ponctuelle des services dans un CHSLD ou une unité de soins de courte durée d'un CH. Le médecin peut opter quotidiennement pour l'un ou l'autre de ces choix :

1. les modalités de rémunération possible dans le SNT en établissement où il exerce au moment de son affectation temporaire ou;
2. le forfait horaire de **157 \$** (code **19680**) auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de **53 \$** (code **19681**) pour les frais de cabinet encourus par le médecin.

2.2 Médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire

Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire peut maintenir son mode de rémunération lorsqu'il exerce dans une clinique de grippe ou un SNT privé ou en établissement. Pour la facturation à honoraires fixes (formulaire n° 1216) ou à tarif horaire (formulaire n° 1215), vous devez réclamer vos heures en inscrivant, sur la demande de paiement, le numéro de l'établissement où vous détenez votre nomination et utiliser votre nature de service habituelle avec un des emplois de temps suivants :

- **XXX153** Services cliniques (pandémie)
- **XXX154** Services médico-administratifs (pandémie)

Le médecin rémunéré à honoraires fixes peut également opter quotidiennement pour l'un des choix décrits précédemment selon le type de lieu désigné où il est appelé à exercer. Dans tous les cas, il conserve ses avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale. Pour bénéficier de cette modalité lorsqu'il opte pour la rémunération à l'acte, le forfait quotidien ou le tarif horaire, le médecin doit remplir une *Demande de paiement, honoraires fixes et salariat n° 1216* en utilisant le **code de congé 61**.

3. Majorations, forfaits et déplafonnement des activités

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 1, PARAGRAPHE 1.2 a) à d)

3.1 Heures défavorables

Les services dispensés par le médecin dans une clinique de grippe ou dans un SNT désigné, qu'il soit en cabinet privé ou en établissement, sont sujets aux majorations déjà prévues à l'entente, lorsque dispensés la fin de semaine et les jours fériés selon le lieu de pratique. À cela s'ajoute :

- une **majoration de 10 %** sur les services dispensés de 18 h à 8 h du lundi au vendredi inclusivement;
 - pour le médecin rémunéré à l'acte, inscrire le modificateur **405** ou ses multiples (voir l'avis sous l'article 1.2 a) de la *Lettre d'entente n° 219*)
 - pour le médecin à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser le secteur de dispensation 22 (voir l'avis sous l'article 1.2 a) de la *Lettre d'entente n° 219*)
- un forfait de **95,40 \$** (code **19683**) par quart de quatre heures en horaires défavorables, divisible en heure, est payé au médecin pour les services dispensés **sur place** du lundi au vendredi de 18 h à 8 h ou, en tout temps, les samedis, dimanches et jours fériés. Si le site de la clinique de grippe ou du SNT est déjà reconnu comme clinique réseau, le présent forfait remplace l'article 4.00 de l'*Entente particulière relative aux services dispensés dans une clinique réseau*.

3.2 Plafond trimestriel

Tous les services rendus en clinique de grippe ou SNT désigné qu'il soit privé ou en établissement sont **déplafonnés pour la période du 1^{er} septembre 2009 au 28 février 2010**.

3.3 Annexes XII et XII-A

Les majorations applicables pour la rémunération différente en vertu des annexes XII et XII-A s'appliquent selon les lieux de dispensation en considérant que le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la section 1 de l'annexe XII.

Toutefois, il est important que le médecin réclame ses services au taux de rémunération majorée habituel auquel il a droit selon les dispositions des annexes XII et XII-A.

Pour le médecin ne répondant pas aux conditions spécifiques du paragraphe 1.2 de la section 1 de l'annexe XII, les services rendus en tout lieu désigné dans le cadre de la pandémie, feront l'objet du versement d'un montant forfaitaire. Le calcul correspondra au différentiel identifié entre les honoraires payés selon le taux de rémunération majorée réel et le taux qui se serait appliqué si la situation du médecin avait satisfait aux exigences de l'annexe XII.

4. Médecin responsable de la clinique de grippe ou du SNT

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 1, PARAGRAPHE 1.2 e)

Le médecin responsable d'un lieu désigné et celui qui l'assiste sont rémunérés selon une formule à l'acte prévoyant le paiement de six forfaits par semaine, partageables entre eux. Le montant du forfait est de **59,65 \$** (code **19684**). Cette rémunération est payable en sus des forfaits versés à un tel médecin dans le cadre d'une autre entente, notamment les ententes particulières GMF ou clinique-réseau.

5. Coordonnateur des soins intensifs

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 6

Le médecin qui assume la prise en charge des patients et coordonne, pendant 24 heures, une unité des soins intensifs ou coronariens de niveau I ou II d'un CHSGS adhérent à l'entente particulière sur les soins intensifs ou coronariens et comptant plus de cinq lits, est rémunéré pour ses fonctions pendant la durée de la présente lettre d'entente. La liste de classification des unités (niveau I ou II) est disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

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

Un forfait quotidien de prise en charge de **250 \$** (code **19688**) peut être réclamé par ce médecin. Un seul forfait quotidien est payable par unité de soins intensifs ou coronariens. Aux fins de la facturation, les services sont réputés rendus le jour durant lequel le médecin assure les services de 8 h à 18 h.

