



## Amendement n° 112

### Modification à votre entente et changements administratifs

#### Introduction

La Régie vous présente les modifications apportées à votre entente dans le cadre de l'Amendement n° 112 convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération.

En plus de toucher aux modalités de la rémunération à honoraires fixes, ces modifications sont d'intérêt particulier pour les médecins qui :

- évaluent des patients à la demande de confrères;
- assurent en clinique externe le suivi de patientes enceintes;
- exercent en obstétrique;
- effectuent des examens ordinaires ou complets principaux;
- se prévalent des mesures d'inscription générale;
- assurent la fonction de chef d'un DRMG.

De plus, nous vous informons de changements administratifs apportés à des instructions de facturation ou des messages explicatifs.

Les dispositions présentées dans cette infolettre prennent effet aux dates spécifiées dans *A) Principales dispositions*.

#### Documents de référence

- [Partie I](#) Texte paraphé de l'Amendement n° 112
- [Partie II](#) Annexe I du Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une ASSS
- [Partie III](#) Annexe II du Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une ASSS

## Sommaire

A) Principales dispositions	2
1. Modes de rémunération et disposition d'application par année civile	2
2. Consultations, examen complet ou examen principal en service d'urgence	2
3. Honoraire global en obstétrique	3
4. Régime de rentes de survivants – Mise à jour des taux d'assurance	4
5. Ententes particulières	4
6. Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles dans une agence	6
7. Lettre d'entente n° 208 – Formation AMPRO	7
B) Changements administratifs	8
1. Instructions de facturation	8
2. Messages explicatifs	9

## A) PRINCIPALES DISPOSITIONS

---

### 1. Modes de rémunération et disposition d'application par année civile

---

BROCHURE N° 1 → ENTENTE GÉNÉRALE, PARAGRAPHES 17.01 ET 17.13

---

#### 1.1 Modes de rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire

Lors de l'entrée en vigueur de l'Amendement n° 110, deux alinéas concernant les modes de rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire furent éliminés par erreur du texte officiel. Le présent amendement vient corriger le texte officiel en y rajoutant les deux alinéas à la fin du paragraphe.

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

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009**.

#### 1.2 Application par année civile

Dans le but d'harmoniser le texte de l'entente générale avec l'annexe V, le paragraphe 17.13 est ajouté pour indiquer que l'application sur une base annuelle équivaut à l'année civile à moins d'indication contraire.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 1 B) en [partie I](#) de la présente infolettre.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008**.

---

### 2. Consultations, examen complet ou examen principal en service d'urgence

---

MANUEL DE FACTURATION → PRÉAMBULE GÉNÉRAL, ARTICLE 2

---

#### 2.1 Consultations (paragraphe 2.1)

**À compter du 1<sup>er</sup> février 2010**, le médecin omnipraticien qui effectue un examen ordinaire lors de l'évaluation d'un patient à la suite d'une demande d'opinion du médecin traitant faisant appel à lui à cause de son expertise particulière (et non de la complexité ou la gravité du cas), peut réclamer une consultation mineure, dans la mesure où il rencontre les autres exigences de la consultation.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 1 C) a) i) en [partie I](#) de la présente infolettre.

#### 2.2 Examen complet (paragraphe 2.2.2)

**À compter du 1<sup>er</sup> février 2010**, le paragraphe 2.2.2 est modifié et précise que les examens suivants sont réputés répondre aux exigences de l'examen complet :

- l'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte;
- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'oeil, la prise de tension oculaire;

- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui-ci comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manoeuvres diagnostiques utiles.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 1 C) a) ii) en [partie I](#) de la présente infolettre.

### 2.3 Examen principal en service d'urgence (paragraphe 2.2.6 C)

À compter du 1<sup>er</sup> février 2010, l'examen principal effectué dans un service d'urgence doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax **et** de l'abdomen ou **au moins** un des examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'oeil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui-ci comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manoeuvres diagnostiques utiles.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 1 C) a) iii) en [partie I](#) de la présente infolettre.

## 3. Honoraire global en obstétrique

MANUEL DE FACTURATION → ONGLET Q, PRÉAMBULE PARTICULIER D'OBSTÉTRIQUE, ARTICLE 8

Malgré les règles de l'honoraire global du préambule particulier de chirurgie, les examens suivants sont payables au médecin qui les réclament :

- l'examen précédant le début du travail de la parturiente lorsque réclamé le même jour que l'accouchement;
- l'examen réclamé après le 2<sup>e</sup> jour suivant l'accouchement (à compter du 4<sup>e</sup> jour) ou après le 7<sup>e</sup> jour suivant la césarienne (à compter du 9<sup>e</sup> jour).

