

Amendement n° 115, Entente particulière relative à une unité de décision clinique et Lettre d'entente n° 223

Modifications à votre Entente

Introduction

La Régie vous présente les modifications apportées à votre Entente dans le cadre de l'*Amendement n° 115* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Cet amendement entre en vigueur à différentes dates que vous trouverez à l'intérieur de la présente infolettre.

De plus, les parties négociantes ont convenu de l'*Entente particulière relative à une unité de décision clinique* qui est en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2010. Cette entente particulière remplace la *Lettre d'entente n° 201*.

Finalement, la *Lettre d'entente n° 223* vient remplacer la *Lettre d'entente n° 220* et entre en vigueur à compter du 1^{er} décembre 2010 sauf pour l'évaluation en vue d'une garde préventive (code d'acte **98000**) qui est en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2010. De plus, les instructions de facturation des codes d'acte **98005** et **98012** sont modifiés (voir [partie III](#) de la présente infolettre). Une nouvelle infolettre vous sera envoyée en novembre prochain pour présenter les nouveaux codes d'acte liés à la *Lettre d'entente n° 223*.

Documents de référence

[Partie I](#) Extraits paraphés de l'*Amendement n° 115*

[Partie II](#) Texte paraphé de l'*Entente particulière relative à une unité de décision clinique*

[Partie III](#) Extraits paraphés de la *Lettre d'entente n° 223*

Sommaire

1. Annexe V – Tarif des actes médicaux	2
1.1 Onglet B – Consultation et examen.....	2
1.2 Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques	2
2. Remboursement des frais d'entreposage	3
3. Ententes particulières	3
3.1 Primes de responsabilité	3
3.2 Déplacement d'urgence à l'unité de soins intensifs ou coronariens.....	4
3.3 Liste des services médicaux rémunérés à 100 %	4
3.4 Entente particulière – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle..	4
3.5 Entente particulière – Médecin enseignant	4
3.6 Entente particulière – Unité de décision clinique	5
4. Lettres d'entente	5
4.1 Lettre d'entente n° 131	5
4.2 Lettre d'entente n° 201	5
4.3 Lettres d'entente n° 220 et 223.....	6

1. Annexe V – Tarif des actes médicaux

◆ MANUEL DE FACTURATION

1.1 Onglet B – Consultation et examen

Le libellé sous la rubrique *Frais de kilométrage* est modifié comme suit :

jusqu'à soixante (60) kilomètres simples à partir du point de départ énoncé à la règle 2.4.2 du P.G. (distance dans un sens seulement), le kilomètre

Au-delà de soixante (60) kilomètres.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010.**

La rubrique suivante est ajoutée à la suite de la rubrique *Éthique clinique* :

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS
MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
(LETTRE D'ENTENTE N^o 223)**

98000	Évaluation – Garde préventive.....	125,00 \$
98005	Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé.....	210,00 \$
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.....	120,00 \$

Pour plus de détails sur la *Lettre d'entente n^o 223*, veuillez vous référer au point 4.3 de la présente infolettre.

Cette disposition **entre en vigueur le 1^{er} septembre 2010.**

1.2 Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques

À la sous-rubrique *Examen* de la rubrique *Épreuves, études et test (prélèvement, surveillance et interprétation)*, les libellés des codes d'acte **00402**, **00403** et **00404** sont modifiés comme suit :

00402	microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal Note : ne peut être réclamé en même temps que le code 00404
00403	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'examen microscopique à l'état frais et après coloration et la culture, par site (cabinet seulement)
00404	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'un ou l'autre de l'examen microscopique à l'état frais et après coloration ou la culture, par site (cabinet seulement)

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010.**

2. Remboursement des frais d'entreposage

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE XII

Un nouveau paragraphe est ajouté à la section II, à l'article 3 – *Frais de déménagement* pour inclure les frais d'entreposage pour un médecin qui cesse d'exercer dans les territoires désignés. Les dispositions suivantes s'appliquent :

