



Amendement n° 120

Modifications à votre entente et changements administratifs

Introduction

La Régie vous présente les dernières dispositions de l'*Amendement n° 120* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Ces dispositions sont en vigueur à différentes dates précisées dans la présente infolettre.

Les dispositions de cet amendement comprennent notamment :

- une modification apportée au paragraphe 15.01 de l'Entente et au paragraphe 2.1.3 du préambule général;
- un nouveau code d'acte à l'onglet *F – Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané* ainsi que le retrait d'un code d'acte et la modification de la note sous le titre de l'onglet;
- deux nouveaux codes d'acte à l'onglet *J – Système cardiaque*;
- un nouveau code d'acte à l'onglet *S – Système nerveux*;
- le paragraphe 5.03 de la section I de l'annexe XIV est modifié en concordance avec un changement apporté dans un précédent amendement et modification au paragraphe 5.10 de cette même annexe concernant les 880 heures de dépassement dans un milieu psychiatrique où une garde sur place est assurée;
- les codes d'activité **082130** et **082131** sont maintenant applicables aux médecins détenant une nomination à honoraires fixes d'une installation d'un CSSS lors de la participation à l'organisation des services cliniques sur le territoire d'un CSSS (paragraphe 9.00 A) de l'E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle);
- modifications apportées à l'entente particulière – Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval;
- modifications apportées aux lettres d'entente n^{os} 195 et 229.

De plus, nous vous présentons la modification des instructions de facturation relatives au code d'acte **15263** – Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier ainsi qu'un nouveau message explicatif concernant la *Lettre d'entente n° 229*.

À NOTER

La Régie sera prête à recevoir votre facturation à compter du **1^{er} octobre 2011**. Lorsque des dispositions prennent effet de façon rétroactive, la Régie vous alloue 90 jours à partir du 1^{er} octobre 2011 pour facturer les services.

Document de référence

[Partie I](#) Extraits paraphés de l'*Amendement n° 120*

Courriel	Téléphone	Télocopieur	NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca	Québec 418 643-8210 Montréal 514 873-3480 Ailleurs 1 800 463-4776	Québec 418 646-9251 Montréal 514 873-5951	DU LUNDI AU VENDREDI, DE 8 H 30 À 16 H 30 (MERCREDI DE 10 H 30 À 16 H 30)

Table des matières détaillée

A) Principales dispositions.....	3
1. Annexe V – Tarif des actes médicaux.....	3
1.1 Consultation majeure.....	3
1.2 Greffe capillaire.....	3
1.3 Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale).....	3
1.4 Programmation d'un neurostimulateur.....	4
2. Activités professionnelles rémunérées – Médecins rémunérés à tarif horaire.....	4
2.1 Activités professionnelles rémunérées.....	4
2.2 Période supplémentaire d'activités professionnelles.....	4
3. Ententes particulières.....	5
3.1 Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.....	5
3.2 Entente particulière – Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval.....	5
3.2.1 Activités professionnelles rémunérées.....	5
3.2.2 Comité médical.....	5
3.2.3 Contrat de service professionnel.....	6
4. Lettres d'entente n ^{os} 195 et 229.....	6
4.1 Lettre d'entente n ^o 195.....	6
4.2 Lettre d'entente n ^o 229.....	7
B) Changements administratifs.....	7
1. Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier (code d'acte 15263).....	7
1.1 Règle 2.2.6 C du préambule général.....	7
1.2 Onglet <i>B – Consultation et examen</i>	7
2. Nouveau message explicatif.....	8

A) PRINCIPALES DISPOSITIONS

1. Annexe V – Tarif des actes médicaux

◆ MANUEL DE FACTURATION

1.1 Consultation majeure

◆ Préambule général, paragraphe 2.1.3

Au paragraphe 2.1.3, l'expression « les exigences de l'examen complet majeur » est remplacée par « les exigences de la consultation majeure ».

Cette disposition est rétroactive au 1^{er} janvier 2011.

1.2 Greffe capillaire

◆ Onglet *F – Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané*

Le code d'acte **01324** est ajouté tandis que les codes d'acte **01338** et **01420** sont retirés de la note paraissant sous le titre de l'onglet à la page F-2. La deuxième note est également abrogée.