De plus, les services suivants **ne sont pas visés par les règles** de l'honoraire global :

- version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines, incluant l'examen, la tocolyse, le monitoring externe (code d'acte **06925**);
- ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse et examen (code d'acte **06928**);
- transfusion foetale intra-utérine (code d'acte **06930**);
- stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (code d'acte **06942**).

Cette disposition **est rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2007**.

#### RÉVISION

Veuillez ne pas refacturer ou nous faire une demande de révision, une révision massive sera effectuée à partir du 2 avril 2010.

---

## 4. Régime de rentes de survivants – Mise à jour des taux d'assurance

---

ENTENTE GÉNÉRALE → ANNEXE VI – AVANTAGES SOCIAUX, PARAGRAPHE 6.22 ET 6.23

---

L'Amendement n° 112 modifie le texte officiel de l'annexe VI pour être conforme avec les taux d'assurance **appliqués depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008**.

Dans le cadre du régime de rentes de survivants, la contribution de la Régie, pour une année civile donnée, est passée de 1,96 % à **1,94 %**. La différence entre le coût réel de la rente de survivant et le traitement du médecin est passée de 1,04 % à **1,06 %**.

---

## 5. Ententes particulières

---

BROCHURE N° 1 → ENTENTES PARTICULIÈRES N°S 38, 40 ET 43

---

Trois ententes particulières sont modifiées par l'Amendement n° 112. Voici les changements apportés à chacune d'elle.

### 5.1 Entente particulière – Prise en charge et suivi de la clientèle (n° 40)

Le présent amendement apporte des modifications aux paragraphes 4.08, 6.03, 7.01 et 7.02.

#### 5.1.1 Versement du forfait d'inscription (paragraphe 4.08)

Le forfait d'inscription générale sera versé **au cours du mois de mai** suivant le 31 décembre de l'année d'application. Cette disposition est en vigueur **depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010**.

#### 5.1.2 Discussions de cas (paragraphe 6.03)

Les discussions de cas sont payables au médecin **pour son patient inscrit et suivi à domicile**. Il n'y a aucun changement pour le médecin de famille qui réclame déjà la discussion de cas avec un code de localité. Cette disposition est en vigueur **depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008**.

#### FACTURATION

Pour les services rendus du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 16 janvier 2010, vous avez **jusqu'au 30 avril 2010** pour facturer les codes d'acte **15153, 15154 ou 15155**.

#### 5.1.3 Examen de prise en charge et de suivi de la grossesse (paragraphe 7.01)

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010**, le médecin rémunéré à l'acte peut réclamer l'examen de prise en charge et du suivi de la grossesse (code d'acte **00059**) lorsque celui-ci est effectué à la clinique externe d'un centre hospitalier (**OXXX1**). Par contre, la clinique externe d'un centre hospitalier ne permet pas d'inscrire cette clientèle à moins que ce lieu ne soit désigné au paragraphe 3.01 A) de l'entente particulière (essentiellement une clinique externe qui est un point de services d'un GMF et désigné par le comité paritaire).

Cet examen (code **00059**) est **exclu de l'application du plafond trimestriel** lorsqu'il est rendu en clinique externe d'un centre hospitalier (**OXXX1**).

#### RÉVISION

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, le médecin travaillant en clinique externe et ayant déjà facturé un autre examen que l'examen de prise en charge et de suivi de grossesse (code d'acte **00059**) doit faire une demande de révision à la Régie.

#### 5.1.4 Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse (paragraphe 7.02)

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010**, le médecin rémunéré à l'acte peut réclamer en établissement les suppléments pour la prise en charge de la grossesse dans le premier trimestre (code d'acte **15159**) et le supplément à l'examen pour le suivi de la grossesse (code d'acte **15145**) lorsque ceux-ci sont effectués à la clinique externe d'un centre hospitalier (**OXXX1**).

Les codes d'acte **15145** et **15159** sont **exclus de l'application du plafond trimestriel** lorsqu'ils sont rendus en clinique externe d'un centre hospitalier (**OXXX1**).