Si un CHSGS doit ouvrir des lits supplémentaires de soins intensifs dans un lieu physique différent de l'unité de soins intensifs ou coronariens de l'établissement, le médecin qui rend des services auprès de ces patients peut se prévaloir des dispositions de l'*Entente particulière relative à la rémunération dans une unité de soins intensifs ou coronariens*.

Le comité paritaire peut, sur demande de l'établissement et selon des critères prédéterminés, autoriser le coordonnateur d'une unité de soins intensifs ou coronariens de niveau III à se prévaloir du forfait quotidien de prise en charge ci-dessus.

B) MESURES PARTICULIÈRES

1. Médecin ayant des activités médico-administratives

◆ BROCHURE N^o 1 → LETTRE D'ENTENTE N^o 219 → ARTICLE 2

Les activités médico-administratives d'organisation, de planification, d'information réalisées dans le cadre d'un réseau local de services ou d'une région sociosanitaire sont rémunérées en recourant aux banques d'heures ou de forfaits prévues en vertu des dispositions suivantes :

- à l'organisation des projets cliniques (paragraphe 9 A)) et à l'organisation et à la coordination des services de première ligne (paragraphe 9 B)) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*;
- aux dispositions du Protocole d'accord ayant trait à la rémunération de certaines activités effectuées pour le compte d'une agence.

Les banques d'heures ou de forfaits seront réajustées en fonction de leur utilisation réelle durant la période du 26 octobre 2009 jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

2. Garde en disponibilité

◆ BROCHURE N^o 1 → LETTRE D'ENTENTE N^o 219 → ARTICLE 3

Les services de garde en disponibilité assurés pour :

- les services d'urgence des CLSC du réseau de garde intégré et les services d'urgence de tous les centres hospitaliers;
- une clinique de grippe ou un SNT ambulatoire ou non ambulatoire désigné, en cabinet privé ou rattaché à un établissement public;

sont rémunérés par un forfait de garde de **56,20 \$** par quart de garde de huit heures, divisible en heure, et cela, de 8 h à 24 h et, le cas échéant, de 0 h à 8 h tous les jours. Un forfait pour chacun des trois quarts de garde est donc attribué quotidiennement à chaque clinique de grippe, à chaque SNT et à chaque service d'urgence. Les périodes déterminées sont de 0 h à 8 h (code **19685**), de 8 h à 16 h (code **19686**) et de 16 h à 24 h (code **19687**).

Le comité paritaire pourra attribuer plus d'un forfait par quart de garde en disponibilité à la demande du CSSS.

3. Retrait préventif

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 4

Depuis le 19 octobre 2009 et jusqu'à sept jours suivant la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec, la médecin enceinte rémunérée entièrement ou en partie selon le mode de l'acte ou du tarif horaire, peut se prévaloir d'un retrait préventif lorsqu'elle exerçait préalablement dans un des lieux suivants :

- cabinet privé ou CLSC désigné comme clinique de grippe ou SNT;
- service d'urgence, unité de soins intensifs ou coronariens ou unité de soins de courte durée;
- CHSLD.

La médecin doit avoir fait l'objet d'un avis de retrait préventif par un médecin et l'avoir transmis au directeur des services professionnels de l'établissement où elle exerce ou du territoire où est situé la clinique de grippe ou le SNT. Elle doit également transmettre cet avis au comité paritaire.

La médecin peut être réaffectée à des tâches médicales ou médico-administratives ne présentant aucun risque pour sa grossesse par le directeur des services professionnels ou du Triumvirat (directeur général, directeur des services professionnels et directeur de santé publique) du CSSS du territoire. Si elle ne peut être réaffectée, elle demeure en disponibilité à son domicile.

À compter de la date du retrait préventif, la médecin est rémunérée et indemnisée de la façon suivante :

- pour les journées pendant lesquelles elle dispense des services dans le cadre de son affectation, elle est rémunérée selon les modalités applicables à ce lieu de pratique. Si la rémunération est inférieure à sa pratique régulière dans les secteurs d'activités visés par la mesure, un différentiel lui sera versé;
- pour les journées pendant lesquelles elle est en disponibilité, elle est compensée selon les modalités de l'article 2 de l'annexe XVI en faisant les adaptations nécessaires.

Pour bénéficier de cette compensation, la médecin devra faire une demande auprès du comité paritaire et fournir les documents et autorisations requises.

Pour les journées pendant lesquelles la médecin se prévaut des dispositions ci-dessus, elle ne peut être rémunérée autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie.

4. Congés de maladie et mesure d'isolement

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 5

4.1 Congés de maladie

En clinique de grippe ou en SNT, le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui est incapable d'accomplir ses tâches est présumé avoir contracté le virus à l'occasion de son travail. Il est alors éligible à **une compensation de sept jours maximum** pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie.

Au service d'urgence, à l'unité de soins intensifs ou coronariens ou au suivi des patients admis en soins de courte ou de longue durée, le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui est incapable d'accomplir ses tâches doit démontrer, à la satisfaction du comité paritaire, qu'il a été exposé

de manière significative au virus à l'occasion de son travail pour bénéficier de la présomption. Il est alors éligible à **une compensation de sept jours maximum** pour la perte de revenu occasionné par sa maladie.