Sous la rubrique *Greffe capillaire*, le code d'acte **01338** est abrogé. Le code nouveau d'acte **01324** est ajouté :

Micro-greffe capillaire

01324	par unité folliculaire	2,00
	maximum par séance 2 500 \$	
	maximum par patient 5 000 \$	

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

Cette disposition est rétroactive au 1^{er} janvier 2011.

1.3 Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale)

◆ Onglet *J – Système cardiaque*

Deux nouveaux codes d'acte sont ajoutés à la section *Réparation* sous le code d'acte **04765** de la rubrique *Non-thoracique*. Les libellés, tarifs et rôles 2 des deux codes d'acte sont :

	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
04033	suture simple	424,55	9
04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	570,60	11

Cette disposition est rétroactive au 1^{er} janvier 2011.

1.4 Programmation d'un neurostimulateur

◆ Onglet S – Système nerveux

Le code d'acte **07844** est ajouté sous le code d'acte **07773** de la rubrique *Neurochirurgie fonctionnelle*.
Le libellé et le tarif sont :

07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant l'examen effectué à la même séance	60,00
	Maximum : 1 par trois mois, par patient	

Cette disposition est rétroactive au 1^{er} janvier 2011.

2. Activités professionnelles rémunérées – Médecins rémunérés à tarif horaire

2.1 Activités professionnelles rémunérées

◆ Brochure n° 1 → Annexe XIV, paragraphe 5.03

Dans le cadre de *l'Amendement n° 115*, les parties négociantes ont modifié le texte du paragraphe 5.02 de la section I de l'annexe XIV afin d'abolir la limite des heures pouvant être réclamées sur une base hebdomadaire pour le professionnel autorisé à dépasser le nombre maximal d'heures en vertu du paragraphe 5.10. Dans le but d'harmoniser l'application de cette disposition, une modification en concordance avec ce changement est apportée au paragraphe 5.03. Cette disposition est rétroactive au **1^{er} juin 2011**. À compter de cette date, il n'y a plus de limite hebdomadaire, seules les banques d'heures prévues aux paragraphes 5.02, 5.03 et 5.10, et applicables sur l'année de référence, du 1^{er} juin au 31 mai de l'année suivante, seront gérées.

2.2 Période supplémentaire d'activités professionnelles

◆ Brochure n° 1 ◆ Annexe XIV, paragraphe 5.10 et entente générale, paragraphe 15.01

Le comité paritaire ajoute une situation pour laquelle il acceptera dorénavant de permettre un dépassement du maximum de 880 heures supplémentaires rémunérées à tarif horaire et payées selon la colonne 1. Le paragraphe 5.10 est modifié en ajoutant « dans un centre hospitalier psychiatrique au sein duquel une garde sur place est assurée ».

À cet effet, lorsqu'un centre hospitalier psychiatrique où s'effectue de la garde sur place fera une telle demande pour les médecins y détenant une nomination à tarif horaire selon *l'Entente particulière relative aux soins psychiatriques en centre hospitalier*, il n'y a plus de maximum pour ces médecins, à condition d'avoir l'autorisation du comité paritaire. Cette nomination à tarif horaire pourra viser l'ensemble de leurs activités rémunérées à tarif horaire au sein de l'établissement ou seulement les heures de dépassement rémunérées à tarif horaire en plus de leurs 35 heures par semaine, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes.

Pour faire suite à ce changement, le cinquième alinéa du paragraphe 15.01 de l'entente générale est également modifié pour ajouter le médecin qui exerce « dans un centre hospitalier psychiatrique au sein duquel une garde sur place est assurée ».

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux articles 1 A) et 1 C) b) de l'amendement présenté en [Partie I](#) de la présente infolettre.

Ces dispositions sont rétroactives au 1^{er} juin 2008.

3. Ententes particulières

3.1 Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 40, article 9.00, paragraphe A), alinéas 1) et 2)

Dorénavant, un médecin, détenant une nomination à honoraires fixes d'une installation d'un CSSS, pourra être rémunéré selon ce mode lorsqu'il participera à l'organisation des services cliniques sur le territoire d'un CSSS. Le CSSS devra transmettre un avis de service à la Régie en précisant que le médecin peut bénéficier de la rémunération des activités liées à la participation à une réunion (code d'activité **082130**) ou à l'exécution d'un mandat (code d'activité **082131**) pour une période donnée.