#### À NOTER

Ces suppléments doivent habituellement être facturés sur la même demande de paiement que l'examen y donnant droit. Toutefois, les suppléments réclamés **entre le 1<sup>er</sup> et le 16 janvier 2010** pourront être facturés seuls.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 4 en [partie I](#) de la présente infolettre.

#### 5.2 Entente particulière – Garde sur place (n° 43)

L'article 2 du présent amendement confirme le remplacement de l'ancienne entente particulière de garde sur place. Les dispositions de cette nouvelle entente particulière vous ont été présentées dans l'[infolettre 113](#) du 21 octobre 2009.

#### 5.3 Entente particulière – Garde en disponibilité (n° 38)

L'article 3 du présent amendement modifie le texte du paragraphe 6.06 concernant le cumul des forfaits hebdomadaires. Ce changement fut présenté dans l'[infolettre 130](#) du 12 novembre 2009.

---

## 6. Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles dans une agence

---

BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → PROTOCOLES D'ACCORD

---

### 6.1 Chef du département régional de médecine générale

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, le chef du département régional de médecine générale (DRMG) est maintenant rémunéré à l'acte par un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de **59,65 \$** (code **19906**) durant la période où il assume cette fonction. À cette fin, une banque annuelle de forfaits est allouée à chaque région. Cette rémunération forfaitaire remplace la rémunération sur base horaire qui prévalait jusqu'alors. Avec l'entrée en vigueur de ce nouveau forfait, le chef du département régional de médecine générale (DRMG) ne peut plus se prévaloir des banques d'heures prévues au présent protocole d'accord.

De plus, les codes d'activité **049012** et **049049** sont abolis. Veuillez prendre note que la *Brochure n<sup>o</sup> 2* sera également modifiée pour supprimer ces codes d'activité.

Le médecin visé qui n'aurait pas encore réclamé à tarif horaire ses honoraires pour des services effectués avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 peut toujours le faire selon les modalités existantes antérieurement et ce dans les délais habituels.

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux instructions de facturation intégrées sous le paragraphe 5.03 de l'amendement en [partie I](#) de la présente infolettre.

#### FACTURATION

Depuis le 12 janvier 2010, la Régie est prête à recevoir votre facturation.

### 6.2 Banque de forfaits et d'heures

L'article 11.00 concernant la banque de forfaits et la banque d'heures est modifié en tenant compte des modifications apportées au protocole d'accord concernant la rémunération du chef du département régional de médecine générale.

L'annexe I présenté en [partie II](#) de la présente infolettre concerne la banque d'heures relative à la rémunération des activités professionnelles visées par les paragraphes 4.01 (médecin conseil ou coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence : codes d'activité **049038** et **049067**), 4.03 (médecin élu ou nommé au DRMG : code d'activité **049014**) et 4.04 (médecin mandaté par le chef du DRMG : codes d'activité **049108** et **049109**).

L'annexe II présenté en [partie III](#) de la présente infolettre concerne la banque de forfaits annuelle relative à la rémunération des activités professionnelles visées au paragraphe 4.02 (chef du DRMG : code de forfait **19906**).

---

## 7. Lettre d'entente n° 208 – Formation AMPRO

---

BROCHURE N° 1 → LETTRES D'ENTENTE → HONORAIRES FIXES

---

L'Amendement n° 112 ajoute une précision au texte officiel de la lettre d'entente. Ce changement est implanté **depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008**.

Lorsqu'un médecin rémunéré à honoraires fixes participe à une formation AMPRO, il peut faire exclure cette semaine de celles servant au calcul de l'indemnité quotidienne versée lors des congés régis par les paragraphes 1.12 et 1.24 de l'*annexe VI – Avantages sociaux* de l'entente générale. Il doit alors respecter certaines modalités.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 6 en [partie I](#) de la présente infolettre.

## B) CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS

Des changements ont été apportés aux instructions de facturation sous le code d'acte **06907** de l'onglet *Q – Obstétrique* du *Manuel de facturation* ainsi que sous les paragraphes 7.01, 7.02 A) et 7.02 B) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle* de la Brochure n° 1. De plus, plusieurs messages administratifs ont été soit ajoutés, modifiés ou retirés de l'onglet *Messages explicatifs* de votre *Manuel de facturation*.

---

### 1. Instructions de facturation

---

#### ◆ MANUEL DE FACTURATION ET BROCHURE N° 1

---

#### 1.1 Onglet Q - Obstétrique

L'avis suivant est ajouté sous le code d'acte **06907** de l'onglet *Q – OBSTÉTRIQUE* et précède l'avis actuel.

