

À l'intention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 118

Modification apportée à l'annexe XIV (*Amendement n° 115*)
et prolongation de la *Lettre d'entente n° 195*

Introduction

La Régie vous présente les modifications apportées à votre entente dans le cadre de l'*Amendement n° 118* 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.

Cet amendement comprend notamment :

- des modifications apportées à la règle 2.4.1 – Constatation de décès du préambule général;
- un nouveau code d'acte pour l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier;
- dans le cadre de l'entente particulière – Soins intensifs ou coronariens, les libellés du tarif global sont modifiés et le code d'acte **08897** est aboli (une révision massive sera effectuée);
- les ententes particulières AMP, santé publique et PREM sont également modifiées.

FACTURATION

La Régie est prête à recevoir la facturation **à compter du 3 mai 2011**. Pour les dispositions rétroactives, vous avez **90 jours suivant la date de la présente infolettre** pour nous faire parvenir vos demandes de paiement.

Dans le cadre de l'*Amendement n° 115*, une modification a été apportée au paragraphe 5.02 de l'annexe XIV et elle sera en vigueur **à compter du 1^{er} juin 2011**.

De plus, les parties négociantes ont convenu de prolonger la *Lettre d'entente n° 195* **jusqu'au 31 mars 2012**. Cette lettre d'entente accorde un montant au médecin qui prend charge d'un patient vulnérable orphelin référé par le coordonnateur médical local. Cette disposition fera l'objet d'un prochain amendement.

Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 118*

Sommaire

1. Manuel de facturation.....	2
1.1 Frais accessoires	2
1.2 Examen psychiatrique complet – Plus d'un patient à domicile.....	2
1.3 Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit..	3
1.4 Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier.....	4
1.5 Constatation de décès	5
2. Entente générale	6
2.1 Avantages sociaux.....	6
2.2 Période d'absence due à un congé d'invalidité	7
2.3 Tarif horaire et dispositions tarifaires afférentes.....	7
2.4 Majoration en horaires défavorables.....	8
3. Ententes particulières	8
3.1 E.P. – Unité de soins intensifs ou coronariens.....	8
3.2 E.P. – Activités médicales particulières (AMP)	9
3.3 E.P. – Santé publique.....	9
3.4 E.P. – Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).....	10
4. Lettres d'entente	10
5. Changements administratifs	11

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone

Québec 418 643-8210
Montréal 514 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur

Québec 418 646-9251
Montréal 514 873-5951

NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE
DU LUNDI AU VENDREDI,
DE 8 H 30 À 16 H 30
(MERCREDI DE 10 H 30 À 16 H 30)

1. Manuel de facturation

1.1 Frais accessoires

◆ Préambule général, règle 1.1.4

Le libellé du troisième alinéa du paragraphe 1.1.4 est modifié pour préciser que les honoraires de rédaction des formulaires médicaux identifiés à l'annexe XI de l'Entente sont inclus dans la rémunération de l'examen ou de la consultation qui lui est associé, à moins qu'il n'en soit prévu autrement au Tarif. La rédaction d'un de ces formulaires peut être payable si un tarif est prévu spécifiquement à l'Entente. Ainsi, le nouveau code d'acte **15265** – Rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) permet maintenant la rémunération de la rédaction de ce formulaire indépendamment de la rémunération de tout acte qui lui est associé.

Cette disposition est en vigueur depuis le 1^{er} mars 2011.

1.2 Examen psychiatrique complet – Plus d'un patient à domicile

1.2.1 Lieu de pratique – Domicile

◆ Préambule général, règle 1.1.6 b

Le troisième alinéa du paragraphe 1.1.6 b est modifié pour inclure la rémunération de l'examen psychiatrique complet lorsque le médecin visite plus d'un patient à domicile. Cette disposition est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011.

En concordance avec cette nouvelle disposition, deux nouveaux actes sont créés et le libellé des codes d'acte **08873** et **08874** est modifié. Ces changements seront introduits dans un prochain amendement et sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011.

1.2.2 Onglet B – Consultation et examen

◆ Manuel de facturation

À la sous-rubrique *à domicile* de la rubrique *Examen (patients de moins de 70 ans)*, en dessous du code d'acte **08874**, le libellé et le tarif suivants sont ajoutés :

08873	examen ordinaire (moins de 60 ans)	18,90 \$
08874	examen complet (moins de 60 ans)	38,05 \$
08855	examen psychiatrique complet (moins de 70 ans).....	44,85 \$

AVIS : Veuillez prendre note que le tarif du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2011 est de **44,10 \$**.

À la sous-rubrique *à domicile* de la rubrique *Examen (70 ans ou plus)*, en dessous du code d'acte **08881**, le libellé et le tarif suivants sont ajoutés :

08856	examen psychiatrique complet (70 ans et plus).....	51,20 \$
-------	--	----------

AVIS : Veuillez prendre note que le tarif du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2011 est de **50,30 \$**.

RÉVISION

Demande de révision à effectuer par le médecin

Les médecins qui ont effectué un examen psychiatrique complet depuis le 1^{er} janvier 2011 et réclamé un examen complet (code d'acte **00074**, **08874**, **08879** ou **08881**), peuvent faire une demande de révision dans les 90 jours suivant la présente infolettre en précisant quels sont les services ainsi facturés. À la suite de cette demande, la Régie procédera à la modification du code d'acte de l'examen complet pour l'un des deux codes d'examen psychiatrique complet (**08855** ou **08856**) selon l'âge du patient.