L'avis sous le 5^e alinéa du paragraphe 9.00 A) est modifié comme suit :

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

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

Veillez remplir le formulaire Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215 ou Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat n° 1216 en y inscrivant le numéro du CSSS ainsi que les données suivantes :

- Sous **mode de rémunération** : le mode **TH (seulement pour TH)**;
- Sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
- Sous **code d'activité** : le code **082130** (participation à une réunion);
le code **082131** (exécution d'un mandat).

Le formulaire doit être contresigné par une personne autorisée du CSSS.

Cette disposition est rétroactive au 9 mai 2011.

3.2 Entente particulière – Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 46

3.2.1 Activités professionnelles rémunérées

Le sous-paragraphe 3.01 f) est modifié pour inclure, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la coordination des activités médicales au sein d'un secteur d'activité.

3.2.2 Comité médical

Un second alinéa est ajouté au paragraphe 4.01 pour préciser que les représentants des médecins au sein du comité médical doivent provenir de deux secteurs d'activité, soit des activités de l'assurance de la qualité et des constats de décès, de la Corporation d'Urgences-santé. De plus, leur mandat est d'une durée d'un an et renouvelable.

Le paragraphe 4.02 est modifié pour préciser qu'au point a), l'organisation des services cliniques comprend la gestion de la liste de garde pour les différents services. Un cinquième point est ajouté pour indiquer que le comité médical donne également son avis sur le niveau des effectifs médicaux et le besoin de recrutement des médecins.

3.2.3 Contrat de service professionnel

Le libellé de l'article 5.00 est modifié comme suit : « **Conditions d'exercice et** de rémunération ».

Au paragraphe 5.01, les parties négociantes ont fait des précisions au sujet des contrats de service professionnel signés entre un médecin et le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé. Ces contrats peuvent être à durée déterminée (temporaire) ou indéterminée.

- **Contrat à durée déterminée** : vise à recruter un médecin pour la réalisation d'un mandat spécifique ou pour remplacer un médecin en absence temporaire pour cause de maladie ou pour toute autre cause acceptée par la Corporation. Le contrat ne peut être prolongé au-delà de l'absence du médecin remplacé.
- **Contrat à durée indéterminée** : vise à assurer, pour une durée indéterminée, les activités énumérées au paragraphe 3.01 de l'entente particulière.

Tout médecin exerçant au sein de la Corporation lors de la mise en vigueur de l'entente particulière détient un contrat à durée indéterminée. À moins d'avis contraire, le contrat de service à durée indéterminée se renouvelle tous les deux ans selon les termes du dernier contrat.

De plus, un médecin peut être dispensé des engagements de son contrat de service durant une période de maladie, ou pour une autre période selon la recommandation du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence. Le contrat de service à durée indéterminée fait alors l'objet de renouvellement durant la période d'absence selon les règles applicables.

Finalement, un médecin peut résilier son contrat en donnant **un préavis écrit de 60 jours**.

Les changements apportés à la présente entente particulière **sont rétroactifs au 24 avril 2011**.

4. Lettres d'entente n^{os} 195 et 229

◆ BROCHURE N^o 1

4.1 Lettre d'entente n^o 195

À l'article 1 de la lettre d'entente, la date est modifiée pour le **1^{er} avril 2012**.

Cette disposition est **rétroactive au 1^{er} avril 2011**.

4.2 Lettre d'entente n° 229

Le libellé du paragraphe 1.02 a été modifié pour préciser que les médecins exerçant en cabinet, en CLSC et en UMF doivent conclure une convention avec le CSSS du territoire, afin de pouvoir se prévaloir de cette lettre d'entente.

Le paragraphe 1.04 est modifié pour préciser que l'entente de partenariat doit être approuvée conjointement (les médecins partenaires d'une IPS-SPL ou d'une CIPS-SPL et le CSSS) avant d'être transmise au comité paritaire.

Cette disposition est rétroactive au 25 mai 2011.

B) CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS

1. Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier (code d'acte 15263)

◆ MANUEL DE FACTURATION

1.1 Règle 2.2.6 C du préambule général

Le code d'acte **15263** – Orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier est payable uniquement dans les établissements désignés par le comité paritaire. Actuellement, les six établissements suivants sont désignés :

- Hôpital Pierre-Boucher du CSSS Pierre-Boucher (07537)
- Hôpital Charles-Lemoyne (00957)
- Hôtel-Dieu de Lévis du CSSS Alphonse-Desjardins (03007)
- Hôpital du Suroît du CSSS du Suroît (01147)
- Hôpital Barrie Memorial du CSSS du Haut-St-Laurent (01087)
- Hôpital Honoré-Mercier du CSSS du Richelieu-Yamaska (00947)

L'avis sous le cinquième sous-paragraphe du paragraphe 2.2.6 C est modifié comme suit :

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

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15263**;
- le code d'établissement OXXX7 (**établissements désignés seulement**);
- 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.

1.2 Onglet *B – Consultation et examen*

L'avis sous le code d'acte **15263** est modifié comme suit :

AVIS : *Pour le code d'acte **15263**, voir sous le cinquième sous-paragraphe du paragraphe 2.2.6 C du préambule général. Ce code d'acte est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.*

2. Nouveau message explicatif

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*

Le message explicatif **890** a été créé dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n° 229* concernant l'intégration d'une infirmière praticienne spécialisée. Son libellé est le suivant :

890 : Conformément à la lettre d'entente 229, seuls les médecins ayant une entente de partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée peuvent être rémunérés pour cet acte.

Utilisateurs des services en ligne

Vous ne devez permettre à personne d'utiliser votre NIP, votre code d'accès (IP) et votre mot de passe pour accéder à vos services en ligne, et ce, dans le but de protéger vos renseignements personnels (comptes bancaires, adresses de correspondance, etc.) et d'éviter que des transactions soient effectuées à votre insu.

Vous pouvez par contre autoriser votre personnel à utiliser certains services en ligne en votre nom. Pour ce faire, il suffit de remplir, de signer et de nous transmettre une demande d'accès pour le service en ligne désiré. Pour obtenir une demande d'accès, veuillez communiquer avec le Support aux services en ligne aux numéros présentés au bas de la première page de l'infolettre. Après identification, faites le 1 pour les services en ligne. Il est à noter que les agences commerciales de traitement de données (ATD) et leur personnel ne peuvent pas avoir accès aux services en ligne.

Vous n'êtes pas inscrit aux services en ligne? Inscrivez-vous au www.ramq.gouv.qc.ca/inscription.

Extraits paraphés de l'Amendement n° 120

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) Le paragraphe 15.01 est modifié en remplaçant son 5^e alinéa par le suivant :

« Malgré les dispositions du précédent alinéa, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut, dans le cas du médecin qui exerce au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde, dans un centre hospitalier psychiatrique au sein duquel une garde sur place est assurée, ou dans tout autre cas jugé exceptionnel, sur recommandation du chef de département, accorder un dépassement de ce nombre de 880 heures par année. »

AVIS : Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible du 880 heures.

B) L'annexe V de l'Entente est modifiée de la façon suivante :

a) Le préambule général de l'Entente est modifié en remplaçant le paragraphe 2.1.3 par le suivant :

« 2.1.3 Consultation majeure :

La consultation majeure est l'examen complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, les exigences de la consultation majeure sont alors celles apparaissant au libellé de l'examen complet majeur. »

c) L'onglet « PEAU-PHANÈRES-TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ » est modifié de la façon suivante :

i) En retirant les codes d'acte 01338 et 01420 de la « NOTE » paraissant sous l'onglet et en y ajoutant le service libellé « Micro-greffe capillaire ». En abrogeant la deuxième « NOTE ».

ii) En abrogeant le code d'acte 01338 et en remplaçant la rubrique, le libellé et le tarif paraissant sous la rubrique « Greffe capillaire » par les suivants :

« Micro-greffe capillaire »

(01324) par unité folliculaire..... 2,00
maximum par séance 2 500 \$
maximum par patient 5 000 \$ »

AVIS : Un maximum de 250 unités doit être facturé par ligne. Un numéro d'autorisation doit être accordé au préalable par la Régie et inscrit dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Veuillez joindre le compte rendu opératoire.