**AVIS :** *La facturation de l'acte 06907 requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'annexe I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.*

#### 1.2 Entente particulière - Prise en charge et suivi de la clientèle

##### FACTURATION

À compter du 12 janvier 2010, le médecin exerçant dans une clinique externe d'un établissement peut facturer les codes d'acte **00059**, **15145** et **15159**.

L'avis sous le paragraphe 7.01 est modifié comme suit :

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

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code 00059 pour l'examen de prise en charge de grossesse en cabinet, à domicile ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe) selon le cas;*
- *seul le médecin rémunéré exclusivement à l'acte peut réclamer l'examen de prise en charge dans un établissement.*

L'avis sous le paragraphe 7.02 A) est modifié comme suit :

**AVIS :** *Pour facturer le supplément, 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 **15159** dans la section Actes pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse **en cabinet, à domicile ou en établissement;***
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe) selon le cas;*
- *inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *le supplément doit être facturé à la même date que l'examen de prise en charge et sur la même demande de paiement (sauf pour les médecins à TH ou HF qui ne peuvent facturer l'examen).*

L'avis sous le paragraphe 7.02 B) est modifié comme suit :

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

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code **15144** pour le supplément en **cabinet ou à domicile;***
- *le code **15145** pour le supplément en **établissement;***
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe) selon le cas;*
- *le supplément doit être facturé à la même date que l'examen et sur la même demande de paiement. (sauf pour les médecins à TH ou HF qui ne peuvent facturer l'examen).*

---

## 2. Messages explicatifs

---

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET MESSAGES EXPLICATIFS

---

### 2.1 Messages explicatifs ajoutés

- 684 :** Demande de paiement rectifiée suite à la mise à jour des inscriptions pour un médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF ou relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi à la clientèle.
- 728 :** Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables par le mode de rémunération à l'acte, mais plutôt à tarif horaire. Nous avons introduit celle-ci dans le système approprié et elle paraîtra de nouveau sur un prochain état de comptes.
- 880 :** Service révisé à la suite de l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.

## 2.2 Messages explicatifs modifiés

Les messages explicatifs **871**, **873** et **874** sont modifiés en ajoutant la phrase suivante à la fin de chacun :

« Ce service ne doit pas être refacturé. »

## 2.3 Messages explicatifs retirés

Les messages **536**, **537**, **602**, **832** et **879** sont retirés du Manuel de facturation des médecins omnipraticiens.

## Texte paraphé de l'Amendement n° 112

### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) En ajoutant à la fin du paragraphe 17.01 les alinéas suivants :

« Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, le médecin ne peut modifier cette option pour l'un ou l'autre de ces modes qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession auprès du centre.

Lorsque l'option du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire a pour objet une forme additionnelle de rémunération prévue par entente particulière, cette option ne peut être exercée par le médecin qu'à l'occasion de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci. »

B) En ajoutant le paragraphe suivant :

« 17.13 Peu importe le mode de rémunération, lorsqu'une disposition de l'Entente comporte une application sur une base annuelle, l'année d'application est celle de l'année civile, à moins d'indication contraire. »

C) L'annexe V est modifiée de la façon suivante :

a) En modifiant le Préambule général de la façon suivante :

i) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 2.1 par le suivant :

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

ii) En remplaçant le dernier alinéa du sous-paragraphe 2 du paragraphe 2.2.2 par le suivant :

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

- l'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte;
- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles. »

iii) En remplaçant le dernier alinéa du sous-paragraphe 2 du paragraphe 2.2.6 C par le suivant :

« Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax **et** de l'abdomen ou au moins un des examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'oeil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles. »

b) En remplaçant l'article 8 du préambule particulier d'obstétrique par le suivant :

#### **« 8. Honoraire global**

Nonobstant la règle énoncée à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie, les examens effectués avant que ne débute le travail d'une parturiente, le jour de l'accouchement vaginal effectué par le médecin ou un médecin consultant ou de l'accouchement par césarienne lorsqu'effectué par un médecin consultant, sont payables selon les règles du préambule général.

***AVIS :** Veuillez utiliser le modificateur **094** ou l'un de ses multiples si l'examen a été effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente.*

Il en est de même pour les examens effectués au chevet de la parturiente après le 2<sup>e</sup> jour suivant l'accouchement ou après le 7<sup>e</sup> jour suivant la césarienne.