- lorsqu'un médecin cesse d'exercer sa profession sur une base régulière, la Régie assume le coût d'entreposage de ses meubles meublants **pour une période maximale de deux mois suivant sa date de départ**;
- lorsqu'un médecin avise la Régie de son intention de reprendre ses activités sur une base régulière jusqu'à 12 mois à la suite de son départ, il continue de bénéficier du remboursement du coût d'entreposage de ses meubles meublants durant cette période.
 - **S'il ne reprend pas ses activités** à l'intérieur du 12 mois, il est réputé avoir cessé d'exercer sa profession sur une base régulière à compter de la date effective de son départ de ces secteurs et **devra rembourser le coût d'entreposage visant la période postérieure au deux mois suivant cette date de départ**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'instruction de facturation intégrée au texte officiel en [partie I](#) de la présente infolettre.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010**.

3. Ententes particulières

◆ BROCHURE N° 1

3.1 Primes de responsabilité

Dans l'[Infolettre n° 045](#) du 7 juin 2010, nous vous informions de l'augmentation de la prime de responsabilité au 1^{er} juillet 2010. Dans l'*Amendement r^o 115*, le texte officiel des ententes particulières suivantes est modifié pour être conforme à la hausse du tarif à **13,70 \$** :

- E.P. – Grand-Nord (n° 1);
- E.P. – Soins psychiatriques en CH (n° 2);
- E.P. – Gériatrie (CHSGS) (n° 8);
- E.P. – Toxicomanie (n° 12);
- E.P. – Gériatrie (CHSLD) (n° 13);
- E.P. – Adaptation-réadaptation – déficience physique (n° 15);
- E.P. – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC (n° 17);
- E.P. – Soins palliatifs (n° 20);
- E.P. – Réadaptation ou programme spécifique CHSGS (n° 22);
- E.P. – Chibougamau (n° 23);
- E.P. – CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (n° 28);
- E.P. – CSSS des Îles (n° 44)
- Accord n° 206.

3.2 Déplacement d'urgence à l'unité de soins intensifs ou coronariens

◆ Brochure n° 1 → E.P. – Soins intensifs ou coronariens (CHSGS) (n° 3), paragraphe 4.04

Du 1^{er} juillet au 30 septembre 2010, le tarif global (code d'acte **15232**) est augmenté à 175,95 \$.

3.3 Liste des services médicaux rémunérés à 100 %

◆ Brochure n° 1 → E.P. – Anesthésie (n° 10)

À l'annexe II de l'entente particulière, les codes d'acte **09900**, **09954**, **09955** et **15967** sont ajoutés à la liste des services médicaux rémunérés à 100 %.

Cette disposition est **en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010**.

3.4 Entente particulière – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 40

Au paragraphe 4.07 concernant le rétablissement du médecin de famille antérieur, un alinéa est ajouté pour préciser que la Régie transmet au comité paritaire les données concernant l'inscription du patient concerné ainsi que les données de facturation relatives à l'inscription et à la prise en charge et au suivi de ce patient.

Dans l'[Infolettre n° 048](#) du 7 juin 2010, nous vous informions que l'annexe III prévue au paragraphe 9.00 A) est remplacée. Vous la trouverez sur le site Internet à l'adresse suivante :

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

Ces dispositions sont **en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010**.

3.5 Entente particulière – Médecin enseignant

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 42

Le paragraphe 3.02 de la section II est modifié pour indiquer que les soins dispensés aux malades admis, à l'exclusion d'un accouchement ou d'un acte d'assistance opératoire, sont couverts par la présente entente particulière. Pour que les soins dispensés aux malades admis soient couverts, le médecin doit opter pour le mode de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire pour ces services au moment de sa nomination, du renouvellement de celle-ci ou au moment de l'adhésion de l'établissement à l'entente particulière. Toutefois, si la nomination du médecin ou le renouvellement de celle-ci **visent majoritairement la dispensation de soins auprès de patients admis, le médecin doit obtenir une autorisation du comité paritaire.**

Au paragraphe 3.03 de la section II, la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes est maintenue pour les visites à domicile que le médecin est appelé à rendre dans le cadre de ses activités au sein de l'UMF. **Toutefois, celui-ci peut opter pour le mode à l'acte lors des visites à domicile** au moment de sa nomination, du renouvellement de celle-ci ou de l'adhésion de l'établissement à l'entente particulière.