La compensation correspond à 100 % du revenu brut versé au médecin selon une période de référence correspondant aux douze mois de facturation ayant précédé une période de cinq mois avant le début de sa maladie. Tout médecin concerné doit présenter sa demande de compensation au comité paritaire responsable de la présente lettre d'entente dans les 20 semaines suivant la fin de sa maladie. Il doit alors fournir les pièces justificatives suivantes :

- une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu malade;
- une note d'un médecin attestant du diagnostic de grippe;
- une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente.

4.2 Mesure d'isolement

Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement imposée par l'établissement bénéficie de la même compensation de sept jours. Il doit soumettre une demande au comité paritaire en joignant une confirmation écrite émanant de l'autorité compétente.

Pour les journées pendant lesquelles le médecin se prévaut des dispositions ci-dessus, il ne peut être rémunéré autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie **à l'exception des forfaits annuels de clientèle vulnérable ou d'inscription générale.**

Le médecin peut se prévaloir de cette compensation à compter de l'ouverture d'une clinique de grippe ou un SNT dans le territoire de son CSSS, et ce, jusqu'à la fermeture de la ou des cliniques de grippe ou SNT du même territoire.

5. Formation professionnelle

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRE D'ENTENTE N° 219 → ARTICLE 7

Le médecin concerné par la lettre d'entente est rémunéré à tarif horaire pour sa participation à toute séance **obligatoire** de formation ou d'information **exigée** par la Direction nationale de santé publique.

Le médecin à honoraires fixes ou à tarif horaire qui maintient son mode de rémunération, doit remplir une *Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n° 1215* en utilisant sa nature de service habituelle avec l'emploi du temps suivant :

- **XXX155** Formation ou séance d'information (pandémie)

Le médecin à honoraires fixes ou à tarif horaire qui ne maintient pas son mode de rémunération ou le médecin rémunéré à l'acte, doit remplir une *Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n° 1215* en indiquant le numéro de lieu de pratique et en utilisant le code d'activité suivant :

- **090155** Formation ou séance d'information (pandémie)

Veuillez noter qu'aucun avis de service à tarif horaire ni aucune pièce justificative ne sont nécessaires pour la facturation.

6. Cessation des activités habituelles

◆ BROCHURE N^o 1 → LETTRE D'ENTENTE N^o 219 → ARTICLE 8

Si le gouvernement du Québec décide de la fermeture d'un cabinet privé ou dans le cas où un cabinet, un CLSC ou une UMF-CH est désigné comme clinique de grippe ou un SNT et que ses activités habituelles ne peuvent être poursuivies en tout ou en partie, les modalités suivantes s'appliquent :

- en cas de fermeture d'un cabinet privé, le médecin doit demander une réaffectation à d'autres activités analogues au sein de son milieu de travail habituel ou dans un milieu équivalent;
- pendant la période de réaffectation, le médecin est indemnisé à 100 % de son revenu brut;
- si le médecin ne peut être réaffecté, il est mis en disponibilité et doit fournir une attestation du directeur des services professionnels ou du Triumvirat du CSSS de son territoire. Il est également compensé à 100 % de son revenu brut.

Pour bénéficier de cette compensation, le médecin devra faire une demande auprès du comité paritaire et fournir les documents et autorisations requises.

7. Protection de la responsabilité professionnelle

◆ BROCHURE N^o 1 → LETTRE D'ENTENTE N^o 219 → ARTICLE 9

Le médecin appelé à exercer des activités médico-administratives liées directement à la pandémie, bénéficie de la protection suivante.

Le Ministère s'engage à prendre fait et cause pour le médecin, à assurer sa défense dans toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité médico-administrative et à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés à l'exception de tout cas de faute intentionnelle ou de faute lourde.

Cette protection ne s'applique pas si, pour une réclamation donnée, le médecin est couvert par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), une compagnie d'assurances ou le Programme d'assurance-responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

8. Ententes particulières PREM et AMP

◆ BROCHURE N^o 1 → LETTRE D'ENTENTE N^o 219 → ARTICLE 10

Les ententes particulières PREM et AMP ne s'appliquent pas au médecin qui travaille dans une clinique de grippe, un SNT ou un établissement pour la période débutant le 26 octobre 2009 jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et SNT dans l'ensemble du Québec.

c. c. Agences de facturation
Développeurs de logiciel – Médecine

Lettre d'entente n° 219

Concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de pandémie de grippe A (H1N1)

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de santé publique afin de pallier à la recrudescence de la pandémie d'influenza de type A (H1N1);

CONSIDÉRANT que le virus de la grippe A (H1N1) pourrait faire croître de façon importante les besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT que les agences de la santé et des services sociaux (ci-après les « Agences ») désigneront des cliniques de grippe qui pourront être sous la responsabilité de cabinets privés ou d'établissements publics et/ou des sites de soins non traditionnels (ci-après « SNT ») ambulatoires et non ambulatoires qui seront sous la responsabilité d'un CSSS;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui accepteront de travailler dans les cliniques de grippe ou les SNT;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 À compter de la date de mise en opération d'une clinique de grippe ou d'un SNT dans un territoire, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

- a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique de grippe ou comme un SNT seront rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :
 - i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en cabinet;
 - ii) ou pour le forfait horaire de 157 \$ auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de 53 \$ pour les frais de cabinet encourus par le médecin.