L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas aux services suivants : 06925, 06928, 06930 et 06942.

L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération d'un acte régi par le présent préambule. »

D) **L'annexe VI** est modifiée en remplaçant, au paragraphe 6.22, le taux de 1,96 % y apparaissant par celui de 1,94 % et en remplaçant au paragraphe 6.23 le taux de 1,04 % y apparaissant par celui de 1,06 %.

2. **L'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré** est abrogée et remplacée par celle apparaissant à l'annexe I du présent amendement.

3. **L'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité** est modifiée en remplaçant le paragraphe 6.06 par le suivant :

#### **« 6.06 Cumul**

Un médecin peut cumuler quotidiennement autant de forfaits de garde en disponibilité que le justifie la responsabilité qu'il assume effectivement quant aux gardes en disponibilité. »

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 :

A) En remplaçant le paragraphe 4.08 par le suivant :

« 4.08 Le forfait d'inscription est versé annuellement au cours du mois de mai suivant le 31 décembre de l'année d'application. Sous réserve du paragraphe 4.06 et de l'article 10.00 de la présente entente, le forfait est versé dans sa totalité même si l'inscription ou les modifications découlant des paragraphes 4.03 ou 4.04 sont intervenues en cours d'année d'application. »

B) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 6.03 par le suivant :

« 6.03 **Discussion de cas** : la participation à une discussion de cas par le médecin qui exerce en cabinet ou qui inscrit et assure le suivi d'une clientèle à domicile, est rémunérée selon les modalités suivantes : »

C) En remplaçant l'alinéa A) du paragraphe 7.01 par le suivant :

« A) Le médecin exerce dans un des lieux de pratique prévu au paragraphe 3.01 A) et, lorsqu'il exerce en établissement, il y est rémunéré selon le mode de l'acte pour l'ensemble de sa pratique.

Toutefois, si ce médecin exerce dans une clinique externe non reconnue en vertu des dispositions du paragraphe 3.01 A), la rémunération de la prise en charge et du suivi de grossesse faits dans cette clinique externe ne lui donne pas le droit d'y inscrire la patiente enceinte. »

D) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 7.02 par le suivant :

« 7.02 **Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse** : des suppléments peuvent être facturés par le médecin qui exerce dans un des lieux reconnus au paragraphe 7.01 A) ci-dessus : »

E) En remplaçant au premier alinéa du paragraphe 11.02 la référence faite au paragraphe 10.03 par une référence au paragraphe 11.03.

5. Le protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de santé et de services sociaux est modifié de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 1.02 par le suivant :

« 1.02 Aux fins du présent protocole d'accord, le vocable « médecin » signifie, selon le cas :

- a) le médecin qui, auprès d'une agence, agit à titre de médecin-conseil ou de médecin coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence exerce les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.01 ci-après;
- b) le médecin, élu ou nommé par le comité de direction du département régional de médecine générale d'une agence pour agir à titre de chef de département régional de médecine générale qui exerce les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.02 des présentes;
- c) le médecin, élu ou nommé par le comité de direction du département régional de médecine générale qui exerce les activités prévues au paragraphe 4.03 des présentes;
- d) le médecin mandaté par le chef du département régional de médecine générale qui exerce les activités prévues au paragraphe 4.04 des présentes. »

B) En remplaçant le paragraphe 4.02 par le suivant :

« 4.02 Le médecin qui, élu ou nommé au comité de direction, dirige, à titre de chef, le département régional de médecine générale et exerce l'activité professionnelle découlant des responsabilités dévolues au département régional de médecine générale en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. »

***AVIS :** L'agence doit informer la Régie du nom et du numéro de pratique du professionnel qui assume le rôle de chef du département régional de médecine générale pour sa région en date du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Toute modification ultérieure devra aussi être signalée à la Régie. Prenez soin de toujours indiquer la date de prise d'effet de la modification. Veuillez nous transmettre les informations demandées par lettre à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'admissibilité et du paiement  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4*

*ou par télécopieur : 418 646-8110*

C) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 4.03 par le suivant :

« 4.03 Pour le médecin qui est élu ou nommé au comité de direction du département régional de médecine générale, autre que celui visé au paragraphe 4.02, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes: »

***AVIS :** Utiliser le code d'activité suivant :*

*- **049014** : Participation au comité de direction DRMG.*

*Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.*

D) En remplaçant les paragraphes 5.01 à 5.07 par les suivants :

« 5.01 Pour les activités décrites au paragraphe 4.01 du présent protocole d'accord, le médecin est rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes.