- d) L'onglet « **SYSTÈME CARDIAQUE** » est modifié en ajoutant à la rubrique « **Non-thoracique** », à la section « Réparation » sous le code 04765 les libellés suivants :

« Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
(04033)	suture simple	424,55 9
(04034)	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	570,60 11 »

- e) L'onglet « **SYSTÈME NERVEUX** » est modifié en ajoutant à la rubrique « **Neurochirurgie fonctionnelle** » sous le code 07773 le libellé suivant :

« (07844)	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant l'examen effectué à la même séance	60,00 »
Maximum : 1 par trois mois, par patient.....		60,00 »

C) L'Annexe XIV est modifiée de la façon suivante :

- a) En remplaçant le paragraphe 5.03 de la Section I par le suivant :

« 5.03 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 2 de ce tableau s'appliquent à la rémunération des heures de garde sur place telle que définie selon le paragraphe 14.05 de l'Entente, jusqu'à concurrence du plafond déterminé au paragraphe 5.05. Sont considérées aux fins du présent paragraphe, les heures de garde sur place faites en excédent des mille cinq cent quarante heures (1 540) heures additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, **du nombre d'heures effectivement consacrées à cette activité.** »

AVIS : Pour la garde sur place, utiliser le code d'activité **XXX063**.

- b) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 5.10 de la Section I par le suivant :

« Malgré les dispositions du précédent alinéa, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut, dans le cas du médecin qui exerce au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde, dans un centre hospitalier psychiatrique au sein duquel une garde sur place est assurée, ou dans tout autre cas jugé exceptionnel, sur recommandation du chef de département, accorder une augmentation de ce dépassement pour une année donnée. »

AVIS : Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible du 880 heures.

4. L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée en remplaçant les alinéas 1) et 2) du paragraphe A) de l'article 9.00 par les suivants :

« 1) Le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'Entente ou, lorsqu'il est déjà rémunéré à honoraires fixes au sein du CSSS, selon les dispositions du mode des honoraires fixes prévues au paragraphe 13.01 de l'Entente.

2) Aux fins de l'application des dispositions du présent paragraphe, pour le médecin qui ne détient pas de nomination du CSSS, la présente entente particulière tient lieu des nomination et autorisation permettant au médecin d'être rémunéré à tarif horaire. Toutefois, pour être rémunéré à honoraires fixes, un médecin doit détenir une nomination en ce sens dans une installation sous la responsabilité du CSSS. »

AVIS : *Le CSSS doit faire parvenir à la Régie un avis de service n° 1897 pour chaque médecin désirant être rémunéré à honoraires fixes pour ces activités. Il doit indiquer qu'il s'agit de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, préciser, dans la section Informations additionnelles, quelles activités sont visées (082130, 082131 ou les deux) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

5. L'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant l'alinéa f) du paragraphe 3.01 par le suivant :

« f) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessus telles que déterminées par le comité médical prévu à l'article 4.00 de la présente entente ou par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, incluant, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la coordination des activités médicales au sein d'un secteur d'activités. »

B) En ajoutant au paragraphe 4.01 le second alinéa suivant :

« Les représentants des médecins doivent provenir des principaux secteurs d'activités de la Corporation d'Urgences-santé dont ceux décrits aux alinéas a) et b) du paragraphe 3.01 ci-dessus. Leur mandat a une durée d'un an et peut être renouvelé. »

AVIS : *Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit informer la Régie, annuellement, du nom des personnes qui forment le comité médical qu'il préside. Veuillez transmettre ces informations (noms et numéros de pratique), par lettre, en prenant soin de spécifier le rôle de chacune des personnes. Vous devez également informer la Régie de toute modification apportée à la formation de ce comité et préciser la date à laquelle la modification a eu lieu. Veuillez envoyer le tout 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
ou par télécopieur au 418 646-8110*

C) En remplaçant le paragraphe 4.02 par le suivant :

« 4.02 Le comité médical donne son avis au directeur général de la Corporation d'Urgences-santé sur les objets suivants :