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

- le code **XXXX01010112**, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19680** (forfait horaire);
 - le code **19681** (compensation horaire pour les frais de cabinet);
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de facturation RAMQ de la clinique de grippe ou du SNT en cabinet privé désigné.

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

- b) les services dispensés dans une clinique de grippe ou un SNT dans un établissement ou sous la responsabilité d'un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :
- i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS ou, selon le cas, dans une unité de soins de courte durée d'un CH auquel s'ajoutent les suppléments applicables dans ce milieu;
 - ii) ou, dans une clinique de grippe ou un SNT ambulatoire, pour le forfait horaire de 157 \$;

AVIS : *Veillez 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 **19680** (forfait horaire) dans la section Actes;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de facturation RAMQ (CLSC ou clinique externe du CH, secteur OXXX1) de la clinique de grippe ou du SNT ambulatoire en établissement désigné.

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

- iii) ou, dans un SNT non ambulatoire, pour un forfait quotidien, divisible en heure, de 594,10 \$ pour huit heures de services, auquel s'ajoute 46,60 % du tarif des services médicaux dispensés. La rémunération ne peut être inférieure à 855 \$ pour huit heures de services.

AVIS : *Pour la facturation du forfait, 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 **19682** dans la section Actes;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de facturation RAMQ (**OXXX3**, **OXXX6** ou **4XXX6**) du SNT non ambulatoire désigné;
- l'heure de début et de fin de la période dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Tous les services médicaux rendus durant la période couverte par le forfait 19682 doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le modificateur **404** ou un de ses multiples pour chaque service;
- les honoraires demandés en les calculant à 46,60 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- le code de facturation RAMQ (**OXXX3**, **OXXX6** ou **4XXX6**) du SNT non ambulatoire désigné.

Pour les professionnels ayant fait moins de 855 \$, un montant forfaitaire sera versé à la fin de l'application de la lettre d'entente.

Les multiples du modificateur **404** sont :

| Combinaison de modificateurs | Modificateur multiple | Constante |
|------------------------------|-----------------------|-----------|
| 050-404 | 845 | 0,2330 |
| 093-404 | 846 | 0,4660 |
| 094-404 | 847 | 0,4660 |

AVIS : *il est important de ne pas réclamer l'un des suppléments décrits au paragraphe 1 c) ii) avec le modificateur **404** ou l'un de ses multiples car chaque supplément est payable à 100 % du tarif de base.*

- c) dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans la clinique de grippe ou le SNT d'un établissement ou sous la responsabilité d'un établissement, le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, les modalités suivantes s'appliquent :
- i) dans un SNT ambulatoire, lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent :
- examen ordinaire tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883) : supplément de 6,45 \$;
 - examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056) : supplément de 11,25 \$;
 - examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09116) : supplément de 18,10 \$;

AVIS : *Pour facturer un des suppléments, veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code **15300**, **15301** ou **15302** dans la section Actes;
- le code de facturation RAMQ (**CLSC** ou **clinique externe** du CH, secteur **OXXX1**) de la clinique de grippe ou du SNT ambulatoire désigné;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES et reporter ce montant dans la case TOTAL;

Le code d'examen doit être facturé sur la même demande de paiement que le supplément.

| Examen admissible | Code du supplément | Tarif (\$) |
|---|--------------------|------------|
| Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code 00005 , 08882 ou 08883) | 15300 | 6,45 |
| Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056) | 15301 | 11,25 |
| Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09116) | 15302 | 18,10 |

ii) dans un SNT non ambulatoire, lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte ou selon le forfait quotidien plus un pourcentage des actes, les suppléments suivants, lesquels sont toujours payés à 100 %, s'ajoutent :

- examen ordinaire, tout groupe d'âge (codes 00003, 09112) : supplément de 0,65 \$;
- examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00055) : supplément de 1,70 \$;
- examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09115) : supplément de 7,25 \$;

AVIS : Pour facturer un des suppléments, veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code **15303**, **15304** ou **15305** dans la section Actes;
- le code de facturation RAMQ (secteur **0XXX3**, **0XXX6** ou **4XXX6**) du SNT non ambulatoire désigné;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES et reporter ce montant dans la case TOTAL;

Le code d'examen doit être facturé sur la même demande de paiement que le supplément.

| Examen admissible | Code du supplément | Tarif (\$) |
|--|--------------------|------------|
| Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code 00003 ou 09112) | 15303 | 0,65 |
| Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00055) | 15304 | 1,70 |
| Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09115) | 15305 | 7,25 |

iii) lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire la compensation horaire de 53 \$ s'ajoute.

AVIS : Veuillez 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 **19681** (forfait horaire) dans la section Actes;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de facturation RAMQ (CLSC ou clinique externe du CH, secteur **0XXX1**) de la clinique de grippe ou du SNT ambulatoire en établissement désigné.