Il est important d'inscrire le **numéro de la présente infolettre** sur le formulaire *Demande de révision* n^o 1549.

1.3 Rémunération lors d'un déplacement d'urgence de nuit

◆ Préambule général, règle 1.5

À NOTER

Le déplacement d'urgence de 0 h à 7 h (code d'acte **15232**) se trouvait auparavant au paragraphe 4.04 de l'E.P.– Soins intensifs ou coronariens. Ce paragraphe est retiré par l'*Amendement n^o 118*.

Un troisième sous-paragraphe est ajouté pour permettre la rémunération du médecin lors d'un déplacement d'urgence de 0 h à 7 h pour dispenser des soins à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens. Le déplacement d'urgence de 0 h à 7 h (code d'acte **15232**) est de :

- **175,95 \$** du 1^{er} juillet au 30 septembre 2010;
- **179 \$** du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2011;
- **182,10 \$** à compter du 1^{er} avril 2011.

Le code d'acte **15232**, auparavant réservé aux déplacements d'urgence de 0 h à 7 h pour la dispensation de soins à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un établissement adhérent à l'E.P. – Soins intensifs ou coronariens, est dorénavant permis dans les unités de soins intensifs ou coronariens de tout établissement adhérent ou non. Ce code est payable en plus du tarif global des codes d'acte **09997** et **08896** prévus à l'E.P. – Soins intensifs ou coronariens.

Les majorations en horaires défavorables prévues au paragraphe 2.2.9 A s'appliquent à cet acte.

RÉVISION

Révision du code d'acte 09099 (paragraphe 1.5 b) du préambule général)

La Régie effectuera une révision massive du code d'acte **09099** qui a été facturé dans une unité de soins intensifs ou coronariens entre le 1^{er} juillet 2010 et le 7 mai 2011 afin qu'il soit payé selon le tarif du code **15232**.

Demande de révision à effectuer par le médecin (paragraphe 1.5 a) du préambule général)

Les médecins qui se sont prévalus de la facturation à l'acte selon le paragraphe 1.5 a) du préambule général et qui désirent remplacer celle-ci par le déplacement d'urgence de 0 h à 7 h (code d'acte **15232**) ont 90 jours suivant la présente infolettre pour faire une demande de révision.

Il est important d'inscrire le **numéro de la présente infolettre** sur le formulaire *Demande de révision* n° 1549.

Pour plus de détails sur les instructions de facturation, veuillez vous référer à la [partie I](#) de la présente infolettre.

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

1.4 Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier

◆ Préambule général, règle 2.2.6 C

Une nouvelle intervention au service d'urgence d'un centre hospitalier, soit **l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier** est introduite dans le présent amendement. Le médecin est rémunéré lorsqu'il :

- entreprend les démarches requises pour orienter un patient vers un centre d'hémodynamie, et
- s'assure que le personnel pertinent du centre receveur puisse se préparer à prendre en charge le patient dès son arrivée.

Le Ministère accrédiitera les centres hospitaliers qui pourront effectuer cette intervention lors du transport du patient par ambulance.

Le code d'acte suivant est ajouté sous le code d'acte **15070** de l'onglet *B – Consultation et examen* :

	orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie	
15263	démarches entreprises pendant un transport ambulancier menant à l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie.....	60,00 \$

Ce nouvel acte est permis uniquement dans un service d'urgence d'un centre hospitalier.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} février 2011**.

1.5 Constatation de décès

◆ Préambule général, règle 2.4.1 et onglet *B – Consultation et examen*

Dans l'*Amendement n° 118*, les parties négociantes ont précisé que la constatation de décès avec ou sans déplacement inclut :

- l'examen requis pour constater le décès;
- la consignation des observations pertinentes au dossier du patient;
- l'indication du lieu, de la date et de l'heure du décès constaté au formulaire prescrit.

Cette modification entraîne un changement tarifaire en vigueur depuis le 1^{er} mars 2011 pour les codes d'acte suivants :

Constatation de décès (réf. : préambule général, règle 2.4.1)

00013	sans déplacement (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	20,35 \$
00014	avec déplacement entre 7 h et 24 h (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	50,90 \$
15234	avec déplacement entre 0 h et 7 h (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	101,75 \$

Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus

00016	sans déplacement (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	20,35 \$
00018	avec déplacement entre 7 h et 24 h (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	50,90 \$

Le tarif de ces actes a été modifié compte tenu de l'exclusion de la rédaction du bulletin de décès (point 1.5.2 de la présente infolettre) du libellé.

De plus, l'acte suivant est ajouté sous le code d'acte **00018** :

15266	avec déplacement entre 0 h et 7 h (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	101,75 \$
-------	--	-----------

RÉVISION

La Régie effectuera une révision massive des codes d'acte (**00013, 00014, 00016, 00018 et 15234**) pour les demandes de paiement payées **du 1^{er} mars au 31 mars 2011** afin d'ajuster le tarif pour celui en vigueur depuis le 1^{er} mars 2011.