5.02 Sous réserve du paragraphe 6.03, pour les activités décrites aux paragraphes 4.03 et 4.04, le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire. Cependant, le médecin peut, s'il est détenteur d'une nomination selon le mode des honoraires fixes dans un établissement, continuer à se prévaloir de ce mode de rémunération pour ses activités effectuées au bénéfice d'une agence.

5.03 Le chef du département régional de médecine générale est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites au paragraphe 4.02 ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

1) Le montant du forfait hebdomadaire est de 59,65 \$ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010;

**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 de forfait **19906** dans la case CODE de la section Actes ;
- le **lieu de facturation** correspondant au numéro de l'agence de santé et des services sociaux de chaque région (**94019 à 94179**) 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.*

2) La banque de forfaits alloués est gérée sur une base annuelle. Toutefois, lorsque plus d'un médecin assume les fonctions de chef du département régional de médecine générale au cours d'une année, la Régie s'assure que la proportion de forfaits réclamés par chacun n'excède pas la proportion de semaines de leur nomination comme chef par rapport au nombre de semaines dans l'année. La Régie procède par récupération, le cas échéant.

**AVIS** : *Veillez noter que la répartition régionale des forfaits du chef du département régional de médecine générale par agence se trouve à l'annexe II du présent protocole.*

3) Durant la période où il assume les fonctions de chef du département régional de médecine générale, il ne peut se prévaloir des banques d'heures allouées pour les activités professionnelles relevant des paragraphes 4.01, 4.03 et 4.04.

5.04 Sous réserve du paragraphe 5.06 le présent protocole d'accord tient lieu des nominations et autorisation permettant au médecin visé aux paragraphes 4.03 et 4.04 d'être rémunéré.

5.05 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes visé aux paragraphes 4.03 et 4.04, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

5.06 Le médecin visé au paragraphe 4.01 des présentes doit, pour bénéficier des dispositions du présent protocole d'accord, détenir une nomination de l'agence.

Il en est de même pour le médecin visé au paragraphe 4.02 nommé chef du département régional de médecine générale.

5.07 Aux fins de l'application du présent protocole d'accord, la nomination au sens du premier alinéa du paragraphe 5.06 fait référence au contrat de services professionnels passé entre le médecin et le directeur général de l'agence.

5.08 Sur demande de l'agence et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut exercer des activités prévues au paragraphe 1.02 a) à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est située l'agence dont il relève. »

**AVIS** : 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.

*Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'agence, inscrire un « A » dans la case CONSIDÉRATION SPÉCIALE et le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement.*

E) Le paragraphe 6.02 est remplacé par le suivant :

« 6.02 Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités professionnelles exercées par un médecin visé aux paragraphes 4.01 et 4.03 ou 4.04 de cette entente. »

**AVIS** : Veuillez utiliser les codes d'activité mentionnés aux paragraphes 4.01, 4.03 et 4.04.

F) En remplaçant l'article 8.00 par le suivant :

**« 8.00 RÉPARTITION**

8.01 Au niveau d'une agence, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé au paragraphe 4.01 relèvent du directeur général de l'agence;

8.02 Au niveau d'une agence, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé aux paragraphes 4.03 ou 4.04 relèvent du médecin chef du comité de direction du département régional de médecine générale;

8.03 Aux fins du paragraphe 8.02, le chef du département régional de médecine générale fait rapport au directeur général de l'agence de l'exercice de ses fonctions tant en regard de la répartition des heures qu'en regard des responsabilités qui sont dévolues au département de médecine générale en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le directeur général transmet ce rapport au conseil d'administration de l'agence;

8.04 La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités qu'édicte l'article 11.00 des présentes. »

G) En remplaçant l'article 9.00 par le suivant :

**« 9.00 FACTURATION**

9.01 Sauf pour le médecin visé au paragraphe 4.02, un relevé d'honoraires visé aux présentes est contresigné par le représentant autorisé de l'agence. »

H) En remplaçant l'article 11.00 par le suivant :

« **11.00 BANQUE DE FORFAITS ET D'HEURES**

11.01 Les parties déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, doit être allouée, sur une base annuelle, à une agence pour rémunérer les activités professionnelles qui relèvent des paragraphes 4.01, 4.03 ou 4.04. Aux fins de la rémunération des activités professionnelles qui relèvent du paragraphe 4.02, elles déterminent également un nombre maximal de forfaits annuels alloué à chaque agence.

Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale assure le suivi de ces banques et est responsable d'informer la Régie des banques d'heures et de forfaits alloués aux agences.

11.02 L'annexe I des présentes fait état distinctement des banques d'heures qui, à un niveau régional, sont réservées à la rémunération des activités professionnelles qui, selon le cas, relèvent du paragraphe 4.01 ou des paragraphes 4.03 et 4.04.

11.03 L'annexe II fait état de la banque de forfaits qui, à un niveau régional, est allouée à la rémunération des activités professionnelles qui relèvent du paragraphe 4.02.

11.04 En regard du présent protocole d'accord, l'année d'application est l'année civile. »

I) En remplaçant au deuxième alinéa du paragraphe 12.01 la référence au paragraphe 5.07 par une référence au paragraphe 5.08.

J) En biffant le paragraphe 13.00 et en modifiant en conséquence la numérotation des deux derniers paragraphes du protocole d'accord.

K) En remplaçant son annexe par celles qui sont produites à l'annexe II ci-après.

6. **La Lettre d'entente n° 208** est modifiée en remplaçant l'article 5 par les articles suivants :

« 5. Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, la journée pendant laquelle le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente est réputée être une journée de formation au sens du paragraphe 4.11 de l'annexe VI de l'entente générale.

6. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> avril 2008. »

7. Le présent amendement prend effet aux dates apparaissant ci-dessous et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Article 1 C) b) :	1 <sup>er</sup> janvier 2007
Articles 1 B, 1 D) et 4 E) :	1 <sup>er</sup> janvier 2008
Articles 4 B) et 6 :	1 <sup>er</sup> avril 2008
Article 1 A) :	1 <sup>er</sup> avril 2009
Articles 2 et 3 :	1 <sup>er</sup> novembre 2009
Articles 4 A), C), D) et 5 :	1 <sup>er</sup> janvier 2010
Article 1 C) a) :	1 <sup>er</sup> février 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_ ,

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> 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

## Annexe I

BANQUE D'HEURES RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES PAR LE PARAGRAPHE 4.01 ET PAR LES PARAGRAPHES 4.03 ET 4.04

Agence visée	Banque Parag. 4.01	Banque Parag. 4.03 et Parag. 4.04
ASSS du Bas Saint-Laurent (01)	2410	1097
ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	2310	1189
ASSS de la Capitale-Nationale (03)	7847	1452
ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04)	2391	1456
ASSS de l'Estrie (05)	2590	1232
ASSS de Montréal (06)	4620	2844
ASSS de l'Outaouais (07)	3080	1288
ASSS de l'Abitibi–Témiscamingue (08)	2310	1025
ASSS de la Côte-Nord (09)	2310	965
CRSSS de la Baie-James (10)	1155	203
ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	2310	964
ASSS de Chaudière-Appalaches (12)	2599	1345
ASSS de Laval (13)	2310	1316
ASSS de Lanaudière (14)	2310	1380
ASSS des Laurentides (15)	2855	1505
ASSS de la Montérégie (16)	5702	2337
RRSSS du Nunavik (17)	961	199
CCSSS de la Baie-James (18)	770	-

## Annexe II

BANQUE DE FORFAITS ANNUELLE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES AU PARAGRAPHE 4.02

Agence visée	Banque de forfaits annuelle (Parag. 4.02)
ASSS du Bas Saint-Laurent (01)	1341
ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	1341
ASSS de la Capitale-Nationale (03)	1676
ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04)	1341
ASSS de l'Estrie (05)	1341
ASSS de Montréal (06)	1928
ASSS de l'Outaouais (07)	1341
ASSS de l'Abitibi–Témiscamingue ( 08)	1341
ASSS de la Côte-Nord ( 09)	1341
CRSSS de la Baie-James (10)	1006
ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	1341
ASSS de Chaudière-Appalaches (12)	1341
ASSS de Laval (13)	1341
ASSS de Lanaudière (14)	1341
ASSS des Laurentides (15)	1341
ASSS de la Montérégie (16)	1676
RRSSS du Nunavik (17)	1006
CCSSS de la Baie-James (18)	-