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

d) Le médecin qui exerce normalement en cabinet peut, durant les jours où il exerce auprès de patients admis en soins de courte durée d'un CH et qu'un SNT non ambulatoire est en fonction dans le CSSS dont il relève, se prévaloir des modalités de 1.1 c) ii). Lorsque le médecin est rémunéré selon un forfait plus un pourcentage des actes, ces suppléments sont également applicables et payables à 100 %.

- e) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS : *Si vous optez pour maintenir votre mode habituel de rémunération, veuillez remplir une Demande de paiement, honoraires fixes et salariat n° 1216 si vous êtes un médecin à honoraires fixes et une Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n° 1215 si vous êtes un médecin à tarif horaire. Inscrive le numéro d'établissement correspondant à votre nomination et pour la facturation de vos activités, veuillez utiliser votre nature de service habituelle avec un des emplois de temps suivants :*

- **XXX153** Services cliniques (pandémie)
- **XXX154** Services médico-administratifs (pandémie)

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en clinique de grippe ou en SNT, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale.

AVIS : *Le médecin à honoraires fixes qui ne maintient pas ce mode de rémunération lorsqu'il pratique en clinique de grippe ou en SNT doit également remplir la Demande de paiement, honoraires fixes et salariat n° 1216 en utilisant le **code de congé 61** pour chaque journée rémunérée sous un autre mode de rémunération et inscrire « Pandémie de grippe » dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

- f) Tout médecin exerçant dans le cadre d'un SNT en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement et appelé par le CSSS responsable du SNT à dispenser sur une base ponctuelle des services dans un CHSLD ou dans une unité de soins de courte durée d'un CH peut se prévaloir, selon un choix quotidien :
- i) des modalités de rémunération en vigueur dans le secteur d'activités où il va exercer selon la nomenclature des services s'y appliquant ou;
 - ii) du forfait horaire de 157 \$. Si le médecin opte pour le forfait horaire, il peut également se prévaloir des dispositions du paragraphe 1.1 c) iii) ci-dessus, lorsque applicable.

AVIS : *Veuillez 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 **19680** (forfait horaire) dans la section Actes;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de facturation RAMQ (CLSC ou clinique externe du CH, secteur OXXX1) du SNT en établissement désigné où le médecin exerce au moment de son affectation temporaire en CHSLD ou en unité de courte durée d'un CH.

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

1.2 Autres dispositions

- a) Les services dispensés dans une clinique de grippe ou dans un SNT sont sujets à l'application des majorations déjà prévues pour les services dispensés la fin de semaine et jours fériés selon les milieux de pratique. De plus, ces services, lorsque dispensés de 18 h à 8 h du lundi au vendredi inclusivement, sont majorés de 10 %.

AVIS : Rémunération à l'acte :

Dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin n° 1200, inscrire pour chaque service :

- le modificateur **405** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %;
- le code de facturation RAMQ de la clinique de grippe ou du SNT désigné.

Les multiples du modificateur 405 sont :

| Combinaison de modificateurs | Modificateur multiple | Constante |
|------------------------------|-----------------------|-----------|
| 404-405 | 848 | 0,5126 |
| 050-405 | 849 | 0,5500 |
| 093-405 | 850 | 1,1000 |
| 094-405 | 851 | 1,1000 |
| 176-405 | 852 | 1,1000 |

AVIS : Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

Les heures d'activité donnant droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir cette majoration, le professionnel doit utiliser une seule plage horaire par ligne.

Pour la fin de semaine et les jours fériés, utiliser les secteurs de dispensation habituels déjà prévus à l'entente.

Pour la période de 18 h à 8 h du lundi au vendredi, utiliser le secteur de dispensation 22.

*Veillez prendre note que seules les heures travaillées entre 18 h et 20 h du lundi au vendredi donnent droit à la majoration pour la plage horaire de l'après-midi. Pour ce faire, vous devez **facturer séparément** les heures effectuées avant 18 h de celles effectuées après.*

- b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique de grippe ou dans un SNT, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII.

AVIS : *Il est important que le médecin réclame ses services au taux de rémunération majorée habituel auquel il a droit selon les dispositions des annexes XII et XII-A sans égard au paragraphe précédent. Pour le médecin ne répondant pas aux conditions spécifiques du paragraphe 1.2 de la section 1 de l'annexe XII, les services rendus en tout lieu désigné dans la cadre de la pandémie, feront l'objet du versement d'un montant forfaitaire rétroactif. Le calcul correspondra au différentiel entre les honoraires payés selon le taux de rémunération majorée habituel et le taux qui se serait appliqué si la situation du médecin avait satisfait aux exigences de l'annexe XII.*

- c) Un forfait par quart de quatre heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une clinique de grippe ou dans un SNT du lundi au vendredi de 18 h à 8 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 95,40 \$. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS : Veuillez 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 **19683** dans la section Actes ;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS ;
- les honoraires sur base horaire ;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES ;
- le code de facturation RAMQ de la clinique de grippe ou du SNT désigné ;
- l'heure de début et de fin de la période dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Si le site de la clinique de grippe ou du SNT est déjà reconnu comme clinique-réseau, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services dispensés dans une clinique-réseau.