Cette révision réduit le montant des honoraires qui vous sont versés pour chacun de ces constats de décès, du fait que la rémunération de la rédaction du bulletin de décès est dorénavant exclue de ce service. Si vous avez complété le bulletin de décès pour ces patients, vous devrez réclamer ce service, conformément aux informations qui figurent au paragraphe 1.5.2 des présentes.

1.5.1 Constatation de décès à distance

Depuis le 1^{er} mars 2011, le médecin qui procède à la constatation de décès à distance dans un centre accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux peut se prévaloir de la rémunération prévue pour ce service. Le code, le libellé et le tarif de ce nouvel acte sont :

15264	évaluation à distance du décès incluant, le cas échéant, le constat de décès (<i>P.G. 2.2.9 A</i>).....	20,35 \$
-------	--	----------

Dans les exemples suivants, nous vous présentons les différentes possibilités de facturation lorsqu'un médecin à distance constate ou non le décès.

Exemples :

- 1) Le médecin qui effectue l'évaluation à distance du décès, constate le décès et rédige le bulletin de décès peut se prévaloir des codes d'acte suivants : **15264** et **15265**.
- 2) Le médecin qui effectue l'évaluation à distance du décès mais qui ne constate pas le décès peut se prévaloir uniquement du code d'acte **15264**. Le patient est donc transféré au service d'urgence et un second médecin pourra constater le décès et rédiger le bulletin de décès. Ce dernier peut, le cas échéant, se prévaloir d'un des codes d'acte suivant (**00013, 00014, 00016, 00018, 15234** ou **15266**) et du code d'acte **15265**.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} mars 2011**.

1.5.2 Rédaction du bulletin de décès

La rédaction du bulletin de décès fait maintenant partie de la **règle 2.4.1.1**. Le code, le libellé et le tarif de ce nouvel acte sont :

15265	rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) (<i>P.G. 2.2.9 A</i>)	17,30 \$
-------	---	----------

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} mars 2011**.

À NOTER

Les nouveaux codes d'acte **15265** et **15266** sont ajoutés à la liste des actes payables à 100 % de l'annexe II de l'E.P. – Anesthésie (CHSGS). Ces ajouts feront l'objet d'un prochain amendement.

2. Entente générale

2.1 Avantages sociaux

◆ Brochure n^o 1 → Annexe VI

2.1.1 Régime de rentes de survivants – Mise à jour des taux d'assurance

◆ Paragraphes 6.22 et 6.23

L'*Amendement n^o 118* modifie le texte officiel de l'annexe VI pour être conforme avec les taux d'assurance appliqués depuis le 1^{er} janvier 2011.

Dans le cadre du régime de rentes de survivants, la contribution de la Régie, pour une année civile donnée, est passée de 1,94 % à **1,91 %**. La différence entre le coût réel de la rente de survivant et le traitement du médecin est passée de 1,06 % à **1,09 %**.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} janvier 2011**.

2.1.2 Régime d'assurance invalidité de base

◆ Paragraphe 8.02 a) ii)

À la fin de sa période de réadaptation, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est pas invalide. Toutefois, si son invalidité persiste, celui-ci continue de recevoir sa prestation tant qu'il est admissible.

Le médecin peut, après une période minimale de quatre mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation proposé. Il continue d'être assujéti au régime d'assurance invalidité. Il est alors assujéti au régime d'assurance invalidité et son traitement hebdomadaire est réparti selon les proportions de temps consacrées aux activités de réadaptation et celles non consacrées conformément au paragraphe 8.02 a) ii).

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} janvier 2011**.

2.2 Période d'absence due à un congé d'invalidité

◆ Brochure n° 1 → Annexe XII, section I, paragraphe 4.4

Aux fins du calcul des années de pratique, toute interruption de plus de 24 mois annule les années de pratique cumulées antérieurement à cette interruption, sauf dans les cas suivants :

- une période d'absence due à un congé d'invalidité totale ;
- une dérogation autorisée par le comité paritaire.

Cette disposition touche tous les modes de rémunération. Elle est en vigueur **depuis le 1^{er} janvier 2011**.

2.3 Tarif horaire et dispositions tarifaires afférentes

◆ Brochure n° 1 → Annexe XIV, section I, paragraphe 5.02

Dans le cadre de l'article 1 C) de l'*Amendement n° 115*, le nombre d'heures de dépassement autorisé et prévu au paragraphe 5.10 permettra aux médecins de réclamer, en colonne 1, le nombre d'heures réelles effectuées en dépassement de leurs 35 premières heures sans limite hebdomadaire. Actuellement, la limite est de 1/44 de 880 heures par semaine, donc 20 heures maximum.

Donc, le paragraphe 5.02 de la section est modifié de la façon suivante :

« **5.02** Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 1 du tableau apparaissant ci-dessus s'appliquent à la rémunération des activités professionnelles du médecin jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, du nombre d'heures apparaissant à ce paragraphe. L'activité professionnelle visée au présent paragraphe peut comprendre la garde sur place que le médecin effectue à même ses premières trente-cinq (35) heures d'activités professionnelles hebdomadaires, additionnées du nombre d'heures effectivement consacrées à ces activités lorsque le médecin se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous. »

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **XXX071** pour la garde sur place effectuée à même les premières 35 heures d'activités professionnelles ou les premières 55 heures jusqu'au 31 mai 2011 et aucune limitation d'heures à partir du 1^{er} juin 2011 pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10.