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux instructions de facturation intégrées au texte officiel en [partie I](#) de la présente infolettre.

3.6 Entente particulière – Unité de décision clinique

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 45

Depuis le 1^{er} septembre 2010, l'*Entente particulière relative à une unité de décision clinique* remplace la *Lettre d'entente n° 201*.

Les modalités de rémunération du médecin qui dispense des services médicaux prévues à la présente entente particulière sont en fonction de l'adhésion ou non de l'urgence de l'établissement à l'Entente particulière relative à la garde sur place de certains établissements. Les modalités sont les suivantes :

- Établissement adhérent à l'E.P. – Garde sur place :
 - le montant du forfait applicable est celui du régime de l'E.P. – Garde sur place;
 - le forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre heures et est divisible en heures;
 - un pourcentage de la rémunération applicable est payable au médecin selon le tarif applicable au patient admis en vertu de l'annexe V soit : **45 %** du tarif des services médicaux rendus sous le Régime A ou **85 %** du tarif des services médicaux rendus sous le Régime B.

L'annexe I de l'entente particulière comprendra la liste des établissements désignés et précisera le régime de rémunération A ou B applicable à l'établissement ainsi que le nombre de forfaits alloués hebdomadairement à l'établissement. Cette annexe sera disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

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

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux instructions de facturation intégrées au texte officiel en [partie II](#) de la présente infolettre.

4. Lettres d'entente

◆ BROCHURE N° 1

4.1 Lettre d'entente n° 131

La *Lettre d'entente n° 131* est reconduite jusqu'au 31 mars 2011. L'avis administratif suivant sera ajouté au paragraphe 4.01 de la lettre d'entente :

AVIS : Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 mars 2011 par l'Amendement n° 115.

4.2 Lettre d'entente n° 201

La *Lettre d'entente n° 201* est abrogée depuis le 1^{er} septembre 2010 et est remplacée par l'*Entente particulière relative à une unité de décision clinique*.

4.3 Lettres d'entente n^{os} 220 et 223

À compter du 1^{er} décembre 2010, la *Lettre d'entente n^o 223* remplacera la *Lettre d'entente n^o 220*. Toutefois, l'évaluation en vue d'une garde préventive (code d'acte **98000**) est **en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2010**. Son tarif est de **125 \$**.

Les instructions de facturation des deux codes d'acte **98005** et **98012** de la *Lettre d'entente n^o 220* sont modifiées. Depuis le 1^{er} septembre 2010, les demandes de paiement peuvent être envoyées électroniquement. Pour les besoins de cette infolettre, nous avons dès maintenant intégré les instructions de facturation aux extraits de la *Lettre d'entente n^o 223* correspondant à ces codes d'acte.

Le texte complet de la lettre d'entente qui entre en vigueur le 1^{er} décembre 2010 sera publié en novembre prochain avec les nouveaux codes d'acte et les instructions de facturation correspondantes.

Extraits paraphés de l'Amendement n° 115

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

a) En modifiant l'onglet « **CONSULTATION ET EXAMEN** » de la façon suivante :

i) En remplaçant le libellé sous la rubrique « Frais de kilométrage » par le libellé suivant :

« jusqu'à soixante (60) kilomètres simples à partir du point de départ énoncé à la règle 2.4.2 du P.G. (distance dans un sens seulement), le kilomètre

Au-delà de soixante (60) kilomètres »

ii) En ajoutant la rubrique suivante précédemment à la reproduction de l'annexe XIII de cet onglet :

« **LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS**

(LETTRE D'ENTENTE N° 223)

98000 Évaluation – Garde préventive 125 \$

98005 Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé..... 210 \$

98012 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure 120 \$ »