AVIS : Le forfait codé **19100** (du lundi au vendredi) et le forfait codé **19101** (le samedi, dimanche ou jour férié) pour les horaires défavorables, ne peuvent être réclamés durant la période où la clinique-réseau est désignée comme clinique de grippe ou SNT. Le forfait codé **19683** doit alors être réclamé durant cette période.

- d) Les services dispensés dans une clinique de grippe ou un SNT sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période du 1^{er} septembre 2009 au 28 février 2010.
- e) Les activités professionnelles du médecin responsable de la clinique de grippe ou du SNT et de celui qui l'assiste sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six forfaits par semaine partageables entre le médecin responsable et celui qui l'assiste. Le montant du forfait est de 59,65 \$.

AVIS : Veuillez 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 **19684** dans la section Actes ;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS ;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES ;
- le code de facturation RAMQ de la clinique de grippe ou du SNT désigné ;

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

Cette rémunération est versée en sus de celle qui, le cas échéant, est déjà versée au médecin pour des activités médico-administratives rémunérées en vertu d'une autre entente.

- f) L'Agence de chaque région informe le comité paritaire qui en informe la RAMQ de :
- i) la liste des cliniques de grippe et des SNT de chacun des territoires de CSSS sous sa responsabilité ;
 - ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique de grippe et de chaque SNT.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, clinique-réseau ou cabinet en pratique de groupe.

La clinique de grippe ou le SNT ambulatoire en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement sont réputés, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS. Le SNT non ambulatoire, aux fins de la rémunération, est réputé être une unité de soins de courte durée du CH exploité par le CSSS ou par le CHSGS, selon le cas.

AVIS : La liste des lieux désignés est disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

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

2. Activités médico-administratives

2.1 Les activités médico-administratives d'organisation, de planification, d'information réalisées dans le cadre d'un réseau local de services ou d'une région socio-sanitaire sont rémunérées en recourant aux banques d'heures ou de forfaits prévus en vertu des dispositions suivantes :

- a) les dispositions relatives à l'organisation des projets cliniques et à l'organisation et coordination des services de première ligne de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle (paragraphe 9 A) et 9 B);
- b) les dispositions du Protocole d'accord ayant trait à la rémunération de certaines activités effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux.

2.2 Les banques d'heures ou de forfaits auxquelles il est fait référence aux alinéas a) et b) ci-dessus seront rajustées en fonction de leur utilisation réelle au cours de la période débutant à la date de la mise en vigueur de la présente lettre d'entente jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

3. Garde en disponibilité

3.1 Les services de garde en disponibilité, lorsque assurés pour un service d'urgence, pour une clinique de grippe ou pour un SNT ambulatoire ou non ambulatoire, que cette clinique de grippe ou SNT soit en cabinet privé ou rattaché à un établissement public, sont rémunérés de la façon suivante :

- a) La garde en disponibilité est rémunérée de 8 h à 24 h et, le cas échéant, de 0 h à 8 h tous les jours de la semaine;
- b) Elle est rémunérée à raison d'un forfait de 56,20 \$ par quart de huit heures. Ce forfait est divisible en heure;
- c) Un forfait par quart de huit heures est attribué quotidiennement à chaque clinique de grippe, à chaque SNT et à chaque service d'urgence. Sur demande du CSSS, le comité paritaire pourra attribuer plus d'un forfait de garde en disponibilité par quart de huit heures.

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

- le code **XXXX01010112**, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19685** (forfait de garde en disponibilité, de 0 h à 8 h);
 - le code **19686** (forfait de garde en disponibilité, de 8 h à 16 h);
 - le code **19687** (forfait de garde en disponibilité, de 16 h à 24 h);
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;

- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de facturation RAMO de la clinique de grippe ou du SNT désigné;
- l'heure de début et de fin de la période dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

4. Retrait préventif

4.1 À compter du 19 octobre 2009 jusqu'à sept jours suivant la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec, la médecin enceinte rémunérée pour l'ensemble de sa pratique ou pour une partie de sa pratique selon le mode de l'acte ou celui du tarif horaire, et qui exerçait préalablement dans un cabinet ou dans un CLSC au moment de sa désignation comme une clinique de grippe ou comme un SNT, dans un service d'urgence, à l'unité des soins intensifs ou coronariens, à l'unité de soins de courte durée ou en CHSLD peut se prévaloir des dispositions suivantes relatives au retrait préventif :