Cette disposition entre en vigueur à compter du 1^{er} juin 2011.

2.4 Majoration en horaires défavorables

◆ Brochure n° 1 → Annexe XX, paragraphes 5.03 et 5.04

Au paragraphe 5.03, le tarif du supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée est de :

- 119,20 \$ du 1^{er} juillet au 30 septembre 2010;
- 121,20 \$ du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2011;
- 123,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2011.

RÉVISION

Ces tarifs ont été appliqués aux dates mentionnées. **Aucune révision n'est nécessaire.**

De plus, les dispositions des paragraphes 5.02 et 5.03 s'appliquent maintenant au médecin qui exerce pour le compte de la Corporation d'Urgences-santé **ou dans le cadre de la nouvelle Entente particulière concernant le département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.**

Cette disposition est en vigueur depuis le 24 avril 2011.

À NOTER

Les parties négociantes ont convenu de deux nouvelles ententes particulières concernant les services préhospitaliers d'urgence. La première remplace l'entente particulière – Urgences-santé et la seconde concerne le département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Pour de plus amples détails, veuillez consulter les infolettres n^{os} [024](#) et [025](#) sur ces deux ententes particulières.

3. Ententes particulières

3.1 E.P. – Unité de soins intensifs ou coronariens

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 3

Modalités de rémunération Régime A

Au paragraphe 4.02, les parties négociantes ont convenu de modifier la formule de rémunération à l'acte. Le code d'acte **08897** pour les journées suivantes de séjour dans l'unité **est aboli au 1^{er} juillet 2010**. À compter de cette date, les journées au-delà de la première journée de séjour dans l'unité sont

comprises dans le code d'acte **08896** dont le libellé est modifié comme suit : « pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes ». Nous vous rappelons que les forfaits sont :

- Pour la 1^{re} journée, le forfait (code d'acte **09997**) passe de 116,35 \$ à **118,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2011**;
- Pour la 2^e journée et les journées suivantes, le forfait (code d'acte **08896**) passe de 93,75 \$ à **95,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2011**.

De plus, le supplément (code d'acte **15231**) payé lorsque le patient est intubé et ventilé mécaniquement est de 22,20 \$ jusqu'au 30 juin 2010, de 48,50 \$ du 1^{er} juillet 2010 au 30 septembre 2010, de 49,35 \$ du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2011 et de **50,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2011**.

Au paragraphe 4.03, le forfait de déplacement d'urgence de nuit (code d'acte **15232**) est ajouté à la liste des forfaits payables en plus des forfaits (code d'acte **09997** ou **08896**).

k) le forfait de déplacement d'urgence auprès d'un patient à l'unité des soins intensifs et coronariens entre 0 h et 7 h (*code 15232*)

Les codes d'acte **15264**, **15265** et **15266** sont également ajoutés au paragraphe 4.03 h) :

h) la constatation de décès (*codes 00013, 00014, 00016, 00018, 15234, 15264, 15265 et 15266*)

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

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

RÉVISION

Veuillez prendre note que la Régie révisera les services (codes d'acte **08897** et **15231**) déjà payés. Elle procédera à deux révisions massives pour les demandes de paiement reçues entre le :

- **1^{er} juillet et le 30 septembre 2010**;
- **1^{er} octobre 2010 et le 3 mai 2011**.

Aucune demande de révision n'est nécessaire de la part du médecin.

3.2 E.P. – Activités médicales particulières (AMP)

◆ Brochure n^o 1 → E.P. n^o 16

Dans le cadre de cette entente particulière, le médecin résident qui détient une autorisation prévue au paragraphe 3.10 de l'*Entente particulière relative aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)* est réputé avoir adhéré à la présente entente particulière.

Le paragraphe 3.2.5 est donc ajouté et est **en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011**.

3.3 E.P. – Santé publique

◆ Brochure n^o 1 → E.P. n^o 24

Les parties négociantes ont prévu que la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ait son propre calendrier des congés fériés. Le médecin qui travaille à la direction générale et qui assure certaines gardes en disponibilité peut, lors de services rendus durant la garde, bénéficier de la majoration en horaires défavorables selon le paragraphe 5.10.03 de la présente entente particulière.

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

3.4 E.P. – Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 37

3.4.1 Avis de conformité (paragraphe 3.10)

Des modifications sont apportées à l'entente particulière pour permettre qu'un médecin résident qui détient un permis **d'exercice régulier ou restrictif de résident** soit autorisé à effectuer des activités médicales dans une région **sans détenir d'avis de conformité au PREM** ou de dérogation en tenant lieu. Ces activités médicales autorisées doivent faire partie des activités médicales particulières proposées par le DRMG de la région. Le DRMG avise la Régie des autorisations accordées en vertu du paragraphe 3.10.

Pour les activités médicales effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage, l'autorisation est accordée par le comité paritaire responsable de l'entente particulière. Le comité paritaire en informe la Régie.

Les autorisations du DRMG de la région ou du comité paritaire sont d'une période d'un an et peuvent être renouvelables tant que le statut de résident est maintenu.