- l'organisation des services cliniques assurés par les médecins de la Corporation d'Urgences-santé, incluant la gestion de la liste de garde pour les différents services;
- les aspects pertinents de l'organisation technique et scientifique de la Corporation d'Urgences-santé;
- la définition des qualifications et de la compétence requises d'un médecin pour exercer à la Corporation d'Urgences-santé;
- le niveau des effectifs médicaux et le besoin de recrutement de médecins;
- toute autre question portée à son attention par le directeur général ou le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé. »

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 205162 – Participation aux réunions du comité médical.*

D) En remplaçant les paragraphes 5.00 et 5.01 par les suivants :

« **5.00 CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION**

5.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente entente, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé d'un contrat de service professionnel spécifiant le ou les secteur(s) d'activités où il peut exercer.

Un contrat peut être à durée déterminée (temporaire) ou indéterminée. Le contrat à durée déterminée vise à recruter un médecin pour la réalisation d'un mandat spécifique ou pour remplacer un médecin en absence temporaire pour cause de maladie ou pour toute autre cause acceptée par la Corporation et ne peut se prolonger au-delà de l'absence du médecin remplacé. Le contrat à durée indéterminée vise à assurer, pour une durée indéterminée, les activités énumérées au paragraphe 3.01 des présentes. Tout médecin exerçant au sein de la Corporation lors de la mise en vigueur des présentes détient un contrat à durée indéterminée.

À moins d'un avis contraire de la part du médecin, le contrat de service à durée indéterminée se renouvelle à tous les deux ans selon les termes du dernier contrat. Dans le cas où des modifications apportées à l'organisation ou à la nature des services de la Corporation d'Urgences-santé ont pour effet d'amener les parties négociantes à réviser la liste des services énumérés au paragraphe 3.01 ou à réduire le nombre d'heures allouées, les contrats des médecins, une fois cette révision complétée, peuvent être modifiés en conséquence. À défaut d'entente avec les médecins concernés dans les soixante (60) jours suivant la révision précédemment mentionnée, les modifications apportées aux contrats sont faites au moment du renouvellement de ces derniers, et ce, en fonction du degré d'implication des médecins dans le ou les services visés et de l'importance de la réduction du nombre d'heures qui s'y rattachent.

Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé peut refuser de renouveler le contrat d'un médecin en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres à la Corporation d'Urgences-santé. Pour ce faire, le directeur général doit obtenir une recommandation de non-renouvellement d'un sous-comité de trois (3) membres formés pour l'occasion par le comité médical. Ce sous-comité est composé du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou du chef de département de médecine préhospitalière et de deux (2) médecins nommés par le comité médical et qui exercent des activités cliniques au sein de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé doit donner au médecin concerné l'occasion de se faire entendre sur les motifs appuyant la recommandation de non-renouvellement avant de rendre sa décision.

Un médecin peut être dispensé des engagements à son contrat de service durant une période de maladie ou, sur recommandation du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence, pour toute autre période. Le contrat de service à durée indéterminée fait alors l'objet de renouvellement durant la période d'absence selon les règles applicables.

Un médecin peut résilier un contrat de service professionnel en donnant un préavis écrit de soixante (60) jours. »

7. La Lettre d'entente n° 195 est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant, à l'article 1, la date du 1^{er} avril 2011 par la date du 1^{er} avril 2012;

8. La Lettre d'entente n° 229 est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 1.02 par le suivant :

« Le médecin partenaire qui désire se prévaloir de la présente lettre d'entente doit conclure avec le CSSS de son territoire une convention qui répond aux exigences apparaissant à l'annexe II des présentes. »

B) En remplaçant le paragraphe 1.04 par le suivant :

« Le ou les médecins partenaires d'une IPS-SPL informent le comité paritaire conjointement avec le CSSS du ou des lieux de dispensation de services où l'IPS-SPL exercera en partenariat avec le ou les médecins, de la date de début de l'entente de partenariat et du nombre d'heures de travail en partenariat avec l'IPS-SPL. Ils informent conjointement le comité paritaire de toute modification importante relative au nombre d'heures de travail en partenariat avec l'IPS-SPL, de son absence pour une longue période ou encore de son départ ainsi que du non-renouvellement de l'entente de partenariat. Le comité paritaire transmet à la Régie les informations nécessaires à la gestion de la présente lettre d'entente. »