***AVIS** : Veuillez vous référer à la [partie III](#) de la présente infolettre pour les instructions de facturation.*

b) En remplaçant à l'onglet « **ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES** » à la rubrique « Épreuves, études et tests (prélèvement, surveillance et interprétation) » sous la sous-rubrique « examen » les libellés des codes d'acte **00402**, **00403** et **00404** par les libellés suivants :

« 00402 microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal

Note : ne peut être réclamé en même temps que le code **00404**

00403 microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'examen microscopique à l'état frais et après coloration et la culture, par site (cabinet seulement)

00404 microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'un ou l'autre de l'examen microscopique à l'état frais et après coloration ou la culture, par site (cabinet seulement) »

B) L'annexe XII est modifiée en ajoutant à la section II le paragraphe suivant :

« **3.8** Lorsque le médecin cesse d'exercer sa profession sur une base régulière dans une localité des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente section, la Régie continue d'assumer le coût d'entreposage de ses meubles meublants pour une période maximale de deux (2) mois suivant sa date de départ de ces secteurs.

Toutefois, le médecin qui avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles sur une base régulière dans une des localités des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente section jusqu'à douze (12) mois à la suite de son départ de ces secteurs, continue de bénéficier du remboursement du coût d'entreposage de ses meubles meublants durant cette période. Advenant qu'il ne reprenne pas ses activités professionnelles sur une base régulière à l'intérieur de la période de douze (12) mois tel que prévu dans son avis à la Régie, il est réputé avoir cessé d'exercer sa profession sur une base régulière à compter de la date effective de son départ de ces secteurs. En ce cas, le médecin devra rembourser les sommes payées par la Régie pour le coût de l'entreposage de ses meubles meublants visant la période postérieure au deux (2) mois suivant sa date de départ de ces secteurs.»

AVIS : *Si le médecin prévoit revenir dans la région pendant les 12 mois suivant son départ, il doit informer la Régie en spécifiant la **date de départ** et la **date de retour prévue** dans la section Renseignements complémentaires de la Demande de remboursement des mesures incitatives n° 3336.*

2. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord** est modifiée en remplaçant son paragraphe 4.02 par le suivant :

« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

3. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 3.03 par le suivant :

« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »

4. **L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs et coronariens** est modifiée en remplaçant le paragraphe 4.04 par le suivant :

« **4.04** Lors d'un déplacement d'urgence auprès d'un patient à l'unité des soins intensifs ou coronariens entre 0 h et 7 h, le médecin qui, pour la journée en cause, se prévaut des dispositions du présent article est rémunéré, selon l'option qu'il exerce, soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient soit selon les tarifs des actes apparaissant aux alinéas a) à j) ci-dessus. S'il opte pour le tarif global, le niveau de ce tarif est de 132,30 \$ au 1^{er} avril 2009 et de 175,95 \$ au 1^{er} juillet 2010. Un seul tarif global peut être facturé par déplacement d'urgence, les services dispensés, lors d'un même déplacement, auprès d'autres patients étant rémunérés selon les dispositions des paragraphes précédents. »

5. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie d'un CHSGS** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 5.10 par le suivant :
« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »
6. **L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés** est modifiée en ajoutant, à son annexe II, les codes d'acte 09900, 09954, 09955 et 15967 à la liste des services médicaux rémunérés à 100 %.
7. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans certains établissements offrant un programme de toxicomanie** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 3.02 par le suivant :
« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »
8. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie d'un CHSLD** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 5.08 par le suivant :
« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »
9. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 4.08 par le suivant :
« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »
10. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires** est modifiée en remplaçant son paragraphe 3.05 par le suivant :
« Une prime de responsabilité est payée au médecin qui, dans le cadre de la nomination à honoraires fixes ou à tarif horaire qu'il détient au CLSC, dispense des services dans un centre de détention. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services dispensés dans le centre de détention. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