3.4.2 Procédure d'obtention d'un avis de conformité (paragraphe 5.01)

Le second alinéa du paragraphe 5.01 est modifié pour retirer la restriction du médecin qui ne répond pas aux conditions de calcul d'une année de pratique apparaissant à l'annexe IV de la présente entente particulière. Donc dorénavant, aucune demande visant l'obtention d'un poste au PREM de l'année suivante ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courant et toute demande reçue « entre le 15 octobre et le 15 novembre est réputée avoir été reçue le 15 novembre. »

3.4.3 Règles s'appliquant aux régions à pratique partielle restreinte (paragraphe 7.01)

Le paragraphe 7.01 est modifié pour préciser que les dispositions du paragraphe 3.10 sont également prises en compte. Le médecin résident détenant un permis régulier ou restrictif et autorisé par le DRMG dans une région à pratique restreinte de même que le médecin ayant 20 ans ou plus de pratique, peuvent, dans le respect de leur autorisation, exercer sans pénalité dans une telle région.

Ces modifications à l'entente particulière sont en vigueur **depuis le 1^{er} janvier 2011**.

4. Lettres d'entente

◆ BROCHURE N° 1

○ Lettre d'entente n° 131

Cette lettre d'entente qui accorde au médecin qui convient d'une entente avec une agence régionale une rémunération lors d'activités de formation requises pour reprendre la pratique à l'urgence ou à l'hospitalisation, est **prolongée jusqu'au 31 mars 2012**.

L'avis, sous le paragraphe 4.01, est modifié comme suit :

AVIS : Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 mars 2012 par l'Amendement n° 118.

○ **Lettre d'entente n° 195**

Cette lettre d'entente, qui accorde un supplément au médecin qui prend charge d'un patient vulnérable orphelin référé par le coordonnateur médical local, est **prolongée jusqu'au 31 mars 2012**.

L'avis suivant est ajouté sous l'article 8 :

AVIS: *Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 mars 2012.*

○ **Lettre d'entente n° 221**

Une nouvelle mesure est ajoutée au paragraphe 1.1 d) concernant l'augmentation de la rémunération des services dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens apportée par le biais des modifications tarifaires du présent amendement.

Cette modification ne touche que le financement de ces mesures.

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

5. Changements administratifs

○ **Annexe XII-A – Rémunération différente dans les territoires non désignés**

◆ Brochure n° 1

L'avis sous l'article 4 est modifié comme suit :

AVIS: *Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :*

- *Pour le Centre hospitalier Portneuf/CLSC de Portneuf (02357), veuillez utiliser le secteur de dispensation 07 en tout temps.*
- *Pour les autres établissements, veuillez utiliser le secteur de dispensation correspondant à la période de facturation :*

<i>Journées concernées</i>	<i>Heures concernées</i>	<i>Secteur dispensation</i>	
		<i>à partir du 1^{er} juillet 2010</i>	<i>jusqu'au 30 juin 2010</i>
<i>Tous les jours de la semaine</i>	<i>0 h à 8 h</i>	35	12
<i>Samedi, dimanche ou journée fériée</i>	<i>8 h à 24 h</i>	34	12
<i>Lundi au jeudi à l'exception d'une journée fériée</i>	<i>20 h à 24 h</i>	32	12
<i>Vendredi à l'exception d'une journée fériée</i>	<i>20 h à 24 h</i>	33	12
<i>Lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée</i>	<i>8 h à 20 h</i>	07	07

Médecins rémunérés à l'acte : les actes suivants, dispensés dans un service de consultation médicale physiquement dissocié du service d'urgence, ne doivent pas être majorés :

00005 – 00006 – 00056 – 00057 – 08807 – 08808 – 00097 – 00098 – 08809 – 08810 – 08882 à 08885 – 09116 – 09117 – 09119 – 09120 – 08992 – 08993 et 08996.

○ **E.P. – Malades admis – CHSGS**

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 29

L'avis sous le sous-paragraphe 4.09.01 est modifié comme suit :

AVIS : Pour la majoration de 23 % du forfait **09778, 19007, 19018 ou 19019**, veuillez utiliser le modificateur **045**. Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général, veuillez utiliser les modificateurs suivants :

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Modificateur multiple</i>	<i>Constante</i>
045 – 126	273	0,5731
045 – 151	295	0,9569
045 – 094 – 126	306	0,5731
045 – 094 – 151	312	0,9569
045 – 094 – 126 – 179	903	0,5731
045 – 094 – 151 – 179	904	0,9569
045 – 126 – 179	359	0,5731
045 – 151 – 179	361	0,9569

Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général effectués dans une unité de soins intensifs ou coronariens ainsi que les forfaits (**09997** et **08896**) Régime A de l'Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens, veuillez utiliser le modificateur suivant :

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Modificateur multiple</i>	<i>Constante</i>
069 – 126	648	0,6058

○ **Message explicatif**

◆ Manuel de facturation

Le message explicatif **501** est modifié comme suit :

501 Les forfaits 08896, 09997, 19107 comprennent la prestation de l'ensemble des services médicaux fournis au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.