- a) Pour sa pratique dans les secteurs d'activités visés ci-dessus, ce médecin doit avoir fait l'objet d'un avis de retrait préventif par un médecin et l'avoir transmis au directeur des services professionnels de l'établissement où elle exerce ou du territoire où est située la clinique de grippe ou le SNT. Elle doit également transmettre cet avis au comité paritaire;
- b) Pour la partie de sa pratique dans les secteurs visés ci-dessus, le directeur des services professionnels ou le Triumvirat du CSSS du territoire réaffecte la médecin à des tâches médicales ou médico-administratives ne présentant aucun risque pour sa grossesse. Durant les périodes pendant lesquelles elle ne peut être réaffectée à d'autres tâches, elle demeure en disponibilité à son domicile;
- c) À compter de la date de son retrait préventif, la médecin est rémunérée et compensée de la façon suivante :
 - i) pour les journées pendant lesquelles elle dispense des services dans le cadre de son affectation, elle est rémunérée selon les modalités applicables à ce lieu de pratique. Si cette rémunération est inférieure à ce qu'elle aurait gagné pendant sa pratique dans les secteurs d'activités visés ci-dessus, le différentiel lui sera versé. Aux fins du calcul de ce différentiel, la période de référence utilisée aux fins du calcul du revenu correspond aux douze mois de facturation ayant précédé une période de cinq mois avant le début du retrait préventif. Lorsque la médecin n'a pas un historique de rémunération de douze mois, la période est réduite au nombre de mois existants pour effectuer l'historique;
 - ii) pour les journées pendant lesquelles la médecin est en disponibilité, elle est compensée selon les modalités de l'annexe XVI (article 2) en faisant les adaptations nécessaires notamment en ne retenant, pour le calcul de l'allocation, que les journées rémunérées pour des services dispensés dans les secteurs d'activités visés ci-dessus.

Pour les journées pour lesquelles la médecin se prévaut des dispositions des alinéas i) et ii) ci-dessus, elle ne peut être rémunérée autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie.

- d) Cette mesure se termine sept jours suivant la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

5. Congés de maladie et mesure d'isolement

- 5.1 Le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui devient incapable d'accomplir les tâches qu'il exerçait en clinique de grippe ou dans un SNT, est présumé avoir contracté le virus de la grippe A (H1N1) à l'occasion de son travail. Ce médecin est alors éligible à une compensation de sept (7) jours maximum pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie.
- 5.2 Le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui devient incapable d'accomplir ses tâches alors qu'il exerçait à l'urgence, à l'unité des soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS ou au suivi des patients admis en soins de courte ou de longue durée doit démontrer, à la satisfaction du comité paritaire, qu'il a été exposé de manière significative au virus de la grippe A (H1N1) à l'occasion de son travail pour bénéficier de la présomption. Il est alors éligible à une compensation de sept jours maximums pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie.
- 5.3 La compensation correspond à 100 % du revenu brut versé au médecin concerné par la RAMQ au cours de la période de référence.
- 5.4 La période de référence utilisée aux fins du calcul correspond aux douze mois de facturation ayant précédé une période de cinq mois avant le début de sa maladie. Lorsque le médecin n'a pas un historique de rémunération de douze mois, la période est réduite au nombre de mois existants pour effectuer l'historique.
- 5.5 La compensation est calculée au prorata des revenus versés par la RAMQ au cours de la période de référence en fonction du nombre de jours de congé pour maladie.
- 5.6 Tout médecin concerné doit présenter sa demande de compensation au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les vingt semaines qui suivent la fin de sa maladie. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :
 - a) une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu malade;
 - b) une note d'un médecin attestant du diagnostic de grippe;
 - c) une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente.
- 5.7 Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la RAMQ du montant à verser au médecin.
- 5.8 Le médecin peut se prévaloir de la compensation prévue au présent article uniquement à compter du moment où il y aura ouverture d'une clinique de grippe ou d'un SNT, le cas échéant, dans son territoire de CSSS, et ce, jusqu'à sept jours après la fermeture de la ou des cliniques de grippe et SNT du même territoire.
- 5.9 Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement imposée par l'établissement bénéficiaire, pour une durée de sept jours maximums, de la compensation prévue au présent article. Il soumet une demande au comité paritaire en joignant une confirmation écrite émanant de l'autorité compétente.
- 5.10 Le médecin qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut pour les mêmes journées être rémunéré dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le fait qu'un médecin reçoive, durant des journées ainsi visées, des forfaits annuels de clientèle vulnérable ou d'inscription générale est réputé ne pas contrevenir à cette exigence.

6. Soins intensifs

- 6.1 Le médecin qui assume, pendant 24 heures, la prise en charge des patients et la gestion d'une unité des soins intensifs ou coronariens de niveau I ou II d'un CHSGS adhérent à l'entente particulière sur les soins intensifs ou coronariens et comptant plus de cinq lits est rémunéré pour ses fonctions pendant la durée de la présente lettre d'entente.
- 6.2 À cette fin, le médecin est rémunéré selon un forfait quotidien de prise en charge de 250 \$. Un seul forfait est payable par unité de soins intensifs ou coronariens par jour. Aux fins de facturation, les services sont réputés rendus le jour durant lequel le médecin assure les services entre 8 h et 18 h.

AVIS : *Veillez 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 **19688** dans la section Actes ;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES ;
- le code de facturation RAMQ (0XXX6 ou 4XXX6) du SNT non ambulatoire désigné ;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

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

- 6.3 Sur demande de l'établissement, le comité paritaire, selon des critères qu'il aura déterminés, peut autoriser le coordonnateur d'une unité de soins intensifs ou coronariens de niveau III à se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes ci-dessus.
- 6.4 Dans le cas où le CHSGS doit ouvrir des lits de soins intensifs dans un lieu physique différent de l'unité de soins intensifs ou coronariens de l'établissement, le médecin qui dispense des services auprès de ces patients peut se prévaloir des dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération dans une unité de soins intensifs ou coronariens.