11. **L'entente particulière relative aux médecins qui, dans un CHSGS ou dans une maison privée liée par une entente de services avec un établissement, dispensent des services professionnels en soins palliatifs** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 4.03 par le suivant :
- « Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »
12. **L'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un CHSGS** est modifiée en remplaçant le premier alinéa de son paragraphe 4.02 par le suivant :
- « Pour les services dispensés dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, dans un centre jeunesse ou dans tout autre centre désigné par les parties, une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. »
13. **L'entente particulière relative à la rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du centre de santé de Chibougamau** est modifiée en remplaçant son paragraphe 3.03 par le suivant :
- « Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »
14. **L'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL)** est modifiée en remplaçant son paragraphe 4.02 par le suivant :
- « Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »
15. **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 ajoutant sous le dernier alinéa du paragraphe 4.07 l'alinéa suivant :
« Aux fins de l'analyse d'une telle demande, la Régie transmet au comité paritaire les données concernant l'inscription du patient concerné ainsi que les données de facturation relatives à l'inscription et à la prise en charge et au suivi de ce patient. »
 - b) En remplaçant l'annexe III prévue à l'article 9.00 A) par celle apparaissant à l'annexe I du présent amendement.
 - c) En ajoutant le sous-paragraphe suivant au paragraphe 13.00, section VI – dispositions transitoires :

« I) Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille en GMF au 31 décembre 2008 autre qu'un patient décrit au paragraphe H) de la présente entente, est réputé avoir été inscrit au 1^{er} janvier 2009. »

16. L'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice du médecin enseignant est modifiée en remplaçant les paragraphes 3.02 et 3.03 de la section II par les suivants :

« **3.02** La rémunération prévue à la présente entente particulière peut aussi couvrir les soins dispensés aux malades admis, à l'exclusion d'un accouchement ou d'un acte d'assistance opératoire. (Code d'activité **063030** – Services cliniques – Malades admis)

Pour que les soins dispensés aux malades admis soient ainsi couverts, le médecin doit opter pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire pour ces services au moment de sa nomination, du renouvellement de celle-ci, ou encore au moment de l'adhésion de l'établissement à l'entente particulière. Toutefois, lorsque la nomination du médecin ou le renouvellement de celle-ci vise majoritairement la dispensation de soins auprès de patients admis, le médecin doit alors obtenir une autorisation du comité paritaire.

***AVIS:** L'établissement (OXXX3) où le médecin rend des services cliniques aux malades admis doit faire parvenir à la Régie un avis de service n° 3547 pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire et n° 1897 pour chaque médecin rémunéré à honoraires fixes, préciser qu'il s'agit de l'article 3.02 « Malades admis - UMF » de la présente entente particulière et inscrire la période couverte par l'avis de service. Le médecin devra réclamer le code d'activité **063030** dans l'établissement (OXXX3) où il rend ces services.*

Les soins aux malades admis, au sens du présent paragraphe, ne comprennent pas les soins médicaux dont la dispensation est régie par une entente particulière, notamment celles ayant pour objet les soins coronariens ou intensifs, les soins psychiatriques, les soins palliatifs ainsi que les soins gériatriques. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas régis par une entente particulière, ces soins sont rémunérés selon les modalités prévues à l'Entente.

3.03 Cette rémunération ne couvre pas la dispensation des services médicaux qui est effectuée par le médecin dans le service d'urgence de première ligne ou dans une clinique externe physiquement distincte de celle relevant de l'unité de médecine familiale désignée.

Toutefois, cette rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le cas, couvre les visites à domicile que le médecin est appelé à effectuer dans le cadre de ses activités au sein de l'unité de médecine familiale, à moins que celui-ci n'opte, au moment de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci, ou au moment de l'adhésion de l'établissement à l'entente, pour le mode à l'acte lors des visites à domicile. »

17. L'entente particulière relative à la rémunération du médecin du Centre de santé et de services sociaux des Îles est modifiée en remplaçant son paragraphe 3.03 par le suivant :

« Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

18. La Lettre d'entente n° 131 est reconduite jusqu'au 31 mars 2011.

***AVIS :** Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 mars 2011 par l'Amendement n° 115.*

19. La Lettre d'entente n° 201 concernant l'expérimentation de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une unité de décision clinique est abrogée à compter du 1^{er} septembre 2010 et remplacée par l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une unité de décision clinique apparaissant à l'annexe II du présent amendement.