Texte paraphé de l'Amendement n° 118

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) L'annexe V est modifiée comme suit :

a) En modifiant le **préambule général** de la façon suivante :

i) En remplaçant le troisième sous-paragraphe du paragraphe 1.1.4 par le suivant :

« Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires ci-après mentionnés dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente et pour lesquels les honoraires de rédaction sont inclus dans la rémunération de l'examen ou de la consultation, ou sont prévus au tarif :

- le certificat médical requis en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu*;
- le formulaire médical requis en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental*;
- les formulaires médicaux requis en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*. »

ii) En remplaçant au paragraphe 1.1.6 b) le troisième alinéa par le suivant :

« Lorsque la visite à domicile comporte l'examen de plus d'un patient, chaque examen fait auprès d'un patient additionnel est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire, de l'examen complet ou de l'examen psychiatrique complet, au cabinet, sauf mention contraire au tarif. »

L'avis sous le dernier alinéa du paragraphe 1.1.6 b) est modifié comme suit :

AVIS : *Le code d'acte 00075 doit être facturé seulement pour les deux premiers patients additionnels. Si d'autres patients sont vus au cours de la même séance, le médecin doit alors facturer un des codes d'acte suivants : 00022, 00074, 08855, 08856, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880 et 08881.*

iii) En ajoutant l'alinéa c) suivant au paragraphe 1.5 :

Veillez prendre note que l'avis suivant est ajouté sous le paragraphe 1.5 b) du préambule général :

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

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui nécessite le déplacement;
- le code d'acte 09099 (P.G. 2.2.9 A) dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- Veuillez indiquer l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *ainsi que les codes d'acte correspondants aux services rendus.*

« c) soit, lorsque les soins sont dispensés à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens, selon un tarif global de 175,95 \$ au 1^{er} juillet 2010 et de 179 \$ au 1^{er} octobre 2010. »

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 d'acte **15232** (P.G. 2.2.9 A) dans la section Actes ou dans la section Visites;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**) et (**4XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- Veuillez indiquer l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

iv) En ajoutant au paragraphe 2.2.6 C, à la suite du quatrième sous-paragraphe le sous-paragraphe suivant :

« **5) Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier**

Le médecin qui, durant le transport ambulancier d'un patient, entreprend les démarches requises pour orienter le patient vers un centre d'hémodynamie et pour s'assurer que le personnel pertinent du centre receveur puisse se préparer à prendre charge du patient dès son arrivée, est rémunéré pour ce service.

La démarche du médecin doit s'effectuer conformément au protocole établi. »

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 d'acte **15263**;
- le code d'établissement **0XXX7**;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- inscrire le nom de l'établissement vers lequel le médecin a dirigé le patient dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

v) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 2.2.9 A par le suivant :

« Sont visés par cette disposition les examens et consultations paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A ». La constatation de décès (P.G. 2.4.1), le tarif global pour le déplacement d'urgence de nuit (P.G. 1.5 b) et 1.5 c)) et le transfert ambulancier (P.G. 2.4.9) sont également visés. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition. »

vi) En remplaçant le paragraphe 2.4.1 par le suivant :

« 2.4.1 Constatation de décès

Le médecin reçoit la rémunération prévue au tarif pour la constatation d'un décès. Ce service inclut l'examen requis pour constater le décès, la consignation des observations pertinentes au dossier du patient, ainsi que le fait d'indiquer le lieu, la date et l'heure du décès constaté au formulaire prescrit.

AVIS : Voir les codes d'acte 00013, 00014, 00016, 00018, 15234 et 15266 sous l'onglet B.

Dans un centre accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le médecin qui procède à distance à l'évaluation clinique d'un patient décédé peut se prévaloir de la rémunération prévue pour la constatation de décès à distance. Il doit alors, s'il dresse également le constat de décès, autoriser le transport de la dépouille vers un salon mortuaire ou la morgue du coroner, et transmettre le constat de décès au directeur funéraire ou au bureau du coroner, selon le cas. Dans le cas où il ne dresse pas le constat de décès, il doit diriger le patient vers un service d'urgence. Dans tous les cas, il doit faire une note au dossier conservé par le centre. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le technicien ambulancier et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt. Dans le cas où l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

Lorsque le décès a été constaté, sur place ou à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut de plus se prévaloir de la rémunération prévue pour ce service. Si c'est le médecin qui a constaté à distance le décès qui complète le bulletin de décès, il peut se prévaloir de la rémunération prévue dans la mesure où il transmet une copie du bulletin de décès au directeur funéraire.

AVIS : Voir le code d'acte 15264 sous l'onglet B.

2.4.1.1 Rédaction du bulletin de décès

Le médecin qui complète le bulletin de décès en y indiquant les informations prévues au formulaire, telles les causes du décès, s'il y a eu autopsie, si des radio-isotopes étaient présents dans le cadre du décès, s'il s'agissait d'une grossesse ou d'une complication de grossesse, s'il y a des signes de violence et s'il y a présence d'une maladie à déclaration obligatoire, peut se prévaloir du tarif du bulletin de décès.