7. Formation professionnelle

- 7.1 Le médecin est rémunéré suivant le mode de rémunération à tarif horaire pour sa participation à toute séance obligatoire de formation ou d'information exigée par la Direction nationale de la santé publique en lien avec la grippe A (H1N1).

AVIS : *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui **maintient** son mode, veuillez remplir une Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n° 1215. Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination et pour la facturation de de la formation ou de la séance d'information dans le cadre de la pandémie et utiliser votre nature de service habituelle avec l'emploi de temps suivant :*

- **XXX155** Formation ou séance d'information (pandémie)

Aucun avis de service n'est requis.

AVIS : *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui **ne maintient pas** son mode ou pour le **médecin rémunéré à l'acte**, veuillez remplir une Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n° 1215. Inscrire le numéro de facturation RAMQ correspondant à la clinique de grippe ou au SNT désigné pour la facturation de la formation ou de la séance d'information dans le cadre de la pandémie et utiliser le code d'activité suivant :*

- **090155** Formation ou séance d'information (pandémie)

Faire signer le responsable de la clinique de grippe ou du SNT dans la case ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.

Aucun avis de service n'est requis.

7.2 Le médecin expédie à la RAMQ les renseignements pertinents liés à l'activité de formation ou d'information.

***AVIS :** Aucune pièce justificative n'est nécessaire pour la facturation. Selon la décision de la Direction nationale de la santé publique de reconnaître ou non la formation ou la séance d'information, la réclamation du médecin sera payée ou refusée.*

8. Cessation des activités habituelles

8.1 Dans le cas où le gouvernement décide de la fermeture d'un cabinet privé ou dans le cas où un cabinet, une UMF-CH ou un CLSC est désigné comme clinique de grippe ou un SNT et que ses activités habituelles ne peuvent être poursuivies en tout ou en partie, les modalités suivantes s'appliquent :

- a) le médecin doit en aviser le directeur des services professionnels ou le Triumvirat du CSSS de son territoire et demander une réaffectation à d'autres activités analogues au sein de son milieu de travail habituel ou dans un milieu équivalent en cas de fermeture d'un cabinet privé;
- b) pour la période pendant laquelle le médecin est réaffecté à une clinique de grippe, à un SNT ou à des activités analogues à celles qu'il accomplit habituellement, le médecin est alors compensé selon les modalités du paragraphe 4.1 c) i) de la présente lettre d'entente;
- c) dans le cas où le médecin ne peut être réaffecté à aucune autre activité analogue, il doit fournir une attestation du directeur des services professionnels ou du Triumvirat du CSSS de son territoire à cet effet et doit être présent et disponible dans l'établissement ou dans son cabinet sauf en cas de fermeture. Il est alors compensé selon les modalités apparaissant aux paragraphes 5.3 et 5.4 de la présente lettre d'entente.

9. La protection de la responsabilité professionnelle des médecins

9.1 Dans le cadre de la pandémie, un médecin qui, à la demande d'un établissement, d'une agence ou du Ministère, exerce des activités médico-administratives liées directement à la pandémie bénéficie du régime de protection ci-après décrit :

Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde, le Ministère s'engage à prendre fait et cause pour le médecin, à assurer sa défense dans toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité médico-administrative et à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés. Toutefois, cette protection ne s'applique pas si, à l'égard d'une réclamation donnée, le médecin bénéficie de la protection offerte par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), une compagnie d'assurances ou le Programme d'assurance responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

10. Ententes particulières PREM et AMP

10.1 Pour la période débutant à la date de la mise en vigueur de la présente lettre d'entente jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec, l'entente particulière relative aux plans régionaux d'effectifs médicaux et celle relative aux activités médicales particulières ne s'appliquent pas au médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique de grippe, d'un SNT ou d'un établissement.

11. Actualisation

11.1 Dans le cadre de l'entente générale en vigueur, les parties conviennent que toutes les modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente seront actualisées pour tenir compte de toute augmentation qui pourrait être convenue pendant la durée d'application de la présente lettre d'entente.

12. Comité paritaire

12.1 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale assume les responsabilités suivantes :

- a) il voit au bon fonctionnement des dispositions convenues dans le cadre de la présente lettre d'entente, identifie les problèmes et recommande aux parties négociantes tout correctif pertinent sur tout sujet relatif aux conditions de rémunération des services dispensés dans le cadre de la pandémie;
- b) il veille à la bonne application des dispositions convenues dont, notamment, en ce qui a trait à l'application de l'alinéa 1.1 c) ci-dessus;
- c) il convient des modifications à apporter pour la période de la pandémie à l'entente générale ou à d'autres documents d'entente et en avise la RAMQ.

13. Durée de la lettre d'entente

13.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 26 octobre 2009, à l'exception de l'article 4 qui entre en vigueur le 19 octobre 2009, et le demeure jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce
_____ e jour de _____ 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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