20. La Lettre d'entente n° 220 concernant la rémunération de l'évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal est abrogée et remplacée par la Lettre d'entente n° 223 concernant certaines évaluations médicales effectuées par les médecins omnipraticiens apparaissant à l'annexe III du présent amendement.

21. L'accord n° 206 est modifié en remplaçant le deuxième alinéa de son article 1 par le suivant :

« Une prime de responsabilité est également payée au médecin rémunéré selon ce mode. Cette prime est de 13,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2009 et de 13,70 \$ par heure au 1^{er} juillet 2010. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du présent accord. »

Texte paraphé de *l'Entente particulière relative à une unité de décision clinique*

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- 1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès de patients inscrits dans une unité de décision clinique située dans un établissement ou une partie d'un CSSS opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- 1.02 L'annexe I fait état de la liste des établissements désignés et précise, le cas échéant, le régime de rémunération applicable à l'établissement ainsi que le nombre de forfaits alloués hebdomadairement à l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- 2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CARACTÉRISTIQUES D'UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

- 3.01 Aux fins de la présente entente particulière, une unité de décision clinique doit présenter les caractéristiques suivantes :
 - L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est admise sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) ou du département de médecine d'urgence d'un établissement ou une partie d'un CSSS opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
 - Le fonctionnement de l'unité de décision clinique et la dispensation des services médicaux auprès des patients admis sont assumés par les médecins qui exercent au service d'urgence.
 - Elle occupe des locaux faisant partie du service d'urgence ou adjacents à celui-ci et elle regroupe dans ce lieu les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique de l'établissement dans lequel est situé l'unité de décision clinique.
 - Seuls les patients nécessitant un séjour hospitalier pour une évaluation rapide de leur condition et un traitement de courte durée y sont pris en charge. En l'absence d'une unité de décision clinique, ces patients nécessiteraient une hospitalisation en soins de courte durée. La durée de séjour projetée de la clientèle admise est d'au plus 48 heures.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- 4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités professionnelles visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :
- a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient, y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;
 - b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire, ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;
 - c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

- 5.01 Les modalités de rémunération prévue à la présente entente particulière couvrent, de façon exclusive, les services médicaux dispensés sur place entre 8 h et 24 h et, au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.

AVIS : *Tous les services rendus dans l'unité de décision clinique doivent être facturés avec le numéro d'établissement 4XXX7.*

- 5.02 Durant la période comprise entre 0 h et 8 h, les services médicaux sont dispensés selon l'organisation prévue, soit par le(s) médecin(s) qui effectue(nt) la garde sur place au service d'urgence de l'établissement ou par le(s) médecin(s) qui assurent la garde en disponibilité au bénéfice des patients admis à l'unité de décision clinique.

AVIS : *Le médecin utilisant le forfait prévu à l'article 1.4 b) du préambule général doit facturer les actes dispensés dans l'unité de décision clinique avec le modificateur pertinent. Celui dont l'établissement adhère à l'E.P. concernant la garde dans certains établissements (EP-43) et qui fait le choix de la rémunération à l'acte 1.4 a) du préambule général doit identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure à laquelle le service a été rendu et inscrire « G » dans la case C.S.*

- 5.03 Les modalités de rémunération du médecin qui dispense des services médicaux prévues par la présente entente particulière sont fonction de l'adhésion ou non de l'urgence de l'établissement à 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. Les modalités de rémunération sont les suivantes :

- a) Le médecin, dont l'établissement est adhérent à 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, est rémunéré de la façon suivante :
 - i) Le montant du forfait qui lui est applicable est celui qui est prévu selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence.
 - ii) Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

AVIS : *Pour la facturation des forfaits, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43),*

article 5.00 ou 6.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire et du groupe auquel appartient l'établissement. La facturation de ces forfaits doit être faite en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.

- iii) Au forfait susmentionné, s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V. Le pourcentage du tarif diffère selon le régime auquel adhère l'établissement. Le pourcentage applicable est de 45 % du tarif des services médicaux rendus par le médecin soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage applicable est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Dans l'unité de décision clinique (4XXX7), le professionnel doit utiliser les codes d'examen pour patient admis en CHSGS.*

- iv) Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente particulière est rémunéré pour les actes qu'il pose selon un pourcentage du tarif des services médicaux rendus selon la tarification applicable dans cette unité. Ce pourcentage est de 45 % du tarif des services médicaux rendus lorsque le médecin est soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : ***Établissement adhérent au Régime A :***

Pour l'utilisation des modificateurs pertinents, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43), article 5.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire, en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.

Établissement adhérent au Régime B :

Pour les services médicaux rendus en période de garde, veuillez utiliser les modificateurs suivants :

- *Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h MOD 406*
- *Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou le samedi, le dimanche ou une journée fériée de 8 h à 24 h..... MOD 407*
- *Les honoraires demandés en les calculant à 85 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- *Le code d'établissement spécifique 4XXX7.*

Le multiple du modificateur 407 est :

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Modificateurs multiples</i>	<i>Constante</i>
<i>108 – 407</i>	<i>837</i>	<i>1,1050</i>

- v) Pour une même période d'activité, un médecin ne peut se prévaloir simultanément des forfaits alloués en vertu de la présente entente et des forfaits prévus selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.

- b) Dans le cas où l'établissement n'est pas soumis à l'application de l'entente particulière visée au sous-paragraphe 5.03 a) qui précède, le médecin reçoit la rémunération qui est payable suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V de l'Entente.

AVIS : Dans l'unité de décision clinique (4XXX7), le professionnel doit **utiliser les codes d'examen pour patient admis en CHSGS.**

5.04 S'appliquent également les modalités de rémunération suivantes :

- 5.04.1 Les dispositions prévues au paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière, forfait et pourcentage des actes. Toutefois, pour une période donnée le médecin ne peut réclamer le supplément pour les services dispensés en horaires défavorables prévu au dernier alinéa du paragraphe 2.2.9 B qu'en un seul lieu (le service d'urgence ou l'unité de décision clinique, selon le cas).
- 5.04.2 Le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière n'a pas droit au supplément de responsabilité prévu au sous-paragraphe 2.4.7.8 du préambule général des dispositions tarifaires.
- 5.04.3 Le médecin a droit, conformément au libellé de cet acte, à la facturation du forfait de congé en établissement d'un patient admis, sauf lorsque le patient quitte l'unité de décision clinique pour être admis en courte durée. Le médecin a droit de réclamer 100 % du tarif fixé pour le congé en établissement, malgré les paragraphes 5.03 a) iii) et 5.03 a) iv) ci-dessus.

AVIS : Pour la facturation du forfait de congé, veuillez vous référer aux instructions prévues à l'E.P. relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, paragraphe 9.00 C), en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.

5.05 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement avec des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement.

AVIS : Les établissements adhérents à cette entente particulière doivent transmettre à la Régie la liste des professionnels (noms et numéros de pratique) qui exercent dans l'unité de décision clinique, en prenant soin de spécifier la date de début de la période visée pour chacun et, le cas échéant, celle de fin. Vous devez également informer la Régie de toute modification apportée à cette liste. Veuillez envoyer le tout 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 au 418 646-8110

5.06 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou le chef de département de médecine d'urgence, ou celui qui remplace l'un ou l'autre selon le cas, procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

- Il est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'un établissement qui désire se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce dans une unité de décision clinique. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.
- Aux fins de l'application du paragraphe 5.03 a) de la présente entente particulière, il détermine, le cas échéant, le nombre de forfaits hebdomadaires attribués à l'établissement pour rémunérer les activités effectuées pour l'ensemble des médecins visés par la présente entente et il en informe l'établissement et la Régie. À cette fin, le comité paritaire tient compte des conditions et des données observées au service d'urgence de l'établissement concerné dans le cadre de l'application de 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.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace la Lettre d'entente n° 201 du 1^{er} septembre 2008. Elle entre en vigueur le 1^{er} septembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce ____^e jour de _____ 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, m.d.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Extraits paraphés de la *Lettre d'entente n° 223*