Aucun examen ne peut être réclamé aux fins de la rédaction du bulletin de décès, mis à part l'examen externe d'un cadavre à la demande du coroner, l'autopsie ou la constatation de décès, selon le cas. »

AVIS : Voir le code d'acte 15265 sous l'onglet B.

b) L'onglet « **CONSULTATION ET EXAMEN** » est modifié de la façon suivante :

i) En ajoutant à la sous-rubrique « service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde », en dessous du code d'acte 15070, le libellé et le tarif suivants :

« orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie
(15263) démarches entreprises pendant un transport
ambulancier menant à l'orientation d'un patient
vers un centre d'hémodynamie..... 60,00 \$ »

AVIS : Pour le code d'acte **15263**, voir sous le cinquième sous-paragraphe du paragraphe 2.2.6 C du préambule général.

ii) En remplaçant, sous la rubrique « Constatation de décès », les tarifs des codes d'acte 00013, 00014 et 15234 par les suivants :

« (00013) sans déplacement 20,35 \$
(00014) avec déplacement entre 7 h et 24 h 50,90 \$
(15234) avec déplacement entre 0 h et 7 h 101,75 \$ »

iii) En ajoutant sous la rubrique « Constatation de décès » en dessous du code d'acte 15234 les actes et les tarifs suivants :

« (15264) évaluation à distance du décès incluant,
le cas échéant, le constat de décès 20,35 \$
(15265) rédaction du bulletin de décès
(formulaire SP-3) 17,30 \$ »

iv) En remplaçant sous la rubrique « Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus » les tarifs associés aux codes d'acte 00016 et 00018 par les suivants :

« (00016) sans déplacement 20,35 \$
(00018) avec déplacement entre 7 h et 24 h 50,90 \$
(15266) avec déplacement entre 0 h et 7 h 101,75 \$ »

AVIS : - Utiliser le modificateur **094** si un examen a été fait lors d'une séance différente de la constatation de décès.
- Les deux professionnels qui constatent le décès d'un donneur facturent les codes **00013, 00014, 15234 ou 15264, ou 00016, 00018 ou 15266**.
- Conformément à l'article 45 du Code civil, ces deux médecins ne participent pas au prélèvement, ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.

B) L'annexe VI est modifiée de la façon suivante :

a) En remplaçant les paragraphes 6.22 et 6.23 par les suivants :

« **6.22** Sous réserve du paragraphe 6.23, la contribution de la Régie est, pour une année civile donnée, de **1,91 %**.

6.23 La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. S'il advenait que ce coût diffère de 1,09 % du traitement annuel du médecin, le pourcentage apparaissant au paragraphe 6.22 serait modifié de telle façon que le taux de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires et de la contribution au coût de la rente du survivant soit de 3 % du traitement annuel du médecin. »

b) En ajoutant à la fin du sous-alinéa a) ii) du paragraphe 8.02 le sous-alinéa suivant :

« À la fin de la période de réadaptation, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est pas invalide. Si son invalidité persiste, le médecin continue de recevoir sa prestation tant qu'il est admissible. En outre, malgré les dispositions qui précèdent, le médecin peut, après une période minimale de quatre (4) mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation qui lui est proposé. Il continue d'être assujéti au régime d'assurance invalidité. Durant cette période de réadaptation, il a droit, d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré aux activités professionnelles de réadaptation prévues à son plan et, d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ces activités professionnelles conformément au 2^e paragraphe du présent sous-alinéa. »

C) L'annexe XII est modifiée en remplaçant le paragraphe 4.4 de la section I par le suivant :

« **4.4** Aux fins de la comptabilisation des années de pratique, sauf pour la période d'absence due à un congé d'invalidité totale, toute interruption de plus de vingt-quatre (24) mois annule les années de pratique cumulées antérieurement à cette interruption sous réserve d'une dérogation autorisée par le comité paritaire prévu à la section III de la présente annexe. »

AVIS : *Veillez aviser la Régie par une lettre explicative dès qu'une période d'invalidité totale est connue (ou modifiée). Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et mentionnant que l'invalidité est totale.*

L'inscription de cette information permettra au professionnel de conserver ses acquis en territoires désignés lorsque la période d'absence pour invalidité totale est de 24 mois ou plus.

Les documents doivent être transmis à l'adresse suivante :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
C.P. 500
Québec, QC G1K 7B4*

D) L'annexe XX est modifiée en remplaçant les paragraphes 5.03 et 5.04 par les suivants :

« **5.03** Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée aux médecins qui exercent dans le service d'urgence des établissements apparaissant au paragraphe 5.01 ci-dessus. Ce supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 119,20 \$ à compter du 1^{er} juillet 2010 et de 121,20 \$ à compter du 1^{er} octobre 2010. Ce supplément est divisible en heures.

Ce supplément n'est pas sujet à l'application des majorations prévues au présent paragraphe.

5.04 Les dispositions des paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus s'appliquent au médecin qui exerce pour le compte de la Corporation d'Urgences-santé ou dans le cadre de l'Entente particulière relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. »

2. 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 ou coronariens est modifiée de la façon suivante :

a) En remplaçant le paragraphe 4.02 par le suivant :

« **4.02** La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant :

- pour la première journée de séjour dans l'unité un forfait de 114,35 \$ à compter du 1^{er} juillet 2010 et de 116,35 \$ à compter du 1^{er} octobre 2010;
- pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 92,15 \$ à compter du 1^{er} juillet 2010 et de 93,75 \$ à compter du 1^{er} octobre 2010.

AVIS : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **09997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **08896** pour la **deuxième** journée de séjour et les journées **suivantes** dans l'unité;
- le code d'établissement spécifique (**OXXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la **date d'entrée** et, le cas échéant, la **date de sortie** de cette unité de soins.