Concernant la rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins omnipraticiens

CONSIDÉRANT qu'en vertu de certaines lois provinciales et fédérales, un médecin peut être requis de procéder à diverses évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne;

CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir des modalités de rémunération des évaluations effectuées par les médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin est rémunéré selon la tarification prévue à la présente lettre d'entente lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des évaluations suivantes :

1.1 Évaluation en vue d'une garde préventive

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin exerçant dans un établissement afin d'admettre une personne sous garde préventive lorsqu'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98000 Évaluation – Garde préventive 125 \$

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

- le **numéro d'assurance maladie** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **98000** dans la section Actes;
- le **montant réclamé** dans la case HONORAIRES;
- le **numéro d'établissement approprié** en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde intégré;
- **inscrire la date d'entrée de l'hospitalisation du patient;**
- le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

1.6 Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin à la suite d'une ordonnance émise par un tribunal en vue de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98005 Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé 210 \$

AVIS : *Vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un prévenu non résident du Québec, vous devez inscrire les renseignements essentiels suivants sur votre Demande de paiement – Médecin n° 1200 :*

- *inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe du prévenu;*
- ou**
- *le numéro d'assurance maladie du prévenu dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, si vous le détenez;*

- le code **98005** dans la section Actes;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;
- inscrire le modificateur **990** (pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro d'établissement approprié en cabinet, en CHSGS, en CLSC ou en Centre de détention;
- le rôle **1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Conserver pour une période de **60 mois** l'ordonnance du tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou une copie du subpoena assignant le médecin à comparaître, selon le cas, pour des fins de références ultérieures.

Le document de cour signé par le juge atteste du type d'examen pouvant être facturé, et ce, selon le délai de temps alloué pour effectuer l'évaluation requise.

2. Témoignage devant une cour ou un tribunal administratif

Le médecin qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif en regard d'un rapport d'évaluation psychiatrique visé aux présentes dont il est l'auteur, a droit à une rémunération de 840 \$ par demi-journée (période de trois heures et demie (3 ½)) de disponibilité, incluant la comparution proprement dite, demi-journée pendant laquelle il ne peut vaquer à ses activités habituelles. Cette rémunération est divisible en demi-heures. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata du temps réel de la disponibilité, sous réserve du fait que pour les fins de la facturation, une période inférieure à deux (2) heures est réputée être de deux (2) heures et qu'une période de plus de sept (7) heures est réputée être de sept (7) heures.

98012 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure 120 \$

Le médecin qui reçoit, au cours d'une période, la rémunération prévue à l'alinéa précédent ne peut être rémunéré autrement dans le cadre de l'assurance maladie pour des activités professionnelles effectuées durant sa période de disponibilité à comparaître.

AVIS : Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en **demi-heure (120 \$)** et utiliser le code d'acte **98012**.

Vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un prévenu non résident du Québec, vous devez inscrire les **renseignements essentiels** suivants sur votre Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe du prévenu;
- ou**
- le numéro d'assurance maladie du prévenu dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, si vous le détenez;
- le code **98012** dans la section Actes;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.;
- inscrire le **modificateur** correspondant au motif d'évaluation (MOD **990, 991, 993, 994 ou 996**);
- le numéro de l'établissement approprié ou le code de localité;
- le **nombre de demi-heure(s)** dans la case UNITÉS;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- le rôle **1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Conserver pour une période de **60 mois** l'ordonnance du tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou une copie du subpoena assignant le médecin à comparaître, selon le cas, pour des fins de références ultérieures.

Modificateurs à utiliser, afin d'indiquer le motif d'évaluation indiqué sur l'ordonnance du juge :

MOD 990	<i>Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.</i>
MOD 991	<i>Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle.</i>
MOD 993	<i>Pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né, était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction.</i>
MOD 994	<i>Dans un cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, pour déterminer la décision à l'égard de celui-ci.</i>
MOD 996	<i>Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé.</i>