Note : Le code **09997** peut être facturé uniquement à la date du début du séjour, soit la date à laquelle le patient est admis à l'unité ou réadmis à l'unité dans le cadre d'une même hospitalisation. Dans ce dernier cas, la date de début de séjour doit correspondre à la date de la réadmission.

Cette rémunération ne comprend pas les services professionnels effectués le même jour en dehors de l'unité des soins intensifs pour un patient donné.

En plus du forfait ci-dessus, un supplément est payé lorsque le patient est intubé et est ventilé mécaniquement de manière soutenue, en dehors d'une période de réanimation, durant une journée en cause. Ce supplément, par patient, par journée, est de 22,05 \$ à compter du 1^{er} avril 2009, de 48,50 \$ à compter du 1^{er} juillet 2010 et de 49,35 \$ à compter du 1^{er} octobre 2010.

Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne le forfait et les actes non inclus dans le forfait et visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

NOTE : Le médecin qui réclame le supplément de ventilation peut, le même jour et pour le même patient, facturer l'installation pour ventilation en position ventrale. »

b) En ajoutant à la suite de l'alinéa j) du paragraphe 4.03 l'alinéa suivant :

« k) le forfait de déplacement d'urgence auprès d'un patient à l'unité des soins intensifs et coronariens entre 0 h et 7 h. » (code 15232)

c) En biffant le paragraphe 4.04.

Veuillez prendre note que les avis sous le paragraphe 4.04 sont retirés.

d) En remplaçant la numérotation du paragraphe 4.05 par 4.04.

3. **L'Entente particulière relative aux activités médicales particulières** est modifiée en ajoutant à la suite du paragraphe 3.2.4 le paragraphe suivant :

« **3.2.5** Le médecin résident qui détient une autorisation prévue au paragraphe 3.10 de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3 de la présente entente particulière. »

4. **L'Entente particulière relative à la santé publique** est modifiée en remplaçant le dernier alinéa du paragraphe 5.10.03 par le suivant :

« Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'Institut national de la santé publique ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin. »

5. **L'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux** est modifiée de la façon suivante :

a) En remplaçant le paragraphe 3.10 par le suivant :

« **3.10** Le médecin résident qui détient un permis d'exercice régulier ou qui détient un permis d'exercice restrictif de résident peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans avis de conformité au PREM d'une région ou d'une dérogation en tenant lieu. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des activités médicales particulières proposées par le DRMG de la région.

L'autorisation est accordée par le DRMG de la région où sont effectuées les activités médicales. La période pendant laquelle le médecin se prévaut de la présente disposition n'est pas retenue aux fins de l'application des dispositions des paragraphes 3.02 et 3.04 de la présente entente.

Dans le cas d'activités médicales effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage, l'autorisation est accordée par le comité paritaire responsable de l'entente particulière relative au PREM. Le comité paritaire en informe la Régie.

Aux fins de l'application de la présente disposition, l'autorisation est accordée par le DRMG ou le comité paritaire, selon le cas, pour une période d'un an et est renouvelable tant que le statut de résident est maintenu. Le DRMG avise la Régie et le comité paritaire des autorisations qu'il a émises en vertu du présent paragraphe. »

b) En remplaçant le second alinéa du paragraphe 5.01 par le suivant :

« Une demande d'avis de conformité faite dans le cadre du PREM de l'année suivant l'année courante est assujettie aux conditions suivantes :

- elle ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courante;
- toute demande faite entre le 15 octobre et le 15 novembre est réputée avoir été reçue le 15 novembre. »

c) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 7.01 par le suivant :

« **7.01** Aux fins de l'application du présent article, des régions socio-sanitaires, dites régions à pratique partielle restreinte, sont désignées par accord des parties sur recommandation du comité paritaire. Sous réserve des dispositions des articles 3.10 et 8.00 des présentes ou à moins que le médecin détienne depuis vingt (20) ans et plus son permis d'exercice du Collège des médecins du Québec, le médecin qui ne détient pas d'avis de conformité de l'une de ces régions ne peut y exercer, même partiellement, et ce, malgré qu'il respecte l'avis de conformité qu'il détient du DRMG d'une autre région. Les régions à pratique partielle restreinte sont inscrites à l'annexe III de la présente entente. »

En ajoutant à la suite du paragraphe 9.04 le paragraphe suivant :

« **9.05** La Régie transmet sur demande au comité paritaire, toute information requise pour l'application du paragraphe 3.10 de la présente entente. »

6. La Lettre d'entente n° 131 est prolongée jusqu'au 31 mars 2012.

7. La Lettre d'entente n° 221 est modifiée en ajoutant à son paragraphe 1.1 l'alinéa d) suivant :

« d) L'augmentation de la rémunération des services dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens apportée par le biais des modifications tarifaires convenues à l'*Amendement n° 118*. »

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

Articles 1 A)a)iii), 1A)a)v), 2, 4 et 7

1^{er} juillet 2010

Article 1D)

1^{er} octobre 2010

Articles 1 A)a)ii), 1B), 1C), 3, 5 et 6

1^{er} janvier 2011

Articles 1 A)a)iv) et 1 A)b)i)

1^{er} février 2011

Articles 1 A)a)i), 1 A)a)vi), 1A)b)ii), iii) et iv)

1^{er} mars 2011

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,

ce _____

_____^e jour de _____

_____ 2011.

YVES BOLDUC

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, m.d.

Président

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec