



## Nouvelles nomenclatures pour les services rendus en établissement – Changements majeurs aux modalités de rémunération

### Amendements n<sup>os</sup> 127 et 132

La Régie vous présente les principales dispositions apportées à votre entente dans le cadre des amendements n<sup>os</sup> 127 et 132 convenus entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Ces amendements entrent en vigueur le **1<sup>er</sup> octobre 2013** et comprennent notamment :

- de nouvelles nomenclatures remplaçant les examens et les consultations pour les médecins rémunérés à l'acte qui dispensent des services auprès des malades admis dans les CHSGS, les CHSLD, les centres de réadaptation, les unités de toxicomanie et, par le fait même, l'abolition de plusieurs nomenclatures existantes;
- la création de nouveaux codes d'acte et tarifs correspondant aux nouvelles nomenclatures;
- des modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique et la liste des établissements ou installations visés (nouvelle annexe XXII);
- l'abolition de huit ententes particulières relatives à la rémunération des médecins à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- le remplacement de l'entente particulière relative aux services dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un CHSGS par la nouvelle entente particulière relative à la rémunération des services dans le cadre d'un programme spécifique dans un CHSGS.

## Sommaire

1. Nouvelles nomenclatures pour les services rémunérés à l'acte rendus auprès des malades admis en établissement..... 2
2. Ce qui n'existe plus à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013 relativement à l'annexe V de votre entente..... 3
3. Nouvelles nomenclatures relatives aux visites et suppléments – À l'acte ..... 4
4. Autres modalités de rémunération relatives aux annexes ..... 23
5. Nouveautés pour les médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes..... 24
6. Ententes particulières abrogées... 27
7. Modifications diverses..... 29
8. Nouvelle entente particulière (n<sup>o</sup> 49) ..... 30

### Documents de référence

- [Partie I](#) Texte paraphé de l'Amendement n<sup>o</sup> 127 et extraits de l'Amendement n<sup>o</sup> 132
- [Partie II](#) Annexe XXII
- [Partie III](#) Annexe I relative à l'Amendement n<sup>o</sup> 127 – (onglet B – Consultation, examen et visite) (sur Internet seulement)
- [Partie IV](#) Entente particulière – Programmes spécifiques – CHSGS
- [Partie V](#) Changements administratifs (sur Internet seulement)
- [Partie VI](#) Ajout du terme « visites » (sur Internet seulement)

#### Courriel

[services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto: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)

## IMPORTANT

Les nouveaux codes d'acte et les tarifs précisés dans cette infolettre ne devront être réclamés qu'à compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**, et ce, pour des services rendus après le **30 septembre 2013**.

Toute réclamation d'un service visé par la nouvelle nomenclature à une date antérieure au **1<sup>er</sup> octobre 2013** sera refusée.

## IMPORTANT

Plusieurs changements concernent les médecins rémunérés selon le mode des **honoraires fixes** ou du **tarif horaire**. Vous êtes invités à lire attentivement cette infolettre, en particulier, les sections 4, 5 et 6. L'entente prévoit que les médecins rémunérés selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire sont rémunérés exclusivement selon le mode de l'acte pour les services rendus durant la garde en disponibilité. Certains services de chacune des trois nouvelles nomenclatures ne sont pas accessibles durant la période de garde en disponibilité; le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire ne peut pas, par la suite, réclamer la rémunération de ces services en dehors de la période de garde. Il doit réclamer un service substitut ou permis durant la garde en disponibilité le jour où le service est rendu.

### 1. Nouvelles nomenclatures pour les services rémunérés à l'acte rendus auprès des malades admis en établissement

L'*Amendement n<sup>o</sup> 127* apporte des changements **majeurs** aux modalités de rémunération à l'acte. De nouvelles nomenclatures concernant les visites, les évaluations et les échanges avec d'autres professionnels ou les proches d'un patient sont établies pour les soins de courte durée, la réadaptation et les soins de longue durée. Ces nouveaux services remplacent certains examens dans les secteurs de pratique suivants :

- les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD);
- les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP);
- les centres de réadaptation (CR) comprenant les centres de protection de la jeunesse (CPJ).

Nous vous invitons à lire attentivement cette infolettre et les documents s'y rattachant, car la façon de gérer votre facturation sera complètement différente de ce qui prévaut actuellement.

À compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**, les codes d'acte relatifs aux examens et aux consultations dispensés dans les unités de courte durée, de réadaptation et de soins de longue durée des établissements sont **abolis et remplacés** par des codes de **visites, d'évaluations ou d'échanges** de différentes natures. Ces visites prévoient une rémunération fixe selon le type de visite et qui, selon leur nature, n'exigent pas toujours un contact avec le patient. Le tarif de ces visites intègre l'ensemble des suppléments ou des majorations spécifiques à une activité ou à un secteur, à l'exception des majorations applicables en horaires défavorables de l'annexe XX de votre entente et de celles liées à la pratique en région désignée ainsi que les suppléments pour les services urgents exigeant un déplacement.

Les tarifs de ces nouvelles nomenclatures intègrent également la majoration de 4 % accordée pour les examens auprès d'un malade admis en soins de courte durée dans un CHSGS (P.G. 2.2.9 C) et la valeur du supplément de responsabilité pour le patient admis (P.G. 2.4.7.8). Par conséquent, ces deux mesures sont abolies avec la mise en application de la nouvelle nomenclature.

En soins de courte durée, deux niveaux de tarification (A ou B) sont prévus pour la rémunération des services lors de visites, évaluations ou échanges en CHSGS et dans la partie des soins de courte durée d'un CHSP. Le point 3.3 de l'infolettre vous donnera les détails à ce sujet.

Dorénavant, chaque médecin peut choisir, dans un milieu donné, le mode de rémunération à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes (droits acquis) pour la réclamation de ses activités cliniques.

Quant au médecin qui effectue de la garde sur place à l'urgence, il ne pourra pas réclamer les visites spécifiques aux unités de soins de courte durée pour des services rendus à l'urgence. À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, il doit réclamer les codes et les tarifs des examens du patient inscrit à l'urgence même si les formalités d'admission de ce patient sont terminées. Le médecin peut cependant réclamer le nouveau supplément prévu pour chaque examen d'un patient dont l'admission est complétée et qui est en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée. Le point 3.2 de l'infolettre vous donne les détails à cet effet.

Toutefois, lorsque le médecin qui effectue la garde sur place à l'urgence doit se rendre dans une unité de soins de courte durée (à l'étage) pour y prodiguer des soins, il se prévaut de la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner son opinion pour les patients admis en soins de courte durée.

---

## 2. Ce qui n'existe plus à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013 relativement à l'annexe V de votre entente

---

### ◆ MANUEL DE FACTURATION

---

- Les « examens et consultations » pour les soins physiques (P.G. 2.1 et 2.2) aux patients hospitalisés cessent d'exister dans les unités de soins de courte durée<sup>1</sup>, de réadaptation et de soins de longue durée. Ils sont remplacés par des « visites » de différentes natures qui vous seront expliquées à la section 3 de l'infolettre.
- **Dans un CHSGS** pour sa partie de soins de courte durée, les examens suivants sont abolis :
  - examen ordinaire pour des patients admis sans déplacement ou dans une unité de soins de courte durée gériatrique ou d'urgence avec déplacement (codes d'acte **00003, 09082, 09083, 09112, 09228** et **09242**);
  - examen complet ou complet majeur pour des patients admis sans déplacement ou d'urgence avec déplacement (codes d'acte **00055, 00096, 09115, 09118, 09229, 09230, 09243** et **09244**).
- **Dans un CHSLD, dans un centre de réadaptation et dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS**, les examens suivants sont abolis :
  - examen ordinaire, complet et complet majeur (codes d'acte **00068, 00069, 00070, 09121, 09122** et **09126**).
- En raison de leur intégration directe au tarif des différentes visites prévues dans les nouvelles nomenclatures, les règles du préambule général concernant les suppléments suivants sont abolies :
  - la majoration de 4 % accordée pour les examens auprès d'un malade admis en soins de courte durée dans un CHSGS (P.G. 2.2.9 C);
  - le supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis, code d'acte **00071** (P.G. 2.4.7.8);
  - la prime de responsabilité de **15,6 %** accordée au médecin rémunéré à l'acte exerçant au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une

---

<sup>1</sup> Pour les soins psychiatriques de courte durée, seuls les soins physiques sont visés et non pas les soins psychiatriques.

unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation ou d'un centre de protection de la jeunesse (P.G. 2.4.7.10).

- Dans les milieux visés, les consultations **autres** que les consultations psychiatriques réclamées dans les unités de soins de courte durée, de réadaptation et de soins de longue durée seront également **abolies et remplacées** par des visites spécifiques qui vous sont présentées à la section 3 de l'infolettre :
  - Consultation pour les patients de moins de 70 ans (codes d'acte **09103, 09225 et 09227**);
  - Consultation pour les patients de 70 ans ou plus (codes d'acte **09233, 09236 et 09239**).
- Des renseignements complémentaires sur les changements administratifs et les codes d'acte abolis vous sont présentés à la [partie V](#) de l'infolettre (disponible uniquement sur Internet).

## FACTURATION

Étant donné qu'à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, les codes d'acte et les majorations mentionnés sont abolis et que de nouveaux codes sont créés, il est nécessaire de séparer la facturation des services rendus **jusqu'au 30 septembre 2013** de ceux rendus **à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2013**. Pour ce faire, vous devez utiliser **des demandes de paiement distinctes**.

Vous pouvez facturer avec les nouveaux codes d'acte et tarifs à compter **du 1<sup>er</sup> octobre 2013**.

### 3. Nouvelles nomenclatures relatives aux visites et suppléments – À l'acte

◆ MANUEL DE FACTURATION ➔ ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

#### 3.1 Généralités

Le terme « visite » est ajouté à chaque libellé du préambule général, des préambules particuliers et des actes lorsque le libellé mentionne « examen et consultation ». Une liste présentée à la [partie VI](#) de l'infolettre sous forme de tableau (disponible uniquement sur Internet) identifie les paragraphes et les actes visés pour chacun des onglets du manuel de facturation.

Le sous-paragraphes 2.2.6 B, concernant l'intervention clinique, est modifié puisque le supplément de responsabilité prévu au paragraphe 2.4.7.8 du préambule général est aboli à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013.

#### 3.2 Patient hospitalisé à l'urgence : supplément d'honoraires pour un examen (règle 2.2.6 C)

À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, dans le service d'urgence d'un centre hospitalier, le médecin de garde **ne peut pas** réclamer le code de visite et le tarif prévu pour le patient admis, lorsque ce dernier est en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée. Le médecin doit réclamer les codes et les tarifs d'examen du **patient inscrit à l'urgence** même si le patient a un statut « admis » et non plus « inscrit ».

Cependant, il doit réclamer le nouveau supplément prévu de **7,10 \$** pour chaque examen effectué auprès d'un **patient admis** qui est hospitalisé à l'urgence (code **15637**). Ce supplément ne peut pas être réclamé pour les services rendus dans les unités de décision clinique (**4XXX7**) ni dans une clinique externe (**0XXX1**).

Par conséquent, le sous-paragraphe **6)** relatif à cette disposition est ajouté à la règle 2.2.6 C du préambule général.

Les services rendus dans une unité de décision clinique sont rémunérés selon les nouvelles nomenclatures de soins de courte durée (voir le point 3.3). Les nouvelles nomenclatures ne s'appliquent pas en clinique externe, sauf pour certaines cliniques externes reliées à une unité ou un autre lieu visés par l'annexe XXII.

### 3.3 Clientèle admise en soins de courte durée : dans les CHSGS ainsi que dans les CHSP et CHSLD pour la partie des soins de courte durée (règle 2.2.6 D)

La règle 2.2.6 D introduite au préambule général précise que pour les soins physiques exclusivement dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.01 de l'annexe XXII, il y a deux niveaux de tarification (A ou B) pour la rémunération des services lors de visites, évaluations ou échanges en CHSGS et dans l'unité de soins de courte durée d'un CHSP ou d'un CHSLD.

Le niveau de tarif **A** s'applique dans l'unité de soins de courte durée (**0XXX3**), l'unité de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** et **4XXX6**) et l'unité de décision clinique désignée à l'entente particulière – Unité de décision clinique (n° 45) (**4XXX7**).

Le niveau de tarif **B**, plus élevé car les unités sont celles qui étaient visées par la majoration de 15,6 % pour la prime de responsabilité rémunérée à l'acte (P.G. 2.4.7.10), s'applique à l'unité de soins de courte durée gériatriques et aux services gériatriques ambulatoires\* (**0XXX2**), à l'hôpital de jour\* (**0XXX2**), à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (**0XXX2**), au département de psychiatrie incluant sa clinique externe\* (pour les soins physiques) (**0XXX8**), à l'unité des soins palliatifs incluant sa clinique externe (nouveau numéro d'établissement **4XXX0**) ainsi qu'à la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CSSS ou un CHSGS (nouveau numéro d'établissement **4XXX0**).

Le niveau de tarif **B** s'applique également dans un établissement, une partie d'établissement ou un institut dont la fonction principale est la gestion d'un CHSP pour l'unité de soins de courte durée et l'unité de lits en psychiatrie incluant la clinique externe reliée (**0XXX8**).

Finalement, le niveau de tarif **B** s'applique dans un établissement, une partie d'établissement ou dans un institut dont la fonction principale est l'hébergement en CHSLD pour l'unité de soins de courte durée gériatriques (**0XXX2**).

Les services rendus dans les cliniques externes reliées à une unité ou un département où s'applique la nouvelle nomenclature doivent être réclamés en utilisant le suffixe correspondant à l'unité ou au département visé.

Ces nouveaux services et tarifs ne s'appliquent pas aux examens et aux consultations auprès d'un patient admis qui séjourne dans un service d'urgence sous la responsabilité d'un médecin qui y assure la garde sur place. Dans ce cas, le médecin doit réclamer les codes et les tarifs pour un patient inscrit à l'urgence tout en réclamant le nouveau supplément pour patient admis à l'urgence en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée (code **15637**) (règle 2.2.6 C).

---

\* Seulement **certain**s services parmi les nouvelles nomenclatures peuvent être réclamés dans ces cliniques externes.

Toutefois, le médecin qui n'effectue pas la garde sur place à l'urgence et qui assume la responsabilité des soins des patients admis se prévaut de la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion en soins de courte durée, lorsqu'il évalue un patient à l'urgence dont les formalités d'admission sont complétées.

Les tableaux 1 et 2, au point 3.3.7, présentent un résumé des exigences pour chaque visite et évaluation ainsi que les programmes, unités, services ou départements visés par la règle 2.2.6 D.

### 3.3.1 Visite de prise en charge

Cette visite consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis, par le médecin qui assume la responsabilité principale des soins du patient :

- elle comprend l'examen, le plan de traitement ou d'investigation et les échanges avec le patient, les proches du patient ou le personnel;
- elle peut être facturée une **seule** fois par séjour hospitalier d'un patient;
- le tarif est de **83,40 \$** pour le niveau **A** (code **15638**) et de **96,45 \$** pour le niveau **B** (code **15647**);
- elle ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire; la visite de suivi courant peut alors être réclamée (code **15639** ou **15648**).

### 3.3.2 Visite de suivi

Cette visite consiste en une visite d'un patient pour des services courants :

- elle implique un contact avec le patient et des notes consignées au dossier;
- elle peut être facturée une seule fois par jour, par simple contact avec le patient, par le médecin qui assure le suivi ou celui qui intervient de façon ponctuelle;
- lors d'un déplacement d'urgence, une visite de suivi est payée au tarif régulier même si une autre visite de suivi a eu lieu plus tôt dans la journée;
- le tarif est de **54,75 \$** pour le niveau **A** (code **15639**) et de **63,30 \$** pour le niveau **B** (code **15648**);
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- elle peut aussi être réclamée dans le cadre de la clinique externe d'une des unités de soins visées à l'annexe XXII (niveau B seulement) :
  - en courte durée gériatrique (**0XXX2**), paragraphe 2.01 a) 3);
  - en psychiatrie (**0XXX8**), paragraphe 2.01 a) 5);
  - aux soins palliatifs (**4XXX0**), paragraphe 2.01 a) 6);
  - pour le patient vu en ambulatoire à l'unité de soins de courte durée ou l'unité de psychiatrie d'un CHSP (**0XXX8**), paragraphe 2.01 b) 1).

### 3.3.3 Visite de suivi subséquente

Cette visite de suivi subséquente dans la même journée est payée à un tarif moindre, sauf pour l'exception mentionnée plus haut (déplacement d'urgence) :

- en plus des exigences de la visite de suivi, un examen physique du patient, requis en raison d'un changement à son état, doit être effectué;
- le tarif est de **28,15 \$** pour le niveau **A** (code **15640**) et de **32,50 \$** pour le niveau **B** (code **15649**);

- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- elle peut aussi être réclamée dans le cadre de la clinique externe d'une des unités de soins visées à l'annexe XXII (niveau **B** seulement) :
  - en courte durée gériatrique (**0XXX2**), paragraphe 2.01 a) 3);
  - en psychiatrie (**0XXX8**), paragraphe 2.01 a) 5);
  - aux soins palliatifs (**4XXX0**), paragraphe 2.01 a) 6);
  - pour le patient vu en ambulatoire à l'unité de soins de courte durée ou à l'unité de psychiatrie d'un CHSP (**0XXX8**), paragraphe 2.01 b) 1).

### 3.3.4 Visite de transfert

Cette visite, réalisée par le médecin qui prend la relève du suivi auprès du patient, comprend l'évaluation et au besoin, un examen, une révision du dossier, un plan d'intervention et des échanges avec le personnel ou les proches :

- elle implique que des notes soient consignées au dossier;
- elle peut être facturée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité du patient admis;
- le tarif est de **69,30 \$** pour le niveau **A** (code **15641**) et de **80,10 \$** pour le niveau **B** (code **15650**);
- elle ne peut pas être facturée les samedi, dimanche ou jour férié; la visite de suivi peut alors être réclamée (code **15639** ou **15648**);
- elle ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire; la visite de suivi peut alors être réclamée (code **15639** ou **15648**).

### 3.3.5 Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

Cette visite est effectuée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis, dans le but d'obtenir l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas :

- le médecin consulté examine le patient et produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et du traitement recommandé ou initié;
- le tarif est de **83,40 \$** pour le niveau **A** (code **15642**) et de **96,45 \$** pour le niveau **B** (code **15651**);
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- lors d'une visite subséquente à la visite d'évaluation, le médecin consulté peut réclamer la visite de suivi (code **15639** ou **15648**);
- le médecin qui assure le suivi postopératoire du patient ne peut pas réclamer cette visite, il est alors rémunéré selon le préambule particulier de chirurgie;
- elle peut aussi être réclamée dans le cadre de la clinique externe d'une des unités de soins visées à l'annexe XXII (niveau **B** seulement) :
  - en courte durée gériatrique (**0XXX2**), paragraphe 2.01 a) 3);
  - en psychiatrie (**0XXX8**), paragraphe 2.01 a) 5);
  - aux soins palliatifs (**4XXX0**), paragraphe 2.01 a) 6);
  - pour le patient vu en ambulatoire à l'unité de soins de courte durée ou l'unité de psychiatrie d'un CHSP (**0XXX8**), paragraphe 2.01 b) 1).

### 3.3.6 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclamé lors de discussions de cas concernant un ou plusieurs patients avec d'autres professionnels de la santé, incluant le médecin spécialiste. Il peut aussi être réclamé lors d'échanges avec les proches sur la condition du patient ou ses besoins :

- les échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient. En respectant les conditions prévues, l'échange avec les proches peut s'effectuer par téléphone dans la mesure où le médecin est présent dans l'établissement;
- le tarif est de **23,78 \$** par période d'au moins 15 minutes pour les niveaux **A** (code **15643**) et **B** (code **15652**);
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- le temps consacré aux échanges doit être d'au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées pour une durée ne dépassant généralement pas 60 minutes;
- ce service peut aussi être réclamé dans le cadre de la clinique externe d'une des unités de soins visées à l'annexe XXII (niveau **B** seulement) :
  - en courte durée gériatrique (**0XXX2**), paragraphe 2.01 a) 3);
  - en psychiatrie (**0XXX8**), paragraphe 2.01 a) 5);
  - aux soins palliatifs (**4XXX0**), paragraphe 2.01 a) 6);
  - pour le patient vu en ambulatoire à l'unité de soins de courte durée ou à l'unité de psychiatrie d'un CHSP (**0XXX8**), paragraphe 2.01 b) 1).

### 3.3.7 Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Ce supplément accordé pour le déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée s'applique seulement aux services découlant des situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général.

- les périodes visées sont :
  - de 7 h à 16 h, au tarif de **26,05 \$** pour le niveau **A** (code **15644**) et au tarif de **30,15 \$** pour le niveau **B** (code **15653**);
  - de 16 h à 24 h, au tarif de **36,50 \$** pour le niveau **A** (code **15645**) et au tarif de **42,15 \$** pour le niveau **B** (code **15654**);
  - de 0 h à 7 h, au tarif de **52,10 \$** pour le niveau **A** (code **15646**) et au tarif de **60,25 \$** pour le niveau **B** (code **15655**);
- il peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, en supplément à des services rendus selon le mode de l'acte.

### 3.3.8 CHSGS et autres établissements visés par la règle 2.2.6 D

La liste des CHSGS et autres établissements visés par la règle 2.2.6 D est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

Pour réclamer un des codes de visites, d'évaluations ou d'échanges, vous devez vous assurer que votre établissement est inscrit dans la liste visée par la règle 2.2.6 D et utiliser le bon numéro d'établissement (préfixe/suffixe) pour éviter des refus de paiement.

### 3.3.9 Résumé des exigences des différentes visites et des programmes, unités, services ou départements de soins de courte durée (règle 2.2.6 D)

Tableau 1 – Exigences des différentes visites (règle 2.2.6 D)

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte	Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Visite de prise en charge	15638 (A)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin ayant la responsabilité principale du patient</li> <li>- Ne peut pas être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF<sup>1</sup> ou à TH<sup>2</sup></li> </ul>
	15647 (B)			
Visite de suivi (première de la journée)	15639 (A)	Oui	Au besoin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuée par le médecin qui prodigue les soins courants du patient</li> <li>- Peut être facturée dans certaines cliniques externes avec le numéro de l'unité de soins concernée</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> <li>- Aucun autre examen le même jour</li> </ul>
	15648 (B)			
Visite de suivi subséquente	15640 (A)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen physique obligatoire, requis du fait d'un changement à l'état du patient</li> <li>- Peut être facturée dans certaines cliniques externes avec le numéro de l'unité de soins concernée</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15649 (B)			
Visite de transfert	15641 (A)	Oui	Au besoin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin qui prend la relève du médecin qui assumait la responsabilité principale du patient</li> <li>- Ne peut pas être réclamée la fin de semaine ni un jour férié</li> <li>- Ne peut pas être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15650 (B)			

<sup>1</sup> HF : mode des honoraires fixes

<sup>2</sup> TH : mode du tarif horaire

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte		Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion	15642 (A)		Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut être facturée dans certaines cliniques externes avec le numéro de l'unité de soins concernée</li> <li>- Opinion demandée en raison de la complexité ou de la gravité du cas</li> <li>- Rapport écrit exigé</li> <li>- Non applicable au suivi postopératoire</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15651 (B)				
Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient	15643 (A)		Sur place	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum de 15 minutes consécutives</li> <li>- Des périodes d'échanges supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées (ne dépassant généralement pas 60 minutes)</li> <li>- Échange avec les proches du patient peut s'effectuer par téléphone si le médecin est présent dans l'établissement</li> <li>- Peut être réclamé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15652 (B)				
Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence	15644 (A)	15653 (B)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 7 h à 16 h</li> <li>- Peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15645 (A)	15654 (B)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 16 h à 24 h</li> <li>- Peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15646 (A)	15655 (B)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 0 h à 7 h</li> <li>- Peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>

Tableau 2 – Programmes, unités, services ou départements (règle 2.2.6 D)

Centres	Programmes, unités, services ou départements	Niveau de tarif
CHSGS	Unité de soins de courte durée (0XXX3)	A
	Unité de soins intensifs ou coronariens (0XXX6, 4XXX6)	A
	Unité de décision clinique désignée à l'entente particulière n° 45 (4XXX7)	A

Centres	Programmes, unités, services ou départements	Niveau de tarif
	Unité de soins de courte durée gériatriques, services gériatriques ambulatoires, hôpital de jour, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (0XXX2)	B
	Département de psychiatrie pour les soins physiques incluant la clinique externe en psychiatrie pour les soins physiques (0XXX8)	B
	Unité de soins palliatifs incluant la clinique externe en soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CSSS ou un CHSGS (4XXX0)	B
CHSP	Unité de soins de courte durée et unité de lits en psychiatrie incluant la clinique externe (0XXX8)	B
CHSLD	Unité de soins de courte durée gériatriques (0XXX2)	B

### 3.4 Clientèle admise en soins de longue durée : dans les CHSLD ainsi que dans les CHSGS et CHSP pour la partie des soins de longue durée (règle 2.2.6 E)

Les programmes, unités, services ou départements visés par la règle 2.2.6 E introduite au préambule général sont identifiés au paragraphe 2.02 de l'annexe XXII. Les modalités de rémunération expliquées dans cette section remplacent les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 du préambule général. Elles s'appliquent exclusivement aux soins physiques.

Les tableaux 3 et 4, au point 3.4.11, présentent un résumé des exigences pour chaque visite et évaluation ainsi que les programmes, unités, services ou départements visés par la règle 2.2.6 E.

#### 3.4.1 Évaluation médicale globale en soins de longue durée (code 15615)

Cette évaluation s'effectue à la suite de l'admission d'un patient en CHSLD ou dans une unité de soins de longue durée d'un CHSP ou d'un CHSGS :

- elle peut s'effectuer en plusieurs visites et exiger de tenir compte des évaluations faites par d'autres professionnels ainsi que de rencontrer les proches du patient. Les visites ou tout autre service requis sont payables en plus de cette évaluation qui se facture lorsque le médecin a terminé l'évaluation et consigné ses notes au dossier;
- le médecin doit formuler un plan de traitement à la suite des examens et évaluations du patient;
- elle est rémunérée annuellement ou lorsque requis selon l'évolution du patient, en cours d'année;
- le tarif est de **83,10 \$**;
- elle ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, la visite de suivi courant ou la visite de suivi exigeant un examen peut alors être réclamée (code **15616** ou **15617**).

#### 3.4.2 Visite de suivi courant (code 15616)

Cette visite est facturée lorsque le médecin fait la tournée des patients pour gérer les problèmes courants tels que la consultation du dossier, les échanges avec le personnel et la prescription de traitements :

- le médecin consigne ses notes au dossier;
- lorsque requis, cette visite inclut le contact avec le patient;
- le tarif est de **20,75 \$**;
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire.

### 3.4.3 Visite de suivi exigeant un examen (code 15617)

Cette visite est facturée lorsque le médecin doit **effectuer un examen physique** pour évaluer un nouveau problème médical, initier un nouveau traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication :

- elle ne peut pas être facturée le même jour que la visite de suivi courant;
- elle inclut au besoin la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges avec le patient, les proches ou le personnel;
- le médecin consigne ses notes au dossier;
- le tarif est de **41,50 \$**;
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- elle peut aussi être réclamée dans la clinique externe, dans l'hôpital de jour et dans les autres lieux visés respectivement aux paragraphes 2.02 *b*) 1) (**OXXX4**) ou 2.02 *c*) 1) (**OXXX4**, **1XXX5** ou **2XXX5**) de l'annexe XXII.

### 3.4.4 Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM) (code 15618)

Ce formulaire est rempli lors de l'admission du patient à la suite d'une évaluation globale, lors d'un changement significatif à l'état du patient ou lorsque requis :

- la rédaction du formulaire implique habituellement des discussions avec le patient, les proches du patient, le personnel ou le médecin de famille;
- le tarif est de **23,78 \$** et ne comprend pas les évaluations, les visites de suivi ni les échanges qui se facturent séparément selon les dates où ils sont rendus.

### 3.4.5 Visite d'évaluation en vue de donner une opinion (code 15619)

Cette visite est effectuée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis dans le but d'obtenir l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas :

- le médecin consulté produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et du traitement recommandé, le cas échéant;
- l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le personnel, le patient ou les proches du patient;
- lors d'une visite subséquente à la visite d'évaluation, le médecin consulté peut réclamer la visite de suivi (code **15616**);
- le tarif est de **81,40 \$**;
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;

- elle peut aussi être réclamée dans la clinique externe, dans l'hôpital de jour et dans les autres lieux visés respectivement aux paragraphes 2.02 b) 1) (OXXX4) ou 2.02 c) 1) (OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) de l'annexe XXII.

#### 3.4.6 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15620)

Ce service peut être réclamé lors de discussions de cas concernant un ou plusieurs patients, menant à l'élaboration ou à la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire avec le personnel clinique ou le médecin de famille. Il peut aussi être réclamé lors d'échanges avec les proches du patient sur la condition du patient ou ses besoins :

- les échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient. Sous réserve des conditions prévues, l'échange avec les proches du patient peut s'effectuer par téléphone dans la mesure où le médecin est présent dans l'établissement;
- le temps consacré aux échanges doit être d'au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées pour une durée ne dépassant généralement pas 60 minutes;
- le tarif est de **23,78 \$** par période d'au moins 15 minutes;
- il peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- il peut aussi être réclamé dans la clinique externe, dans l'hôpital de jour et dans les autres lieux visés respectivement aux paragraphes 2.02 b) 1) (OXXX4) ou 2.02 c) 1) (OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) de l'annexe XXII.

#### 3.4.7 Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (code 15621)

Ce service peut être réclamé lors d'activités d'échanges avec d'autres professionnels pour répondre à des besoins collectifs, par exemple, pour établir de nouveaux protocoles ou des ordonnances collectives :

- le temps consacré à l'échange doit être d'au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées pour une durée ne dépassant généralement pas 60 minutes;
- le tarif est de **23,78 \$** par période de 15 minutes.

#### 3.4.8 Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement (code 15622)

Ce service peut être réclamé **entre 8 heures et 18 heures du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés**, lorsque le médecin n'est pas dans l'établissement et qu'il répond à une demande du personnel clinique concernant un suivi exigeant une attention immédiate à l'égard d'un patient :

- il peut être réclamé tant par le médecin rémunéré à l'acte que par celui rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes au sein de l'établissement en cause, sans que ce dernier n'assure une période de garde en disponibilité au moment de l'appel;
- le médecin n'a pas à noter le numéro d'assurance maladie de chaque patient qui fait l'objet d'un appel. Par contre, la personne qui fait appel au médecin devra le consigner au dossier;
- le tarif est de **15,85 \$**.

### 3.4.9 Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément est accordé pour le déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de longue durée.

- les périodes visées sont :
  - de 7 h à 16 h, au tarif de **30,15 \$** (code **15623**);
  - de 16 h à 24 h, au tarif de **42,15 \$** (code **15624**);
  - de 0 h à 7 h, au tarif de **60,25 \$** (code **15625**);
- il peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en supplément à la rémunération à l'acte pour les services rendus.

### 3.4.10 CHSLD et autres établissements visés par la règle 2.2.6 E

La liste des CHSGS et autres établissements visés par la règle 2.2.6 E est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

Pour réclamer un des codes de visites, d'évaluations ou d'échanges, vous devez vous assurer que votre établissement est inscrit dans la liste visée par la règle 2.2.6 E et utiliser le bon numéro d'établissement (préfixe/suffixe) pour éviter des refus de paiement.

### 3.4.11 Résumé des exigences des différentes visites et des programmes, unités, services ou départements de soins de longue durée (2.2.6 E)

Tableau 3 – Exigences des différentes visites (règle 2.2.6 E)

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte	Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Évaluation médicale globale	<b>15615</b>	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"><li>- Évaluation lors de l'admission du patient en soins de longue durée</li><li>- Les examens, visites ou interventions nécessaires à l'évaluation sont payés séparément</li><li>- Peut exiger des échanges avec les proches du patient ou autres professionnels et s'effectuer en plusieurs visites</li><li>- Peut être réclamée annuellement ou lorsque requis selon l'évolution du patient, en cours d'année</li><li>- Ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire</li></ul>
Visite de suivi courant	<b>15616</b>	Si requis	Non	<ul style="list-style-type: none"><li>- Peut être facturée pour des problèmes courants</li><li>- Notes au dossier obligatoires</li><li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF<sup>1</sup> ou à TH<sup>2</sup></li></ul>

<sup>1</sup> HF : mode des honoraires fixes

<sup>2</sup> TH : mode du tarif horaire

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte	Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Visite de suivi exigeant un examen	<b>15617</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen requis pour évaluer un nouveau problème médical, initier un traitement ou suivre l'évolution d'une maladie</li> <li>- Peut être réclamée dans une clinique externe ou autre lieu d'une unité visée aux paragraphes 2.02 b) 1) ou 2.02 c) 1) de l'annexe XXII</li> <li>- Aucune visite de suivi courant le même jour</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM)	<b>15618</b>	Si requis	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulaire rempli lors de l'admission du patient ou lors d'un changement significatif à son état</li> <li>- Les discussions pour la rédaction peuvent être avec le patient, le personnel clinique, le médecin de famille ou un proche du patient</li> <li>- Les examens et les échanges requis sont rémunérés séparément</li> </ul>
Visite d'évaluation en vue de donner une opinion	<b>15619</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opinion donnée pour des cas complexes ou graves à la demande du médecin traitant</li> <li>- Non applicable lors d'une seconde visite du médecin consulté; il doit alors réclamer une visite de suivi</li> <li>- Peut être réclamée dans une clinique externe ou autre lieu d'une unité visée aux paragraphes 2.02 b) 1) ou 2.02 c) 1) de l'annexe XXII</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient	<b>15620</b>	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum de 15 minutes consécutives d'échanges</li> <li>- Des périodes d'échanges supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées (ne dépassant généralement pas 60 minutes)</li> <li>- Échange avec les proches du patient peut s'effectuer par téléphone lorsque le médecin est présent dans l'établissement</li> <li>- Peut être réclamé dans une clinique externe ou autre lieu d'une unité visée aux paragraphes 2.02 b) 1) ou 2.02 c) 1) de l'annexe XXII</li> <li>- Peut être réclamé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients	<b>15621</b>	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration ou révision d'un plan d'intervention pour un ou plusieurs patients</li> <li>- Minimum de 15 minutes consécutives par échange</li> <li>- Des périodes d'échanges supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées (ne dépassant généralement pas 60 minutes)</li> </ul>

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte	Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Réponse téléphonique à une demande du personnel	15622	Non	Non	- Peut être réclamée entre 8 h et 18 h, du lundi au vendredi (excluant les jours fériés) - Le médecin doit être absent de l'établissement - Peut être réclamée sans égard au mode de rémunération du médecin (acte, HF ou TH)
Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence	15623	Oui	Oui	- De 7 h à 16 h - Peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH
	15624			- De 16 h à 24 h - Peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH
	15625			- De 0 h à 7 h - Peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH

Tableau 4 – Programmes, unités, services ou départements (règle 2.2.6 E)

Centres	Programmes, unités, services ou départements
CHSGS	Unité d'hébergement et de soins de longue durée (0XXX4, 1XXX5, 2XXX5)
CHSP	Unité d'hébergement et de soins de longue durée (0XXX4) et pour certains établissements (0XXX8)
CHSLD	Unité d'hébergement et de soins de longue durée, unité de soins palliatifs, hôpital de jour, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits de transition ou de soins subaigus, clinique externe en gériatrie ou en réadaptation (0XXX4, 1XXX5, 2XXX5)
CHSGS (dont la fonction principale est autre que la gestion des soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence)	Unité de soins d'hébergement et de soins de longue durée et Unité de soins de courte durée gériatriques (0XXX4, 1XXX5, 2XXX5)

### 3.5 Clientèle en soins de toxicomanie et réadaptation : dans les CHSGS, pour la partie des soins en toxicomanie, dans les centres de réadaptation, dans les CPJ et dans les CHSGS n'opérant pas d'unité de soins de courte durée ni de service d'urgence (règle 2.2.6 F)

Les programmes, unités, services ou départements visés par la règle 2.2.6 F introduite au préambule général sont identifiés au paragraphe 2.03 de l'annexe XXII. Les modalités de rémunération expliquées dans cette section remplacent les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 du

préambule général. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification décrite ci-dessous.

Les tableaux 5 et 6, au point 3.5.10, présentent un résumé des exigences pour chaque visite et évaluation ainsi que les programmes, unités, services ou départements visés par la règle 2.2.6 F.

### 3.5.1 Visite de prise en charge (code 15626)

Cette visite consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis par le médecin qui assume la responsabilité principale du patient :

- elle peut être facturée **une seule fois par séjour** au tarif de **80,60 \$**;
- elle comprend l'examen, le plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation et les échanges avec le patient, les proches du patient ou le personnel;
- elle ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire; la visite de suivi courant ou la visite de suivi exigeant un examen peut alors être réclamée (code **15627** ou **15628**).

### 3.5.2 Visite de suivi courant (code 15627)

Cette visite est facturée lorsque le médecin fait la tournée pour gérer les problèmes courants :

- elle inclut la consultation du dossier, les échanges avec le personnel, la prescription de traitements ou investigations. Si nécessaire, le médecin rencontre le patient;
- le tarif est de **20,75 \$**;
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire.

### 3.5.3 Visite de suivi exigeant un examen (code 15628)

Cette visite est facturée lorsque le médecin doit **effectuer un examen physique** pour évaluer un nouveau problème médical, initier un nouveau traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication :

- elle ne peut pas être facturée le même jour que la visite de suivi courant;
- elle inclut au besoin la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges avec le patient, les proches du patient ou le personnel;
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- le tarif est de **41,50 \$**;
- elle peut aussi être réclamée dans certaines cliniques externes visées aux paragraphes 2.03 a) 1) (OXXX0), 2.03 b) 1) (OXXX3, 1XXX3), 2.03 b) 2) (1XXX3, 4XXX9), 2.03 b) 3) (1XXX3), 2.03 b) 4) (1XXX3, 4XXX9) ou 2.03 c) 1) (OXXX3) de l'annexe XXII.

### 3.5.4 Visite de transfert (code 15629)

Cette visite peut être facturée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité du patient admis :

- elle ne peut pas être facturée les samedi, dimanche ou jour férié; la visite de suivi courant peut alors être réclamée (code **15627**);
- elle ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire; la visite de suivi courant peut alors être réclamée (code **15627**);
- le tarif est de **52,80 \$**.

### 3.5.5 Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (code 15630)

Cette visite s'effectue à la demande du médecin assurant les soins du patient admis dans le but d'obtenir l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas :

- le médecin consulté produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et du traitement recommandé, le cas échéant;
- l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le personnel, le patient ou les proches du patient;
- lors d'une visite subséquente à la visite d'évaluation, le médecin consulté peut réclamer la visite de suivi courant (code **15627**);
- elle peut être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- le tarif est de **80,60 \$**;
- elle peut aussi être réclamée dans certaines cliniques externes visées aux paragraphes 2.03 a) 1) (**0XXX0**), 2.03 b) 1) (**0XXX3, 1XXX3**), 2.03 b) 2) (**1XXX3, 4XXX9**), 2.03 b) 3) (**1XXX3**), 2.03 b) 4) (**1XXX3, 4XXX9**) ou 2.03 c) 1) (**0XXX3**) de l'annexe XXII.

### 3.5.6 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15631)

Ce service peut être réclaté lors de discussions de cas concernant un ou plusieurs patients avec d'autres professionnels de la santé, incluant le médecin spécialiste. Il peut aussi être réclaté lors d'échanges avec les proches sur la condition du patient ou ses besoins :

- les échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient. En respectant les conditions prévues, les échanges avec les proches peuvent s'effectuer par téléphone dans la mesure où le médecin est présent dans l'établissement;
- le temps consacré à l'échange doit être d'au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées pour une durée ne dépassant généralement pas 60 minutes;
- il peut être réclaté durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- le tarif est de **23,78 \$** par période de 15 minutes;
- ce service peut aussi être réclaté dans certaines cliniques externes visées aux paragraphes 2.03 a) 1) (**0XXX0**), 2.03 b) 1) (**0XXX3, 1XXX3**), 2.03 b) 2) (**1XXX3, 4XXX9**), 2.03 b) 3) (**1XXX3**), 2.03 b) 4) (**1XXX3, 4XXX9**) ou 2.03 c) 1) (**0XXX3**) de l'annexe XXII.

### 3.5.7 Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (code 15632)

Ce service peut être réclamé lors d'activités d'échanges avec d'autres professionnels pour répondre à des besoins collectifs, par exemple, pour établir de nouveaux protocoles ou des ordonnances collectives :

- le temps consacré à l'échange doit être d'au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées pour une durée ne dépassant généralement pas 60 minutes;
- le tarif est de **23,78 \$** par période complète de 15 minutes.

### 3.5.8 Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément est accordé pour le déplacement auprès d'un patient admis dans un centre ou une unité visée.

- les périodes visées sont :
  - de 7 h à 16 h, code **15633**, au tarif de **30,15 \$**;
  - de 16 h à 24 h, code **15634**, au tarif de **42,15 \$**;
  - de 0 h à 7 h, code **15635**, au tarif de **60,25 \$**.
- il peut être réclamé durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en supplément à la rémunération à l'acte pour les services rendus.

### 3.5.9 Centres de réadaptation et autres établissements visés par la règle 2.2.6 F

La liste des CHSGS et autres établissements visés par la règle 2.2.6 F est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

Pour réclamer un des codes de visites, d'évaluations ou d'échanges, vous devez vous assurer que votre établissement est inscrit dans la liste visée par la règle 2.2.6 F et utiliser le bon numéro d'établissement (préfixe/suffixe) pour éviter des refus de paiement.

### 3.5.10 Résumé des exigences des différentes visites et des programmes, unités, services ou départements (règle 2.2.6 F)

Tableau 5 – Résumé des exigences des différentes visites (règle 2.2.6 F)

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte	Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Visite de prise en charge	15626	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut être réclamée une seule fois par séjour du patient</li> <li>- Non accessible durant la garde en disponibilité pour le médecin rémunéré à HF<sup>1</sup> ou à TH<sup>2</sup></li> <li>- Ne peut pas être réclamée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire</li> </ul>
Visite de suivi courant	15627	Si requis	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne peut pas être réclamée le même jour que la visite de suivi exigeant un examen</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Visite de suivi exigeant un examen	15628	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen requis par l'état du patient</li> <li>- Ne peut pas être réclamée le même jour que la visite de suivi courant</li> <li>- Peut être réclamée dans certaines cliniques externes visées aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1), 2) 3) ou 4) ou 2.03 c) 1) de l'annexe XXII</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Visite de transfert	15629	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin qui prend la relève du médecin qui assumait la responsabilité principale</li> <li>- Ne peut pas être réclamée la fin de semaine ni un jour férié</li> <li>- Ne peut pas être réclamée durant la garde en disponibilité pour le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Visite d'évaluation pour opinion	15630	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opinion donnée pour des cas complexes ou graves</li> <li>- Si le médecin ayant fait l'évaluation revoit le patient, il doit réclamer la visite de suivi</li> <li>- Peut être facturée dans certains services de consultation externe</li> <li>- Peut être réclamée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>

<sup>1</sup> HF : mode des honoraires fixes

<sup>2</sup> TH : mode du tarif horaire

Visites, évaluations et échanges	Codes d'acte	Contact avec le patient	Examen	Commentaires / Restrictions
Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient	15631	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum de 15 minutes consécutives par échange</li> <li>- Des périodes d'échanges supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées (ne dépassant généralement pas 60 minutes)</li> <li>- Échange avec les proches du patient peut s'effectuer par téléphone si le médecin est présent dans l'établissement</li> <li>- Peut être réclamé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients	15632	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum de 15 minutes consécutives par échange</li> <li>- Des périodes d'échanges supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées (ne dépassant généralement pas 60 minutes)</li> </ul>
Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence	15633	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 7 h à 16 h</li> <li>- Peut être réclamé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15634			<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 16 h à 24 h</li> <li>- Peut être réclamé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>
	15635			<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 0 h à 7 h</li> <li>- Peut être réclamé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>

Tableau 6 – Programmes, unités, services ou départements (règle 2.2.6 F)

Centres	Programmes, unités, services ou départements
CHSGS	Unité de toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie (0XXX0)
Centre de réadaptation	Centre de réadaptation en déficience physique incluant la clinique externe en déficience physique (0XXX3, 1XXX3)
	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle incluant la clinique externe en déficience intellectuelle (1XXX3, 4XXX9)
	Centre de réadaptation en toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie (1XXX3)
	Centre de protection de la jeunesse incluant la clinique externe (1XXX3, 4XXX9)

<b>CHSGS</b> (qui ne gère pas d'unité de soins de courte durée ni de service d'urgence)	Unité de lits de réadaptation fonctionnelle ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation (URFI) (OXXX3) de certains établissements spécifiques
--	---

### 3.6 Patient admis ou personne hébergée (P.G. 2.2.9 A)

La majoration visée par cette disposition (horaires défavorables) s'applique sur les honoraires des visites, des examens psychiatriques et des consultations psychiatriques faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que sur le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence auprès d'une personne admise dans un CHSGS, un CHSP, un CHSLD, un centre de réadaptation ou un centre de protection de la jeunesse.

De plus, les visites, les examens psychiatriques, les consultations psychiatriques et le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que les traitements hyperbares y compris lorsqu'effectués à la clinique externe du centre hospitalier désigné sont également visés par cette disposition. Les actes de l'onglet portant la mention « P.G. 2.2.9 A » sont présentés à la [partie III](#) de l'infolettre (disponible uniquement sur Internet).

### 3.7 Prime de responsabilité (P.G. 2.4.7.10)

Seul le médecin exerçant dans un centre de détention a droit à la prime de responsabilité de 15,6 % pour tous les services facturés dans ce secteur d'activité. En conséquence, le sous-paragraphe 2.4.7.10 du préambule général est remplacé.

### 3.8 Autres modifications (onglet B – Consultation, examen et visite)

Le tarif de neuf services augmente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013. Dans la [partie III](#) de l'infolettre (disponible uniquement sur Internet), vous trouverez les codes visés, leur libellé et le nouveau tarif en grisé.

Tableau 7 – Liste des codes et des nouveaux tarifs visés

Code	Tarif (\$)	Code	Tarif (\$)	Code	Tarif (\$)
09092	26,85	08904	80,40	08969	49,65
15192	72,15	08907	102,30	08979	80,60
08903	46,65	09093	26,90	08994	85,60
08806	72,90	15193	77,05	08995	111,90

---

## 4. Autres modalités de rémunération relatives aux annexes

---

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXES

---

### 4.1 Annexe XVIII

En concordance avec l'abolition du supplément de responsabilité, le texte du paragraphe 2.10 de cette annexe est modifié en retirant la mention de ce supplément.

### 4.2 Nouvelle annexe XXII

#### 4.2.1 Modes de rémunération (paragraphe 1.01 à 1.05)

Le médecin qui exerce dans un des programmes, unités, services ou départements identifiés à l'article 2.00 de l'annexe XXII doit opter, de façon **exclusive**, pour la rémunération à l'acte ou à tarif horaire. Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit changer pour le mode de rémunération à l'acte ou conserver son mode de rémunération.

Le médecin qui exerce dans un CHSLD doit opter pour un mode de rémunération pour chacune des installations physiques où il pratique.

Le médecin pourra modifier son ou ses options lors du renouvellement de sa nomination. Par contre, le médecin qui exerce à l'unité de soins de courte durée, à l'unité des soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS doit obligatoirement être rémunéré **à l'acte**, sauf si une disposition contraire est inscrite à l'entente générale ou à une entente particulière.

L'établissement doit transmettre à la Régie l'avis de service qui précise l'option ou les options exercées par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, sauf si le médecin est actuellement rémunéré selon ces modes.

Les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (n° 38).

#### 4.2.2 Rémunération pour les services de garde sur place (paragraphe 1.06)

Pour le médecin qui choisit d'être rémunéré à l'acte dans les quelques milieux au sein desquels il est tenu d'assurer une garde sur place, ses services demeurent rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire les samedi, dimanche, jour férié ainsi qu'entre 18 h et 8 h les jours de semaine.

Exceptionnellement, pour ces situations, l'établissement devra transmettre un **avis de service, version papier**, qui concerne uniquement la garde sur place en précisant qu'il s'agit du paragraphe 1.06 de l'annexe XXII. L'avis de service à tarif horaire (n° 3547) ou à honoraires fixes (n° 1897) devra être transmis à l'une des coordonnées suivantes :

- Par télécopieur : 418 646-8110
- Par la poste : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'admissibilité et du paiement  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

Les établissements visés sont les suivants :

**En milieu psychiatrique :**

**Région 03 – Capitale nationale**

Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888)

**Région 06 – Montréal**

Hôpital Louis-H. Lafontaine (00878)

Hôpital Douglas (00698)

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal – Pavillon Albert-Prévost (07748)

Hôpital Rivière-des-Prairies (00848)

**Région 14 – Lanaudière**

Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858)

**En réadaptation :**

**Région 06 – Montréal**

Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal :

Hôpital de réadaptation Lindsay (04093)

Institut de réadaptation de Montréal (00803)

**Région 13 – Laval**

Hôpital juif de réadaptation (04213)

**4.2.3 Exclusions à l'annexe XXII (paragraphe 1.07 et 1.08)**

Les dispositions de l'annexe XXII ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu des ententes particulières suivantes :

- E.P. relative au Grand-Nord (n° 1);
- E.P. relatives au Nunavik (17) et à la Baie-James (18) ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord (09) (n° 32);
- E.P. relative au Centre de santé Chibougamau (n° 23);
- E.P. relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles (n° 44).

**4.2.4 Modalités spécifiques au mode de rémunération à l'acte (paragraphe 2.01 à 2.05)**

Les modalités spécifiques au mode de rémunération à l'acte précisées aux paragraphes 2.2.6 D, 2.2.6 E et 2.2.6 F du préambule général se trouvent aux points 3.3, 3.4 et 3.5 de l'infolettre.

---

## **5. Nouveautés pour les médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes**

---

Les établissements du réseau de la santé sont avisés des nouvelles nomenclatures et des modalités particulières relatives à certaines situations ainsi que des instructions pour le remplissage des avis de service dans l'[infolettre 128](#).

## 5.1 Choix d'option du mode à l'acte pour les médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes (articles 1.00 et 5.00)

L'abolition de différentes ententes particulières et l'introduction de l'annexe XXII permettent à chaque médecin exerçant dans un programme ou une unité d'un établissement où il était possible d'être rémunéré selon le mode des honoraires fixes (droit acquis) ou du tarif horaire, de choisir l'option individuelle pour un de ces modes ou pour celui de l'acte. Ce choix peut s'exercer sans égard aux choix des autres médecins qui exercent dans la même installation. Il s'exerce normalement lors de la nomination ou de son renouvellement.

Malgré le paragraphe 1.01, le paragraphe 5.01 prévoit des dispositions transitoires qui permettent au médecin sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, d'opter, au cours des trois premiers mois d'application de l'annexe XXII, soit du **1<sup>er</sup> octobre 2013 au 31 décembre 2013**, pour un autre mode de rémunération que le sien.

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui exerce dans un établissement auprès des patients admis en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation en vertu des ententes particulières abolies peut se prévaloir des nouvelles nomenclatures à compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**.

Pour accéder au mode de rémunération à l'acte, le médecin doit demander à son ou à ses établissements de transmettre un avis de service modifié au regard de chaque programme, unité, service, département ou secteur de pratique pour lesquels il exerce le choix du mode de l'acte en indiquant la date à compter de laquelle la nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes a pris fin. Dans le cas du médecin qui exerce dans un CHSLD, cette option doit être exercée pour chacune des installations physiques en cause. Le médecin peut modifier ses options lors du renouvellement de sa nomination.

L'établissement doit transmettre l'avis de service au Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie. Afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre une confirmation de la Régie avant de transmettre sa facturation à l'acte. Le médecin recevra cette confirmation, soit :

- par l'établissement où il opte pour le mode à l'acte, si la fermeture de chacune des nominations s'effectue par les services en ligne;
- par une lettre de confirmation de la Régie l'informant de la mise à jour de son dossier, si l'avis de service modifié a été acheminé par télécopieur ou par la poste.

## 5.2 Rétroactivité pour le médecin à tarif horaire et à honoraires fixes qui opte pour le mode à l'acte – Lettre d'entente n° 259

Comme prévu à la *Lettre d'entente n° 259*, le médecin actuellement rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes **peut**, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et le 31 décembre 2013, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination dans un établissement, **opter pour le mode de rémunération à l'acte**.

Le médecin qui effectue ce choix avant le 31 décembre 2013 pourra bénéficier d'un montant forfaitaire équivalant à **20 %** applicable sur la rémunération versée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, des heures facturées avec les codes d'activité correspondant aux services cliniques et aux rencontres multidisciplinaires dans ces secteurs d'activité et de la prime de responsabilité en découlant.

Pour conserver cette rétroactivité, les parties négociantes ont déterminé que le médecin ne devra pas retourner à son mode de rémunération antérieur pour **une période d'au moins deux ans**. À noter que le médecin qui choisit le mode de l'acte alors qu'il était initialement rémunéré à honoraires fixes dans l'établissement, perd son droit acquis. Il ne pourra faire de nouveau l'option de la rémunération à honoraires fixes, sauf s'il en informe l'établissement dans un délai de trois mois à compter de la date de son option pour le mode de l'acte.

L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie du choix de cette option et de la date effective du changement de mode de rémunération. Afin d'éviter tout refus de paiement à l'acte, le médecin visé devra attendre la confirmation de la Régie avant de transmettre sa facturation. Le médecin recevra cette confirmation, soit :

- par l'établissement où il opte pour le mode à l'acte, si la fermeture de chacune des nominations s'effectue par les services en ligne;
- par une lettre de confirmation de la Régie l'informant de la mise à jour de son dossier, si l'avis modifié a été acheminé par télécopieur ou par la poste.

Pour plus de renseignements concernant la *Lettre d'entente n° 259*, vous pouvez consulter l'[infolettre 226](#) du 19 décembre 2012. De plus, les médecins ayant opté pour la rémunération à l'acte avant le 31 décembre 2013 seront informés des détails du versement du montant forfaitaire auquel ils auront droit dans une prochaine infolettre.

### 5.3 Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes

Pour les médecins qui conserveront le mode de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, voici les principaux changements au regard des différents secteurs visés par les nouvelles nomenclatures.

#### 5.3.1 En soins de courte durée (règle 2.2.6 D)

Du fait que le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte durant la garde en disponibilité, la visite de suivi (code **15639**, **15648**, **15640** ou **15649**), la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (code **15642** ou **15651**) et les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code **15643** ou **15652**) peuvent être réclamés durant la période de garde en disponibilité pour les services rendus à la clientèle visée par le médecin en remplacement de la visite de prise en charge ou de la visite de transfert.

De plus, le médecin peut réclamer le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence (code **15644**, **15645**, **15646**, **15653**, **15654** ou **15655**, voir le tableau 1 au point 3.3.9).

#### 5.3.2 En soins de longue durée (règle 2.2.6 E)

Du fait que le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte durant la garde en disponibilité, la visite de suivi courant (code **15616**), la visite de suivi exigeant un examen (code **15617**), la visite d'évaluation en vue de donner une opinion (code **15619**) et les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code **15620**) peuvent être réclamés durant la période de garde en disponibilité.

De plus, le médecin peut réclamer le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence (code **15623**, **15624** ou **15625**, voir le tableau 3 au point 3.4.11).

Durant les heures prévues, tout médecin hors de l'établissement, sans égard à son mode de rémunération au sein de l'établissement, peut réclamer la réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement (code **15622**).

### 5.3.3 En toxicomanie, en réadaptation et en CPJ (règle 2.2.6 F)

La visite de suivi courant (code **15627**), la visite de suivi exigeant un examen (code **15628**), la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (code **15630**), les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code **15631**) peuvent être réclamés durant la période de garde en disponibilité.

De plus, le médecin peut réclamer le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence (code **15633**, **15634** ou **15635**, voir le tableau 5 au point 3.5.10).

### 5.3.4 Prime de responsabilité

Les activités qui bénéficiaient d'une prime sur 95 % des heures payées donneront toujours droit aux mêmes primes. Ainsi, le médecin qui exerce dans un des secteurs visés à l'article 2.00 de l'annexe XXII recevra une prime de responsabilité de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés. La prime est de 15,55 \$ depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013.

## 5.4 Liste des installations et établissements visés – Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes

La liste des installations et établissements visés par les paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03 de l'annexe XXII est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

### À NOTER

**Facturation avec les formulaires *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (n° 1215) et *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (n° 1216)**

Étant donné qu'à compter du **mardi 1<sup>er</sup> octobre 2013**, certains codes d'activité et certains numéros d'établissement seront modifiés, il sera nécessaire de séparer la facturation des heures d'activités effectuées au cours de la semaine du 29 septembre sur deux demandes de paiement distinctes :

- la première pour les services rendus **le 29 et le 30 septembre 2013** avec les anciennes données de facturation;
- la seconde pour les services rendus du **1<sup>er</sup> au 5 octobre 2013** avec les nouvelles données de facturation, s'il y a lieu.

## 6. Ententes particulières abrogées

Les ententes particulières suivantes sont abrogées à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013 :

- E.P. relative à la rémunération de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques (n° 2);
- E.P. concernant la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un CHSGS (n° 8);

- E.P. relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin dans certains établissements offrant un programme en toxicomanie (n° 12);
- E.P. concernant la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie visés aux présentes exploités par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un CHSLD (n° 13);
- E.P. relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience motrice (n° 15);
- E.P. relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement qui exploite un CHSGS ou dans une maison liée par une entente de services avec un établissement, dispense des services en soins palliatifs (n° 20);
- E.P. relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un CHSGS (n° 22);
- E.P. relative à la rémunération des services professionnels dispensés auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (n° 28).

En raison de l'abolition de ces huit ententes particulières et de l'introduction de l'annexe XXII qui les remplace, la Régie devra procéder à une conversion des données relatives aux nominations des médecins rémunérés à tarif horaire et à honoraires fixes concernés. Soyez assurés que cette conversion massive n'affectera en rien votre rémunération et qu'aucune intervention de votre part ni de la part de votre établissement n'est requise. Toutefois, pour éviter tout refus de paiement, vous devez vous assurer de réclamer un code d'activité (nature de service) et un numéro d'établissement (préfixe/suffixe) conformes pour la facturation de vos services à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013.

Nous vous présentons, sous forme de tableau, les modalités applicables jusqu'au **30 septembre 2013** et celles qui prévalent à compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**.

Tableau 8 – Changements relatifs à la facturation des médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes

Jusqu'au 30 septembre 2013		À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2013		
Document officiel	Nature de service	Document officiel	Nature de service	Numéro d'établissement
E.P. Soins psychiatriques en CH	027	annexe XXII : paragraphes 2.01 a) 5), 2.01 b) 1), 2.02 b) 1)	027	0XXX8
E.P. Toxicomanie	031	annexe XXII : paragraphe 2.03 a) 1)	031	0XXX0
		paragraphe 2.03 b) 3)	031	1XXX3
E.P. Adaptation-réadaptation – Déficience physique	042, 043, 047	annexe XXII : paragraphe 2.03 b) 1)	102	0XXX3, 1XXX3
		paragraphe 2.03 d) 1)	102	0XXX3

Jusqu'au 30 septembre 2013		À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2013		
Document officiel	Nature de service	Document officiel	Nature de service	Numéro d'établissement
E.P. Soins palliatifs	053	annexe XXII : paragraphe 2.01 a) 6)	053	4XXX0
E.P. Réadaptation ou programmes spécifiques en CHSGS (annexe I et annexe II)	054 et 058	nouvelle E.P. programmes spécifiques	054 et 058	0XXX3
		(établissements en déficience physique, intellectuelle et CPJ de l'ancienne annexe II) annexe XXII : paragraphe 2.03 b) 1)	100	1XXX3
		paragraphe 2.03 b) 2)	100	1XXX3, 4XXX9
		paragraphe 2.03 b) 4)	100	1XXX3, 4XXX9
E.P. Gériatrie CHSLD	056	annexe XXII : paragraphes 2.02 a) 1), 2.02 c) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2)	101	0XXX4, 1XXX5, 2XXX5
E.P. Gériatrie CHSGS	057	annexe XXII : paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 c) 1)	101	0XXX2
E.P. Ambulatoire de la région de Laval (CHARL)	073	annexe XXII : paragraphe 2.01 a) 3)	073	07841

Les établissements et les programmes visés antérieurement par ces ententes se trouvent maintenant dans la liste des établissements ou installations visés par les nouvelles nomenclatures décrites précédemment. Cette liste est disponible le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

## 7. Modifications diverses

Les corrections et modifications suivantes sont apportées par l'*Amendement n° 132*.

### 7.1 Entente particulière – Soins intensifs ou coronariens (n° 3)

- Au paragraphe 4.02, les forfaits pour la prestation de services au patient admis sont augmentés :
  - à compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**, le forfait est de **136,20 \$** pour la première journée et de **111 \$** pour la deuxième journée et les journées suivantes;
  - à compter du **1<sup>er</sup> décembre 2013**, le forfait pour la deuxième journée et les suivantes est de **112,30 \$**.
- La première phrase du paragraphe 4.03 est modifiée afin d'exclure la référence au supplément de responsabilité;

- Le troisième alinéa du paragraphe 5.02 est retiré à la suite de l'abolition du paragraphe 2.4.7.8 du préambule général;
- Le paragraphe 5.03 est remplacé par le suivant :  
« 5.03 Au forfait prévu au paragraphe précédent, s'ajoute un forfait quotidien par patient dont le médecin assume la responsabilité. Ce forfait est fixé à 45 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits apparaissant au paragraphe 4.02 des présentes soit de 52,70 \$ à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013. Ce forfait est fixé à 42,65 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits apparaissant au paragraphe 4.02 des présentes, soit de 52,70 \$ à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013 et de 53 \$ à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2013. »

## 7.2 Entente particulière – Anesthésie CHSGS (n° 10)

- À l'annexe II, le libellé « examens et consultations » est remplacé par « examens, visites et consultations ».

## 7.3 Entente particulière – Malade admis (n° 29)

- La première phrase du paragraphe 4.07 est modifiée afin d'exclure le supplément de responsabilité à l'examen du patient admis.

## 7.4 Entente particulière – Unité de décision clinique (n° 45)

- Le sous-paragraphe 5.04.2 relatif au supplément de responsabilité à l'examen du patient admis est retiré. En conséquence, le sous-paragraphe 5.04.3 devient 5.04.2.

---

## 8. Nouvelle entente particulière (n° 49)

---

*L'Entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dans le cadre d'un programme spécifique d'un CHSGS (n° 49) s'adresse uniquement à la rémunération de programmes spécifiques dans un CHSGS.*

Les établissements et les programmes spécifiques visés par la nouvelle entente particulière sont ceux qui paraissaient à l'annexe I de la précédente entente particulière qui est remplacée par la présente. Les programmes ou les cliniques visés concernent notamment les services préhospitaliers cliniques ainsi que diverses cliniques spécialisées dans des domaines tels le traitement de la douleur, l'oncologie, etc.

La liste des établissements adhérents et des programmes visés à cette entente particulière est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

## Texte officiel de l'Amendement n° 127

et extrait de l'Amendement n° 132

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) En modifiant le préambule général de la façon suivante :

i) En remplaçant le sous-paragraphe 1.1.1 par le suivant :

« Est comprise dans les honoraires de l'examen, de la consultation ou des services qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l'annexe I du préambule général. »

ii) L'annexe I est modifiée en remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« Est comprise dans les honoraires de l'examen, de la consultation ou des services médicaux qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés ci-dessous. »

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

**« 6) Supplément d'honoraires pour un examen fait auprès d'un patient admis qui séjourne à l'urgence**

Un supplément d'honoraires est accordé pour un examen fait auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS hors d'une unité de décision clinique désignée à l'entente particulière pertinente et qui séjourne au service d'urgence sous la responsabilité d'un médecin qui y assure la garde sur place. Ce supplément s'ajoute au tarif de chaque examen fait par un médecin. »

**AVIS :** Pour le patient admis en attente d'être transféré sur une unité de soins de courte durée, ce supplément s'ajoute aux codes d'acte et aux tarifs du **patient inscrit à l'urgence**.

*Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (r<sup>o</sup> 1200) et inscrire les données suivantes :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15637**;
- le montant de **7,10 \$ ou montant réclamé** dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement **0XXX7** dans la case ÉTABLISSEMENT ainsi que la **date d'admission**.

iv) En ajoutant le paragraphe 2.2.6 D suivant :

**« 2.2.6 D Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.01 de l'annexe XXII de l'entente générale**

Les programmes, unités, services ou départements, visés au présent paragraphe, sont identifiés, ainsi que le niveau de tarif, A ou B, qui leur est applicable, au paragraphe 2.01 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération apparaissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux articles 2.1 et 2.2 du préambule général pour les soins physiques exclusivement. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification des services décrits aux alinéas ci-dessous.

**AVIS :** *Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes 15643 et 15652, veuillez inscrire la date d'admission en établissement (voir l'onglet Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).*

Toutefois, les présentes modalités ne s'appliquent pas aux examens et consultations faits auprès d'un patient admis qui séjourne dans un service d'urgence sous la responsabilité d'un médecin qui y assure la garde sur place.

Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame ces services.

### 1) Visite de prise en charge

La visite de prise en charge consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis. Elle comprend l'examen du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et, au besoin, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par séjour hospitalier d'un patient nouvellement admis et elle ne peut être réclamée que par le médecin qui assume la responsabilité principale des soins du patient.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

**AVIS :** *Voir les codes d'acte 15638 (niveau A) et 15647 (niveau B) sous l'onglet B.*

### 2) Visite de suivi

La visite de suivi est une visite auprès d'un patient admis à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient, qu'il assure le suivi du patient ou qu'il intervienne de façon ponctuelle. Elle inclut au besoin la révision du dossier, l'examen du patient, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

**AVIS :** *Pour la réclamation de la première visite de suivi auprès d'un patient au cours d'une journée, voir les codes d'acte 15639 (niveau A) et 15648 (niveau B) sous l'onglet B.*

Cette visite implique toujours un contact avec le patient et des notes consignées au dossier.

Le médecin qui doit revoir le patient suite à un examen ou une visite effectuée le même jour, quelle qu'en soit la nature, et qui doit procéder à un examen en raison d'une modification de l'état du patient peut alors facturer la visite de suivi.

**AVIS** : La **date d'admission** doit être inscrite même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

Toute visite subséquente effectuée la même journée est payée à un tarif moindre sauf si elle survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence. Dans ce dernier cas, elle est payée au tarif régulier et n'est pas considérée aux fins du calcul du nombre de visites.

**AVIS** : Pour toute visite de suivi subséquente à la première effectuée auprès d'un patient la même journée, voir les codes d'acte **15640** (niveau A) et **15649** (niveau B) sous l'onglet B.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.01 a)3), 2.01 a)5), 2.01 a)6) ou 2.01 b)1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi.

**AVIS** : La **date d'admission** doit être inscrite même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

### 3) Visite de transfert

La visite de transfert est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité principale d'un patient déjà admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale du patient suite à ce transfert procède à une visite auprès du patient. Son évaluation inclut, au besoin, l'examen du patient, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou une journée fériée. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer la visite de suivi.

La visite de transfert ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

**AVIS** : Pour la facturation de la visite de transfert du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir les codes d'acte **15641** (niveau A) et **15650** (niveau B) sous l'onglet B.

### 4) Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

**AVIS** : Voir les codes d'acte **15642** (niveau A) et **15651** (niveau B) sous l'onglet B.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut réclamer la visite d'évaluation. Il peut alors facturer la visite de suivi.

Le médecin dont la participation est demandée dans le seul but d'assurer le suivi postopératoire d'un patient, ne peut se prévaloir de cette visite. Il est alors rémunéré selon le préambule particulier de chirurgie.

Cette visite, avec les adaptations nécessaires, remplace l'examen ou la consultation que le médecin pourrait autrement réclamer lors de l'évaluation du patient inscrit dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.01 a)3), 2.01 a)5), 2.01 a)6) ou 2.01 b)1) de l'annexe XXII de l'entente générale.

**AVIS :** *Inscrire le numéro de pratique du professionnel référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (r<sup>o</sup> 1200).*

**AVIS :** *La date d'admission doit être inscrite même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.*

**AVIS :** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'E.P. – Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'urgence auprès d'un patient admis (en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée) doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant son secteur de provenance (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également inscrire les modificateurs **126 (régime A) ou 151 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G.2.2.9 A, si applicables et calculer les honoraires en tenant compte du pourcentage applicable.*

**AVIS :** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'E.P. – Garde sur place – Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un patient admis, doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également inscrire l'un des modificateurs suivants : **105, 106 et 107 (régime A) ou 401, 402 et 403 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G.2.2.9 B, si applicables et calculer les honoraires en tenant compte du pourcentage applicable.*

## 5) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclaté pour la participation à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste) et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé d'un patient. Les échanges doivent viser la condition du patient ou ses besoins.

**AVIS :** *Voir les codes d'acte **15643 (niveau A) et 15652 (niveau B)** sous l'onglet B.*

Ce service vise notamment les échanges du médecin avec un proche du patient en vue de convenir du niveau d'intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

**AVIS** : Pour les codes **15643** (niveau A) et **15652** (niveau B), veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

**AVIS** : Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Dans le seul cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin, dans le cadre des services dispensés dans une clinique externe visée aux paragraphes 2.01 a)3), 2.01 a)5), 2.01 a)6) ou 2.01 b)1) de l'annexe XXII de l'entente générale, peut se prévaloir des présentes dispositions.

**AVIS** : Voir les codes d'acte **15643** (niveau A) et **15652** (niveau B) sous l'onglet B.

## 6) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement. »

**AVIS** : Voir les codes d'acte **15644**, **15645** et **15646** (niveau A) et **15653**, **15654** et **15655** (niveau B) sous l'onglet B.

**AVIS** : Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

v) En ajoutant le paragraphe 2.2.6 E suivant :

**« 2.2.6 E Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.02 de l'annexe XXII de l'entente générale**

Les programmes, unités, services ou département, visés au présent paragraphe, sont identifiés au paragraphe 2.02 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération apparaissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux articles 2.1 et 2.2 du préambule général. Elles s'appliquent pour les soins physiques exclusivement. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification des services décrits aux alinéas ci-dessous.

Toutefois, au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame alors ces services.

**AVIS** : Pour chacun des actes suivants, à l'exception des codes **15620**, **15621** et **15622**, veuillez inscrire la **date d'admission en établissement** (voir l'onglet Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).

## 1) Évaluation médicale globale en soins de longue durée

Le médecin effectue une évaluation médicale globale en soins de longue durée suite à l'admission d'un patient en CHSLD ou dans une unité de longue durée d'un CHSP. L'évaluation médicale globale comprend l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'examen complet, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale et les examens complémentaires jugés utiles. L'évaluation médicale globale peut s'effectuer sur plusieurs visites et peut exiger d'échanger avec les proches du patient et des professionnels du milieu.

Lorsqu'il a terminé et complété ses notes au dossier, le médecin réclame le tarif de l'évaluation. Ce tarif ne comprend pas l'ensemble des visites de suivi, échanges ou autres services rendus pour effectuer l'évaluation, services qui se facturent séparément selon la date où ils sont rendus.

Annuellement ou lorsque requis selon l'évolution du patient, le médecin effectue une nouvelle évaluation médicale globale.

Pour les fins de ce service, le patient faisant l'objet d'un séjour d'évaluation à l'hôpital de jour est considéré comme étant admis.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15615** sous l'onglet B.

## 2) Visite de suivi courant

La visite de suivi courant est une visite à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants du patient admis. Elle inclut la consultation sur place du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Lorsque requis, elle comprend le contact avec le patient.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15616** sous l'onglet B.

## 3) Visite de suivi exigeant un examen

La visite de suivi exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants suite à un examen physique. Elle peut être réclamée lorsque l'examen clinique est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un nouveau problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

Cette visite inclut au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être réclamée le même jour que la visite de suivi courant.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.02 b) 1) ou au paragraphe 2.02 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi exigeant un examen.

**AVIS** : La date d'admission doit être inscrite, et ce, même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

**AVIS** : Voir le code d'acte 15617 sous l'onglet B.

#### 4) Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM)

Le médecin qui complète le formulaire prescrit (NIM) à cet effet réclame le tarif prévu. Le formulaire est complété lors de l'admission d'un patient, suite à l'évaluation médicale globale, lors d'un changement significatif à l'état du patient ou lorsque requis.

La rédaction de ce formulaire par le médecin implique généralement, au préalable, la participation du médecin à des discussions avec le patient, le personnel clinique, le médecin de famille ou un proche du patient.

Ce tarif ne comprend pas l'ensemble des visites de suivi, échanges ou autres services rendus pour compléter le formulaire, services qui se facturent séparément selon la date où ils sont rendus.

**AVIS** : Voir le code d'acte 15618 sous l'onglet B.

#### 5) Visite d'évaluation en vue de donner une opinion

La visite d'évaluation en vue de donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut réclamer la visite d'évaluation. Il peut alors facturer la visite de suivi.

En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Cette visite, avec les adaptations nécessaires, remplace l'examen ou la consultation que le médecin pourrait autrement réclamer lors de l'évaluation du patient inscrit en clinique externe ou à l'hôpital de jour visé au paragraphe 2.02 b) 1) ou au paragraphe 2.02 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale.

**AVIS** : Voir le code d'acte 15619 sous l'onglet B.

**AVIS** : Inscrire le numéro de pratique du professionnel référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (r<sup>o</sup> 1200).

**AVIS** : La date d'admission doit être inscrite, et ce, même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

## 6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Les activités d'échanges concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre à l'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire, à la détermination du niveau d'intervention médicale ou à des discussions avec le personnel clinique, le médecin de famille ou un proche du patient sont définies comme suit :

- a) L'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire implique la mise en commun de l'évaluation respective de chacun des professionnels concernés et le cas échéant, l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire adapté à l'état et à la condition du patient. La participation du médecin à la présentation du plan d'intervention interdisciplinaire au patient et à ses proches est aussi comprise dans ce service.
- b) La détermination du niveau d'intervention médicale ou sa révision a pour objet de préciser l'intensité des soins requis pour un patient. Elle comporte des échanges avec le patient, son représentant légal ou ses proches, sur la nature de l'investigation et du traitement à envisager selon l'évolution de l'état du patient.

Pour être ainsi visés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches d'un patient concernant la condition ou l'état de ce patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

***AVIS :*** Pour le code d'acte **15620**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

***AVIS :*** Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Dans le seul cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.02 b) 1) ou au paragraphe 2.02 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut se prévaloir des présentes dispositions.

***AVIS :*** Voir le code d'acte **15620** sous l'onglet B.

## 7) Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement

Les activités d'échanges ou le temps que le médecin consacre à l'élaboration et à la rédaction d'un protocole ou d'une ordonnance collective à l'intention de personnes habilitées de l'établissement sont faites dans le but de favoriser la prestation de soins dans un cadre interprofessionnel. Ces activités peuvent notamment avoir pour objet des médicaments, des traitements, des examens ou des soins.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes.

**AVIS :** *Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (r<sup>o</sup> 1200) et inscrire les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **15621**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII dans la case ÉTABLISSEMENT ;
- le nombre de périodes de quinze (15) minutes complètes dans la case UNITÉS ;
- les honoraires demandés (soumis à la rémunération différente).

*Voir également le code d'acte **15621** sous l'onglet B.*

#### **8) Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement**

Entre 8 heures et 18 heures du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, lorsqu'il n'est pas présent dans l'établissement, le médecin est rémunéré lorsqu'il répond par téléphone à une demande qu'il reçoit du personnel clinique concernant un suivi qui exige une attention immédiate à l'endroit d'un des patients.

Le médecin peut se prévaloir de ce tarif sans égard à son mode de rémunération au sein de l'établissement en cause.

**AVIS :** *Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (r<sup>o</sup> 1200) et inscrire les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **15622**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'établissement correspondant à celui où le patient est admis dans la case ÉTABLISSEMENT ;
- les honoraires demandés (soumis à la rémunération différente).

*Voir également le code d'acte **15622** sous l'onglet B.*

#### **9) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence**

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de longue durée visée. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement. »

**AVIS :** *Voir les codes d'acte **15623**, **15624** et **15625** sous l'onglet B.*

**AVIS :** *Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

vi) En ajoutant le paragraphe 2.2.6 F suivant :

**« 2.2.6 F Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.03 de l'annexe XXII de l'entente générale**

Les programmes, unités, services ou départements, visés au présent paragraphe, sont identifiés au paragraphe 2.03 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération apparaissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 du préambule général. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification décrite aux alinéas ci-dessous.

Toutefois lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame alors ces services.

***AVIS : Pour chacun des actes suivants, à l'exception des codes 15631 et 15632, veuillez inscrire la date d'admission en établissement (voir l'onglet Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).***

**1) Visite de prise en charge**

La visite de prise en charge consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis dans un centre ou une unité visée. Elle comprend l'examen du patient, un plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation et au besoin, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses observations au dossier.

Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par séjour d'un patient nouvellement admis et elle ne peut être réclamée que par le médecin qui assume la responsabilité principale du patient.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

***AVIS : Voir le code d'acte 15626 sous l'onglet B.***

**2) Visite de suivi courant**

La visite de suivi courant est une visite à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants du patient admis. Elle inclut la consultation sur place du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Lorsque requis, elle comprend le contact avec le patient.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

***AVIS : Voir le code d'acte 15627 sous l'onglet B.***

**3) Visite de suivi exigeant un examen**

La visite de suivi exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants suite à un examen physique. Elle peut être réclamée lorsque l'examen clinique est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un nouveau problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

Cette visite inclut au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Cette visite ne peut être réclamée le même jour que la visite de suivi courant.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1) 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi exigeant un examen.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15628** sous l'onglet B.

**AVIS :** La date d'admission doit être inscrite, et ce, même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

#### 4) Visite de transfert

La visite de transfert est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité principale d'un patient déjà admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale du patient suite à ce transfert procède à une visite et une évaluation auprès du patient qui inclut au besoin, l'examen du patient, la révision du dossier, le plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou une journée fériée. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer une visite de suivi.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

**AVIS :** Pour la facturation de la visite de transfert du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code d'acte **15629** sous l'onglet B.

#### 5) Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut réclamer la visite d'évaluation. Il peut alors facturer la visite de suivi.

En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, du plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Cette visite, avec les adaptations nécessaires, remplace l'examen ou la consultation que le médecin pourrait autrement réclamer lors de l'évaluation du patient inscrit en clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1) 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15630** sous l'onglet B.

**AVIS :** Inscrire le numéro de pratique du professionnel référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (n° 1200).

**AVIS :** La date d'admission doit être inscrite, et ce, même si le patient est vu en ambulatoire à la clinique externe reliée au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII.

## 6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclaté pour la participation à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste) et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé d'un patient. Les échanges doivent viser la condition du patient ou ses besoins.

Pour être ainsi visés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches d'un patient concernant la condition ou l'état de ce patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

**AVIS :** Pour le code **15631**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.

*Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

Dans le seul cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1) 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut se prévaloir des présentes dispositions.

**AVIS :** Voir le code d'acte **15631** sous l'onglet B.

## 7) Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement

Ce service peut être réclaté pour les activités d'échanges ou le temps que le médecin consacre à l'élaboration et à la rédaction d'un protocole de soins ou d'une ordonnance collective à l'intention de personnes habilitées de l'établissement. Ces activités sont faites dans le but de favoriser la prestation de soins dans un cadre interprofessionnel. Celles-ci peuvent notamment avoir pour objet des médicaments, des traitements, des examens ou des soins.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes.

**AVIS :** *Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (r<sup>o</sup> 1200) et inscrire les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **15632**;
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII dans la case ÉTABLISSEMENT ;
- le nombre de périodes de quinze (15) minutes complètes dans la case UNITÉS ;
- les honoraires demandés (soumis à la rémunération différente).

*Voir également l'acte 15632 sous l'onglet B.*

## 8) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis dans un centre ou une unité visée. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement. »

**AVIS :** *Voir les codes d'acte 15633, 15634 et 15635 sous l'onglet B.*

**AVIS :** *Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

vii) Le sous-paragraphe 2.2.9 A est modifié comme suit :

a) En remplaçant son premier alinéa par le suivant :

« Sous réserve de l'alinéa suivant, les majorations apparaissant ci-après s'appliquent sur les honoraires des visites, des examens psychiatriques et des consultations psychiatriques faites dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que du supplément d'honoraire pour déplacement d'urgence auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse : »

b) En remplaçant son deuxième alinéa par le suivant :

« Sont visés par cette disposition les visites, les examens psychiatriques, les consultations psychiatriques et le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que les traitements hyperbares y compris lorsqu'effectués à la clinique externe du centre hospitalier désigné. La constatation de décès (P.G. 2.4.1), le tarif global pour le déplacement d'urgence la 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. »

viii) Le sous-paragraphe 2.2.9 C est biffé.

ix) Le sous-paragraphe 2.4.7.1 est remplacé par le suivant :

« 2.4.7.1 Un supplément d'honoraires est prévu pour un examen, un examen à domicile, une visite ou une consultation effectués dans les conditions suivantes :

- le service médical est immédiatement requis;
- un déplacement est exigé du médecin pour la dispensation du service médical;
- ce déplacement ne coïncide pas avec celui que le médecin doit faire pour se rendre à l'établissement pour assumer une garde sur place ou effectuer sa tournée quotidienne, ou, en cabinet, pour tenir une séance régulière de consultation.

A) En tout temps :

- pour un patient à domicile;
- pour un patient inscrit dans un établissement;
- pour un patient admis dans un établissement lorsque le déplacement s'effectue durant les périodes suivantes : de 7 h à 16 h, de 16 h à 24 h ou de 0 h à 7 h.

B) Le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h :

- pour un patient au cabinet. »

x) Le sous-paragraphe 2.4.7.8 est biffé.

xi) Le sous-paragraphe 2.4.7.10 est remplacé par le suivant :

« Une prime de responsabilité est accordée au médecin exerçant au sein d'un centre de détention. La prime de responsabilité est de 15,6 % et s'applique à tous les services que facture le médecin dans ce secteur d'activité. »

**AVIS :** Inscrire le modificateur **015** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à un centre de détention (7XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 15,6 %.

**B)** L'onglet « **CONSULTATIONS ET EXAMENS** », excluant la section relative à l'annexe XIII et aux deux protocoles d'accord, est remplacé par celui apparaissant en annexe I du présent amendement.

**C)** Le préambule particulier de l'onglet « **ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES** » est modifié en remplaçant le premier alinéa du paragraphe 1.3 par le suivant :

« 1.3 Tout acte diagnostique ou thérapeutique dispensé lors d'un examen, d'une visite ou d'une consultation est tarifé au taux d'honoraire prévu au présent tarif. »

**D)** Le préambule particulier de l'onglet « **ANESTHÉSIE-RÉANIMATION** » est modifié en remplaçant le paragraphe 4.00 par le suivant :

« 4.00 EXAMEN

4.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement de ses honoraires d'examen, de visite ou de consultation, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

4.02 L'examen préanesthésie est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas. »

E) Le préambule particulier de l'onglet « **CHIRURGIE** » est modifié de la façon suivante :

i) En remplaçant le paragraphe 2 par le suivant :

« 2. EXAMENS, VISITES OU CONSULTATIONS

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de ses honoraires d'examen, de visite ou de consultation, sauf disposition contraire. À la première visite du patient, on lui accorde l'honoraire de l'examen, de la visite ou de la consultation effectués suivant les règles de tarification prévues au préambule général. Par la suite, tant en préopératoire qu'en postopératoire, le médecin est, pour les examens ou visites qu'il effectue, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

Le jour de l'intervention, le médecin qui pose un acte chirurgical n'a pas droit aux honoraires d'examen, de visite ou de consultation, sauf s'il s'agit d'un patient traité d'urgence dont il a pris charge le même jour. Dans ce cas, l'examen, la visite ou la consultation effectuée est rémunéré suivant les règles de tarification prévues au préambule général.

Les honoraires d'examen, de visite ou de consultation sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 55 \$ ou moins au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et de 57 \$ ou moins au 1<sup>er</sup> juin 2013.

Certains examens et visites postopératoires sont compris dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont ceux qui sont faits au chevet du patient hospitalisé, au cours des quinze (15) premiers jours de l'intervention dont le tarif est de plus de 55 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et de plus de 57 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013. »

ii) En remplaçant le paragraphe 4 par le suivant :

« 4. SOINS SIMULTANÉS

Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin auquel le médecin qui pose un acte chirurgical fait appel en raison de l'état du patient.

Le médecin qui donne des soins simultanés est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses examens, visites ou consultations (MOD 022). »

iii) En remplaçant le paragraphe 11 par le suivant :

« 11. DISPOSITION TRANSITOIRE

Les examens ou visites postopératoires effectués à compter du 1<sup>er</sup> juin 1988 sont rémunérés suivant les règles de tarification nouvelle. »

F) Le préambule particulier de l'onglet « **APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE** » est modifié de la façon suivante :

i) En remplaçant le 3<sup>ième</sup> alinéa du paragraphe 2.01 par le suivant :

« L'honoraire pour une réduction de fracture ou de luxation d'un membre (\*) ne couvre pas la rémunération des services postopératoires. Il en est ainsi de l'honoraire pour une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou moins. Les examens postopératoires sont alors payables au tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas. »

ii) En remplaçant le paragraphe 2.02 par le suivant :

« Lors du traitement chirurgical, pour une ou plusieurs fractures ou luxations, d'un patient qui a subi un dommage au système nerveux central ou périphérique pour lequel il n'est pas suivi par un autre médecin, le médecin qui pose l'acte chirurgical est, pour un examen postopératoire effectué au-delà du 15<sup>ème</sup> jour de l'intervention, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas. »

G) Le préambule particulier de l'onglet « **OBSTÉTRIQUE** » est modifié de la façon suivante :

i) En remplaçant, au paragraphe 2, l'expression « - les examens prénatals » par « - les examens et visites prénatals; »

ii) En remplaçant, au paragraphe 3, l'expression « - les examens durant le travail; » par « - les examens et les visites durant le travail; »

iii) En remplaçant les deux premiers alinéas du paragraphe 8 par les suivants :

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

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

2. L'annexe XXII est ajoutée à l'entente générale et apparaît à l'annexe II du présent amendement.

3. Sont abrogées les ententes particulières suivantes :

- *L'Entente particulière relative à la rémunération de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques;*
- *L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;*
- *L'Entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin dans certains établissements offrant un programme en toxicomanie;*
- *L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie visés aux présentes exploités par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;*
- *L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience motrice;*
- *L'Entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés ou dans une maison liée par une entente de services avec un établissement, dispense des services en soins palliatifs;*
- *L'Entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL).*

4. L'Entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est abrogée. Elle est remplacée par l'Entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et apparaissant à l'annexe III du présent amendement.
5. Le présent amendement prend effet le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2013.

---

**RÉJEAN HÉBERT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---

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

## Extrait de l'Amendement n° 132

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

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

i) En ajoutant le terme « visite(s) » à chaque libellé du préambule général, sauf à ceux des paragraphes 2.2.6 D, 2.2.6 E et 2.2.6 F, des préambules particuliers et des actes lorsque le libellé en cause mentionne « examen(s) et consultation(s) ». Le libellé devient « examen(s), visite(s) et consultation(s) ».

ii) En modifiant le paragraphe 2.2.6 B de la façon suivante :

a) En remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« L'intervention clinique est, en termes de contenu clinique, équivalente à un examen, à une visite ou à une consultation mais elle est d'une durée plus longue pour des raisons diverses que ce soit, par exemple, à cause de l'importance du conseil, du soutien ou de l'information à transmettre au patient et, selon le cas, à ses proches, ou encore parce que la communication avec le patient doit se faire par l'intermédiaire d'un interprète ou d'un accompagnateur. »

b) En remplaçant le cinquième alinéa par le suivant :

« Malgré ce qui précède, le médecin peut dans le cas d'une intervention clinique individuelle et selon le milieu où il exerce, se prévaloir des suppléments suivants :

- *Le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au paragraphe 2.4.7.7 du préambule général;*

- *Le forfait pour congé en établissement et les suppléments à un examen prévus à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle;*

- *Les suppléments prévus à l'entente particulière ayant pour objet la détermination des conditions de rémunération dans un groupe de médecine de famille;*

- *La constatation de décès;*

- *La rédaction d'un formulaire tarifé. »*

v) En remplaçant, au préambule général, le premier alinéa du paragraphe 2.4.7.3 C par le suivant :

« Certains services qui incluent en leur libellé un examen, une visite ou une consultation qui ne peut être autrement réclamé, sont réputés satisfaire aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général quant à l'application des majorations prévues en horaires défavorables lorsqu'ils sont rendus en centre hospitalier auprès d'un patient admis en courte durée. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C ». Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition. »

#### B) L'annexe XVIII est modifiée en remplaçant le paragraphe 2.10 par le suivant :

« 2.10 Tout médecin qui opte pour le mode de rémunération forfaitaire prévu au paragraphe 2.01 de la présente annexe ne peut se prévaloir de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS. »

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) Le premier alinéa du paragraphe 4.02 est remplacé 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 129,70 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013 et de 136,20 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2013;
- pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 104,50 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013, de 111 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2013 et de 112,30 \$ au 1<sup>er</sup> décembre 2013. »

B) La première phrase du paragraphe 4.03 est remplacée par la suivante :

« Le forfait prévu ci-dessus ne comprend pas la rémunération de la prestation des actes suivants : »

C) Le troisième alinéa du paragraphe 5.02 est biffé.

3. *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 remplaçant, à la disposition relative à l'application du 30 % des tarifs apparaissant à l'annexe II, le libellé « examens et consultations » par « examens, visites et consultations ».

4. *L'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés* est modifiée en remplaçant la première phrase du paragraphe 4.07 par la suivante :

« 4.07 Tout médecin d'un établissement adhérent à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'établissement à la présente entente, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS . »

5. *L'Entente particulière ayant pour objet les conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une unité de décision clinique* est modifiée en biffant le sous-paragraphe 5.04.2 et en modifiant la numérotation du sous-paragraphe 5.04.3 suivant qui devient le sous-paragraphe 5.04.2.



## Annexe XXII

## Modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique

## 1.00 Modes de rémunération

1.01 Le médecin, lorsqu'il exerce dans un des programmes, unités, services ou départements d'un établissement identifiés au paragraphe 2.00 ci-dessous est rémunéré, de façon exclusive, soit à l'acte, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Des numéros de référence sont attribués aux programmes, unités, départements ou à leur regroupement. Ces numéros apparaissent au paragraphe 2.00 ci-dessous.

**AVIS :** *Le médecin qui désire changer de mode de rémunération et passer du mode à tarif horaire ou à honoraires fixes au mode à l'acte, doit demander à son ou ses établissements de transmettre au Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie une modification de ses avis de service en indiquant la date à compter de laquelle la nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes a pris fin. Les nominations peuvent également être fermées en passant par le service en ligne.*

1.02 Malgré les dispositions du paragraphe précédent, le médecin qui exerce à l'unité de soins de courte durée ou à l'unité des soins intensifs ou coronariens (paragraphe 2.01 a) 1) ou 2) ci-dessous) d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ne peut se prévaloir du mode des honoraires fixes ou de celui du tarif horaire sauf disposition contraire apparaissant à l'entente générale, à une entente particulière ou à tout autre document d'entente.

1.03 Au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination dans un établissement, le médecin opte pour un des modes admissibles et cela, s'il y a lieu, pour chaque programme, unité, service, département ou leur regroupement tel qu'identifié au paragraphe 2.00 ci-dessous. Dans le cas du médecin qui exerce dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, cette option doit être exercée pour chacune des installations physiques en cause. Il peut modifier son option ou ses options lors du renouvellement de sa nomination.

1.04 L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option ou les options exercées par le médecin lorsqu'il est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire.

1.05 Les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

**AVIS :** *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (r<sup>n</sup> 1200) et inscrire « E » dans la case C.S.*

1.06 Même lorsque le médecin opte pour le mode de l'acte pour les services rendus à la clientèle en cause, les services de garde sur place, lorsque requis par l'établissement, sont rémunérés, de façon exclusive, à honoraires fixes ou au tarif horaire les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 18 h 00 à 8 h 00 les jours de la semaine. La rémunération est sujette aux dispositions des paragraphes 3.01 a) ou 4.01 a) ci-dessous.

**AVIS :** Les établissements visés sont les suivants :

- En milieu psychiatrique :

Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888), Hôpital Louis-H. Lafontaine (00878), Hôpital Douglas (00698), Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal - Pavillon Albert-Prévost (07748), Hôpital Rivière-des-Prairies (00848), Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858)

- En réadaptation :

Hôpital de réadaptation Lindsay (04093), Institut de réadaptation de Montréal (00803), Hôpital juif de réadaptation (04213)

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

Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

- **XXX063** Garde sur place
- **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Les plages admissibles sont :

Jours concernés	Heures concernées
Lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	18 h à 8 h
Samedi, dimanche ou jour férié	0 h à 24 h

**AVIS :** Pour tous les médecins qui choisissent d'être rémunérés à l'acte, l'établissement doit transmettre un avis de service qui concerne uniquement la garde sur place, en précisant qu'il s'agit du paragraphe 1.06 de l'annexe XXII. L'avis de service à tarif horaire (n° 3547) ou à honoraires fixes (n° 1897) devra être transmis en format papier à l'une des coordonnées suivantes :

Par télécopieur : 418 646-8110

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

- 1.07 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu de l'Entente particulière relative au Grand-Nord, de l'Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, de l'Entente particulière relative au Centre de santé Chibougamau, ainsi que de l'Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles.
- 1.08 Le médecin qui exerce dans un des milieux de pratique identifiés au paragraphe 2.00 ci-dessous ne peut se prévaloir des dispositions relatives à l'inscription de la clientèle de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

## 2.00 Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération selon le mode de l'acte

2.01 Sont visés par les dispositions apparaissant au paragraphe 2.2.6 D du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

**AVIS :** Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes de modificateurs pour les services rémunérés à l'acte ou les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire.

a) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité de soins de courte durée (A),

**AVIS : Rémunération à l'acte,** veuillez utiliser le numéro d'établissement **0XXX3**.

2) l'unité de soins intensifs ou coronariens (A),

**AVIS : Rémunération à l'acte,** veuillez utiliser le numéro d'établissement **0XXX6** ou **4XXX6**.

3) l'unité de soins de courte durée gériatriques, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (B),

**AVIS : Rémunération à l'acte,** veuillez utiliser le numéro d'établissement **0XXX2**.

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

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL), veuillez :

- Utiliser le numéro d'établissement **07841**;
- Utiliser les codes d'activité pour le programme en **gériatrie** (Accord n° 434) :
  - **073030** Services cliniques
  - **073032** Rencontres multidisciplinaires
  - **073037** Planification, programme et évaluation (élaboration et implantation de programmes/services)
  - **073055** Communications (rencontres avec les proches)
  - **073056** Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)
  - **073067** Expertise professionnelle
  - **073098** Services de santé durant le délai de carence

Pour les autres établissements visés, veuillez :

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX2** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **101015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **101030** Services cliniques
  - **101032** Rencontres multidisciplinaires
  - **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **101063** Garde sur place
  - **101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

- **101071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- **101080** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- **101097** *Plan d'intervention pour le patient*
- **101098** *Services de santé durant le délai de carence*
- **101132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

4) l'unité de décision clinique désignée à l'Entente particulière relative à l'unité de décision clinique (A),

**AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 4XXX7.**

5) le département de psychiatrie (pour les soins physiques) incluant la clinique externe en psychiatrie (pour les soins physiques) (B),

**AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 0XXX8.**

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

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX8**;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **027015** *Examens relatifs à l'hépatite C*
  - **027030** *Services cliniques*
  - **027032** *Rencontres multidisciplinaires*
  - **027037** *Planification - Programmation - Évaluation*
  - **027043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
  - **027055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
  - **027063** *Garde sur place*
  - **027071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
  - **027098** *Services de santé durant le délai de carence*
  - **027132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

6) l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un centre de santé et de services sociaux ou un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (B), incluant la clinique externe en soins palliatifs.

**AVIS : Pour la réclamation des services relatifs aux soins palliatifs, le numéro d'établissement 0XXX0 doit être utilisé jusqu'au 30 septembre 2013. À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, ces services doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement 4XXX0, et ce, pour tous les modes de rémunération (acte, honoraires fixes ou tarif horaire).**

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

- Utiliser le numéro d'établissement **4XXX0** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **053030** *Services cliniques*
  - **053032** *Rencontres multidisciplinaires*
  - **053043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
  - **053055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

- **053063** Garde sur place
- **053067** Expertise professionnelle
- **053071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **053098** Services de santé durant le délai de carence
- **053132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

b) Lorsqu'exploitées par un établissement, une partie d'établissement ou un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) :

1) l'unité de soins de courte durée, l'unité de lits en psychiatrie incluant la clinique externe (B).

**AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement OXXX8.**

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

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX8**;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **027015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **027030** Services cliniques
  - **027032** Rencontres multidisciplinaires
  - **027037** Planification - Programmation - Évaluation
  - **027043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **027063** Garde sur place
  - **027071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **027098** Services de santé durant le délai de carence
  - **027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

c) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est l'hébergement et les soins de longue durée :

1) l'unité de soins de courte durée gériatriques (B).

**AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement OXXX2.**

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

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX2** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **101015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **101030** Services cliniques
  - **101032** Rencontres multidisciplinaires
  - **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **101063** Garde sur place
  - **101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

- **101071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- **101080** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- **101097** *Plan d'intervention pour le patient*
- **101098** *Services de santé durant le délai de carence*
- **101132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

2.02 Sont visés par les dispositions du paragraphe 2.2.6 E du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

**AVIS :** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes de modificateurs pour les services rémunérés à l'acte ou les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire.*

a) Lorsqu'exploitée par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée.

**AVIS :** *Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

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

- *Utiliser le numéro d'établissement 0XXX4, 1XXX5, 2XXX5 ou selon les instructions de facturation reçues;*
- *Utiliser les codes d'activité suivants :*
  - **101015** *Examens relatifs à l'hépatite C*
  - **101030** *Services cliniques*
  - **101032** *Rencontres multidisciplinaires*
  - **101043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
  - **101055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
  - **101063** *Garde sur place*
  - **101071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
  - **101080** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
  - **101097** *Plan d'intervention pour le patient*
  - **101098** *Services de santé durant le délai de carence*
  - **101132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

b) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée incluant la clinique externe.

**AVIS :** *Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 0XXX4.*

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

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX8**;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **027015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **027030** Services cliniques
  - **027032** Rencontres multidisciplinaires
  - **027037** Planification - Programmation - Évaluation
  - **027043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **027063** Garde sur place
  - **027071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **027098** Services de santé durant le délai de carence
  - **027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

c) Lorsqu'exploités par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée, l'unité de soins palliatifs, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, l'unité de lits de transition ou de soins subaigus, la clinique externe en gériatrie ou en réadaptation.

**AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.**

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

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **101015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **101030** Services cliniques
  - **101032** Rencontres multidisciplinaires
  - **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **101063** Garde sur place
  - **101071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **101080** Participation du médecin de famille (TH seulement)
  - **101097** Plan d'intervention pour le patient
  - **101098** Services de santé durant le délai de carence
  - **101132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

d) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité de soins d'hébergement et de soins de longue durée,

**AVIS : Rémunération à l'acte**, veuillez utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5**.

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

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **101015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **101030** Services cliniques
  - **101032** Rencontres multidisciplinaires
  - **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **101063** Garde sur place
  - **101071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
  - **101080** Participation du médecin de famille (**TH** seulement)
  - **101097** Plan d'intervention pour le patient
  - **101098** Services de santé durant le délai de carence
  - **101132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

2) l'unité de soins de courte durée gériatriques.

**AVIS : Rémunération à l'acte**, veuillez utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5**.

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

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **101015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **101030** Services cliniques
  - **101032** Rencontres multidisciplinaires
  - **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **101063** Garde sur place
  - **101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
  - **101071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
  - **101080** Participation du médecin de famille (**TH** seulement)
  - **101097** Plan d'intervention pour le patient
  - **101098** Services de santé durant le délai de carence
  - **101132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

2.03 Sont visés par les dispositions du paragraphe 2.2.6 F du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

**AVIS :** Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes de modificateurs pour les services rémunérés à l'acte ou les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire.

a) Lorsqu'exploitées par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité de toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie.

**AVIS : Rémunération à l'acte,** veuillez utiliser le numéro d'établissement **OXXX0**.

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

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX0** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **031030** Services cliniques
  - **031032** Rencontres multidisciplinaires
  - **031043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **031063** Garde sur place
  - **031071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

b) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la réadaptation :

1) les centres de réadaptation en déficience physique incluant la clinique externe en déficience physique,

**AVIS : Rémunération à l'acte,** veuillez utiliser le numéro d'établissement **OXXX3** ou **1XXX3**

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

*Pour les activités d'adaptation-réadaptation, veuillez :*

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX3**, **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **102030** Services cliniques
  - **102032** Rencontres multidisciplinaires
  - **102043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **102055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **102063** Garde sur place
  - **102071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **102080** Participation du médecin de famille (TH seulement)

- **102098** Services de santé durant le délai de carence
- **102132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Pour les activités de déficience physique, veuillez :

- Utiliser le numéro d'établissement **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **100015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **100030** Services cliniques
  - **100032** Rencontres multidisciplinaires
  - **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **100098** Services de santé durant le délai de carence

2) les centres de réadaptation en déficience intellectuelle incluant la clinique externe en déficience intellectuelle,

AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement **1XXX3** ou **4XXX9**.

AVIS : Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez :

- Utiliser le numéro d'établissement **1XXX3**, **4XXX9** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **100015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **100030** Services cliniques
  - **100032** Rencontres multidisciplinaires
  - **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **100098** Services de santé durant le délai de carence

3) les centres de réadaptation en toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie,

AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement **1XXX3**.

AVIS : Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez :

- Utiliser le numéro d'établissement **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues;
- Utiliser les codes d'activité suivants :
  - **031015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **031030** Services cliniques
  - **031032** Rencontres multidisciplinaires
  - **031043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **031063** Garde sur place
  - **031071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

4) les centres de protection de la jeunesse incluant la clinique externe.

***AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 1XXX3 ou 4XXX9.***

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

- *Utiliser le numéro d'établissement 1XXX3, 4XXX9 ou selon les instructions de facturation reçues;*
- *Utiliser les codes d'activité suivants :*
  - **100015** Examens relatifs à l'hépatite C
  - **100030** Services cliniques
  - **100032** Rencontres multidisciplinaires
  - **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **100098** Services de santé durant le délai de carence

c) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation.

***AVIS : Rémunération à l'acte, veuillez utiliser le numéro d'établissement 0XXX3 dans certains établissements spécifiques.***

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

- *Utiliser le numéro d'établissement 0XXX3, dans certains établissements spécifiques, ou selon les instructions de facturation reçues;*
- *Utiliser les codes d'activité suivants :*
  - **102030** Services cliniques
  - **102032** Rencontres multidisciplinaires
  - **102043** Tâches médico-administratives et hospitalières
  - **102055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
  - **102063** Garde sur place
  - **102071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
  - **102080** Participation du médecin de famille (TH seulement)
  - **102098** Services de santé durant le délai de carence
  - **102132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

2.04 Le comité paritaire transmet à la Régie, pour chacun des programmes, unités, services, départements ou leur regroupement portant un numéro de référence tel qu'identifiés ci-dessus, la liste des unités ou services des établissements ou parties d'établissements visés par chacun des paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03 ainsi que, dans le cas d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la liste de ses installations physiques. Cette liste apparaît en annexe de la présente annexe. Les modifications apportées ultérieurement à cette liste seront transmises par le comité paritaire à la Régie.

2.05 L'indicateur A ou B apparaissant, au paragraphe 2.01, à chacun des programmes, unités, services, départements ou à leur regroupement selon la catégorisation du paragraphe 2.01 ci-dessus indique le niveau de tarif applicable à chacun. L'indicateur applicable à chaque établissement est inscrit à l'annexe de la présente annexe.

### 3.00 Modalités spécifiques au mode des honoraires fixes

3.01 La rémunération à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant à un des paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03 ci-dessus, sous réserve du paragraphe 1.02, couvre l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

- a) une prime de responsabilité s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés aux présentes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et de 15,55 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2013;
- b) il peut se prévaloir des dispositions prévues au préambule général de l'Annexe V de l'entente générale au paragraphe 2.2.6 E 8) relatif à la réponse téléphonique s'il exerce dans une unité ou service énuméré au paragraphe 2.02 ci-dessus;
- c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel qu'apparaissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9) ou 2.2.6 F 8) du préambule général de l'entente générale.

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir un avis de service (r<sup>p</sup> 1897) pour chaque médecin rémunéré à honoraires fixes. Veuillez préciser qu'il s'agit de l'annexe XXII, sélectionner le secteur d'activité concerné et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

### 4.00 Modalités spécifiques au mode du tarif horaire

4.01 La rémunération à tarif horaire du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant à un des paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03 ci-dessus, sous réserve du paragraphe 1.02, couvre l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

- a) une prime de responsabilité s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés aux présentes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et de 15,55 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2013;
- b) il peut se prévaloir des dispositions prévues au préambule général de l'Annexe V de l'entente générale au paragraphe 2.2.6 E 8) relatif à la réponse téléphonique s'il exerce dans une unité ou service énuméré au paragraphe 2.02 ci-dessus;
- c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel qu'apparaissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9) ou 2.2.6 F 8) du préambule général de l'entente générale.

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir un avis de service (r<sup>p</sup> 3547) pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire. Veuillez préciser qu'il s'agit de l'annexe XXII, sélectionner le secteur d'activité concerné et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

### 5.00 Dispositions transitoires

5.01 Malgré le paragraphe 1.01, le médecin, sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, peut opter, au cours des trois premiers mois d'application de la présente annexe, pour un autre mode de rémunération que le sien au moment de la date de mise en application de la présente annexe.

## Annexe à l'annexe XXII

Liste des établissements ou installations visés par les paragraphes 2.02, 2.03 et 2.04 de l'annexe XXII

**AVIS :** *Les listes des établissements et installations désignés dans cette annexe sont disponibles sur notre site Internet au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)*



## Annexe I relative à l'Amendement n° 127

## Onglet B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

15188	supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète, cabinet, domicile, établissement pour un patient inscrit	26,05
	Note : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique.	
<b>Consultation (patients de moins de 70 ans)</b>		
00061	mineure (établissement) <b>AVIS : Veuillez utiliser le tarif de 38,40 \$ lorsque facturé en cabinet.</b>	40,05
09102	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet	100,15
15656	d'urgence avec déplacement : en tout temps pour un patient inscrit en établissement <b>AVIS : À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC</b>	108,75
00060	ordinaire (établissement) <b>AVIS : Veuillez utiliser le tarif de 56,30 \$ lorsque facturé en cabinet.</b>	58,70
09104	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet	100,15
15657	d'urgence avec déplacement : en tout temps pour un patient inscrit en établissement <b>AVIS : À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC</b>	108,75
00062	majeure (établissement) <b>AVIS : Veuillez utiliser le tarif de 78,30 \$ lorsque facturé en cabinet.</b>	81,60
09226	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet	100,15
15658	d'urgence avec déplacement : en tout temps pour un patient inscrit en établissement <b>AVIS : À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC</b>	108,75
08800	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS : Veuillez utiliser le tarif de 56,85 \$ lorsque facturé en cabinet.</b>	59,25
08801	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet	100,15
08802	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	108,75

08803	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A) <b><u>AVIS</u></b> : Veuillez utiliser le tarif de <b>78,35 \$</b> lorsque facturé en <b>cabinet</b> .	81,65
08804	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient au cabinet	100,15
08805	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	108,75
<b>Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans</b>		
(les tarifs des actes n'apparaissant pas ci-dessous sont ceux s'appliquant pour les patients de moins de 70 ans)		
	<b>au cabinet</b>	
00009	ordinaire	21,20
00011	complet	42,00
00021	complet majeur	77,85
	<b>à domicile, patient supplémentaire sous un même toit</b>	
00022	examen ordinaire	21,05
00074	examen complet	42,05
<b>Examen (patients de moins de 70 ans)</b>		
09092	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	<b>26,85</b>
15192	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	<b>72,15</b>
	<b>en cabinet</b>	
08870	ordinaire (patients de moins de 60 ans)	19,90
08871	complet (patients de moins de 60 ans)	40,00
08872	complet majeur (patients de moins de 60 ans)	73,95
00059	examen de prise en charge de grossesse	81,60
15159	supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse	45,35
15144	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse	10,90
<b>08877</b>	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans	16,30
08901	psychiatrique complet	47,10
08902	psychiatrique complet majeur	74,15
00058	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h	69,25
	<b>à domicile</b>	
	premier patient	
00002	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence	45,90

00012	en tout temps, pour un examen d'urgence	69,35
	patient supplémentaire, sous le même toit	
08873	examen ordinaire (moins de 60 ans)	19,85
08874	examen complet (moins de 60 ans)	40,00
08855	examen psychiatrique complet (moins de 70 ans)	47,10
<b>Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (patients de moins de 70 ans)</b>		
00007	examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie	85,30
00008	de 0 h à 7 h	174,65
00075	examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie	65,65
<b>Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe ou dans un CLSC pour les patients inscrits (patients de moins de 70 ans)</b>		
15158	Forfait de congé en établissement d'un patient admis	34,00
00059	Examen de prise en charge de grossesse	63,80
15159	Supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse	34,05
15145	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse	8,55
08877	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans	12,75
	ordinaire	
	patient inscrit <b>(1)</b>	
00005	sans déplacement	13,90
00006	d'urgence avec déplacement	70,55
	complet	
	patient inscrit <b>(1)</b>	
00056	sans déplacement	29,30
00057	d'urgence avec déplacement	70,55
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08903	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	46,65
08806	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	72,90
	patient inscrit <b>(1)</b>	
08807	sans déplacement	34,30
08808	d'urgence avec déplacement	82,45
	complet majeur	

	patient inscrit (1)	
00097	sans déplacement	53,05
00098	d'urgence avec déplacement	70,55
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08904	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	80,40
08907	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	102,30
	patient inscrit (1)	
08809	sans déplacement	61,95
08810	d'urgence avec déplacement	82,45
(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré.		
<b>Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (patients de moins de 70 ans)</b>		
08811	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	35,20
08812	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	62,30
09248	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	75,65
<b>Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus</b>		
<b>Consultation</b>		
09231	mineure <i><b>AVIS</b> : Veuillez utiliser le tarif de <b>41,20 \$</b> lorsque facturé en <b>cabinet</b>.</i>	42,95
09232	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	107,35
15659	d'urgence avec déplacement : en tout temps pour un patient inscrit en établissement <i><b>AVIS</b> : À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC</i>	116,55
09234	ordinaire <i><b>AVIS</b> : Veuillez utiliser le tarif de <b>61,00 \$</b> lorsque facturé en <b>cabinet</b>.</i>	63,60
09235	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	107,35
15660	d'urgence avec déplacement : en tout temps pour un patient inscrit en établissement <i><b>AVIS</b> : À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC</i>	116,55
09237	majeure <i><b>AVIS</b> : Veuillez utiliser le tarif de <b>83,60 \$</b> lorsque facturé en <b>cabinet</b>.</i>	87,15
09238	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	107,35

15661	d'urgence avec déplacement : en tout temps pour un patient inscrit en établissement <b>AVIS</b> : À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC	116,55
08813	psychiatrique ordinaire (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS</b> : Veuillez utiliser le tarif de <b>60,95 \$</b> lorsque facturé en <b>cabinet</b> .	63,55
08814	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h pour un patient en cabinet	107,35
08815	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	116,55
08926	psychiatrique majeure (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS</b> : Veuillez utiliser le tarif de <b>83,20 \$</b> lorsque facturé en <b>cabinet</b> .	86,75
08927	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h, pour un patient en cabinet	107,35
08928	d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	116,55
<b>Examen (70 ans ou plus)</b>		
09093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	26,90
15193	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	77,05
	au cabinet (70 à 79 et 80 ans ou plus)	
09034	ordinaire 70 - 79 ans	24,20
09035	complet 70 - 79 ans	48,70
09036	complet majeur 70 - 79 ans	89,05
09038	ordinaire 80 ans ou plus	25,25
09039	complet 80 ans ou plus	50,80
09040	complet majeur 80 ans ou plus	93,05
08930	psychiatrique complet (70 ans ou plus)	53,80
08931	psychiatrique complet majeur (70 ans ou plus)	80,85
09240	d'urgence avec déplacement : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h (70 ans ou plus)	74,25
	à domicile (70 ou plus et 80 ou plus)	
	premier patient	
09247	en tout temps, sauf pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	50,80
09110	en tout temps, pour un examen d'urgence (70 ans ou plus)	76,30
	patient supplémentaire, sous le même toit	
08878	examen ordinaire 70 - 79 ans	24,20

08879	examen complet 70 - 79 ans	48,60
08880	examen ordinaire 80 ans ou plus	25,25
08881	examen complet 80 ans ou plus	50,80
08856	examen psychiatrique complet (70 ans et plus)	53,80
	<b>Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (patients de 70 ans ou plus)</b>	
00007	examen à domicile du premier patient	
	en perte sévère d'autonomie	85,30
00008	de 0 h à 7 h	174,65
00075	examen à domicile d'un patient additionnel	
	en perte sévère d'autonomie	65,65
<b>Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe ou dans un CLSC pour les patients inscrits (patients de 70 ans et plus)</b>		
15158	forfait de congé en établissement d'un patient admis (voir le paragraphe 9.00 C) de l' <i>E.P. Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle</i> )	34,00
	ordinaire	
	patient inscrit (1)	
	sans déplacement	
08882	ordinaire 70 - 79 ans	16,90
08883	ordinaire 80 ans ou plus	17,65
	d'urgence avec déplacement	
08884	ordinaire 70 - 79 ans	82,00
08885	ordinaire 80 ans ou plus	85,65
	complet	
	patient inscrit (1)	
09116	sans déplacement	31,05
09117	d'urgence avec déplacement	82,00
	complet majeur	
	patient inscrit (clinique externe) (1)	
09119	sans déplacement	56,75
09120	d'urgence avec déplacement	82,00
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	49,65

08979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	80,60
	patient inscrit (1)	
08992	sans déplacement	36,20
08993	d'urgence avec déplacement	84,85
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	85,60
08995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	111,90
	patient inscrit (1)	
08996	sans déplacement	63,80
08997	d'urgence avec déplacement	84,85
<p>(1) S'applique en clinique externe (ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC) lorsque physiquement dissociée du service d'urgence d'un CH et du CLSC et dans tous CLSC autres que ceux du réseau de garde intégré.</p>		
<p><b>Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde</b></p>		
<p>NOTE : Le médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence réclame un examen ou une intervention selon le code d'acte et le tarif du patient inscrit et, lorsque le patient y séjourne suite à une demande d'admission en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée, peut, lors de chaque examen ou intervention clinique, réclamer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de patient inscrit.</p>		
<p>NOTE : Le médecin qui n'assure pas la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence, peut réclamer une visite selon le code d'acte et le tarif pour un patient admis si celui-ci y séjourne suite à une demande d'admission en attente d'être dirigé à l'unité des soins de courte durée.</p>		
<p><b>AVIS :</b> Le médecin qui n'assure pas la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence ne peut réclamer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de sa visite.</p>		
15637	Supplément à l'examen ou à l'intervention pour le patient admis effectué par le médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence	7,10
	<b>AVIS :</b> Veuillez inscrire la <b>date d'admission</b> en établissement (voir l'onglet Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).	
	patient inscrit	
	examen ordinaire sans déplacement	
15052	patient de moins de 70 ans	15,70
15053	de 70 - 79 ans	18,95
15054	de 80 ans ou plus	19,80
	d'urgence avec déplacement	
15055	patient de moins de 70 ans	69,20
15056	de 70 - 79 ans	80,50
15057	de 80 ans ou plus	83,90

	examen principal	
	sans déplacement	
15058	patient de moins de 70 ans	31,25
15059	de 70 - 79 ans	46,90
15060	de 80 ans ou plus	49,00
	avec déplacement	
15061	patient de moins de 70 ans	69,20
15062	de 70 - 79 ans	80,50
15063	de 80 ans ou plus	83,90
	intervention en situation complexe	
	patient de moins de 70 ans	
15064	première période de trente (30) minutes	98,35
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	27,30
	patient de 70 ans et plus	
15068	première période trente (30) minutes	98,35
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	27,30
	examen psychiatrique principal	
	patient inscrit	
	sans déplacement	
15066	de moins de 70 ans	37,95
15067	70 ans et plus	50,10
	avec déplacement	
15069	de moins de 70 ans	80,90
15070	70 et plus	82,25
	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	65,75
<b>Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (patients de 70 ans et plus)</b>		
08998	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	35,20
08999	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	64,35
09245	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	83,15
<b>Examen du personnel d'un établissement</b>		
00020	ordinaire	13,95

00023	complet	28,05
00026	complet majeur	51,10
<b>Examen d'évaluation médicale</b>		
09100	examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et en vue de la rédaction du formulaire approprié	156,35
09063	supplément lorsqu'effectué à domicile	26,90
09101	rédaction du formulaire	34,40
<b>Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel</b>		
	examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire	
09067	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	305,90
15967	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	339,55
15160	évaluation médicale d'un patient présumément victime d'assaut sexuel qui, suite à l'évaluation, ne nécessite pas la rédaction du formulaire. Aucun autre service médical ne peut être facturé pour ce patient à la même séance (P.G. 2.2.9 A)	129,25
NOTE : Ce code ne peut être réclamé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'évaluation.		
09069	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un enfant de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A)	48,30
<b>Forfait de déplacement (<i>assaut sexuel</i>)</b>		
	(Déplacement du professionnel vers l'établissement)	
19080	pour un déplacement entre 8 h et 18 h	167,20
19081	pour un déplacement entre 18 h et 24 h	233,95
19082	pour un déplacement entre 0 h et 8 h	335,85
<b>Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse</b>		
	Mauvais traitements et tarification applicable	
09070	Prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport (P.G. 2.2.9 A)	111,00
09073	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A)	44,25
	Présence du médecin et tarification applicable	
09077	Dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure	131,50
<b>Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner</b>		
09054	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	58,95
09055	avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	98,90

**Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de courte durée (P.G 2.2.6 D)**

**AVIS :** Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15643** et **15652**, veuillez inscrire la date d'admission en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement)

15158	Forfait de congé en établissement d'un patient admis	34,00
	<b>Niveau A</b>	
15638	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	83,40
15639	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	54,75
15640	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	28,15
15641	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	69,30
15642	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	83,40
15643	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS :</b> Pour le code <b>15643</b> (niveau A), veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS. Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section <b>4.2.4.2</b> de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	23,78
	Supplément pour déplacement d'urgence	
15644	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	26,05
15645	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	36,50
15646	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	52,10
	<b>Niveau B</b>	
15647	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	96,45
15648	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	63,30
15649	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	32,50
15650	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	80,10
15651	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	96,45
15652	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS :</b> Pour le code <b>15652</b> (niveau B), veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS. Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section <b>4.2.4.2</b> de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	23,78
	Supplément pour déplacement d'urgence	
15653	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	30,15
15654	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	42,15

15655	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	60,25
<p><b>Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de longue durée (P.G. 2.2.6 E)</b></p> <p><b>AVIS : Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes 15620, 15621 et 15622, veuillez inscrire la date d'admission en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement)</b></p>		
15615	Évaluation médicale globale en soins de longue durée (P.G. 2.2.9 A)	83,10
15616	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	20,75
15617	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	41,50
15618	Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM) (P.G. 2.2.9 A)	23,78
15619	Visite d'évaluation en vue de donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	81,40
15620	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS : Pour le code 15620, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS. Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</b>	23,78
15621	Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période de (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	23,78
15622	Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement (P.G. 2.2.9 A)	15,85
	Supplément pour déplacement d'urgence	
15623	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	30,15
15624	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	42,15
15625	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	60,25
<p><b>Dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour la partie des soins en toxicomanie ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui n'opère pas une unité de soins de courte durée ni un service d'urgence (P.G.2.2.6 F)</b></p> <p><b>AVIS : Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes 15631 et 15632, veuillez inscrire la date d'admission en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement)</b></p>		
15626	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	80,60
15627	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	20,75
15628	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	41,50
15629	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	52,80
15630	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	80,60

15631	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A) <b>AVIS :</b> Pour le code <b>15631</b> , veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS. Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section <b>4.2.4.2</b> de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	23,78
15632	Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période de (15) minutes)	23,78
	Supplément pour déplacement d'urgence	
15633	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	30,15
15634	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	42,15
15635	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	60,25
<b>Intervention clinique (individuelle ou collective)</b>		
	Intervention clinique (individuelle)	
	première période de trente (30) minutes	
08857	cabinet, domicile	57,05
08858	établissement (P.G. 2.2.9 A)	47,55
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08859	cabinet, domicile	28,55
08860	établissement (P.G. 2.2.9 A)	23,75
	Intervention clinique (collective)	
	première période de trente (30) minutes	
08866	cabinet, domicile	57,05
08867	établissement (P.G. 2.2.9 A)	47,55
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08868	cabinet, domicile	28,55
08869	établissement (P.G. 2.2.9 A)	23,75
	Supplément en cabinet, déplacement à domicile de huit (8) kilomètres ou plus, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour	
08861	par période	28,55
	Supplément pour le déplacement de huit (8) kilomètres ou plus, du médecin vers le lieu de téléconsultation, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour	
08876	par période	28,55
<b>Psychothérapie (individuelle ou collective)</b>		
	Psychothérapie (individuelle)	
	première période de trente (30) minutes	

08862	cabinet	57,05
	établissement	47,55
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08863	cabinet	28,55
	établissement	23,75
	Psychothérapie (collective)	
	première période de trente (30) minutes	
08864	cabinet	57,05
	établissement	47,55
	période de quinze (15) minutes supplémentaires	
08865	cabinet	28,55
	établissement	23,75
<b>Constatation de décès</b>		
00013	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	22,30
00014	avec déplacement entre 7 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	55,75
15234	avec déplacement de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	111,45
15264	évaluation à distance du décès incluant, le cas échéant, le constat de décès (P.G. 2.2.9 A)	22,30
15265	rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) (P.G. 2.2.9 A)	18,95
<b>Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus</b>		
	2 <sup>e</sup> constat de décès	
00016	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	22,30
00018	avec déplacement entre 7 h et 24 h (P.G. 2.2.9 A)	55,75
15266	avec déplacement entre 0 h et 7 h (P.G. 2.2.9 A)	111,45
<b>Frais de kilométrage</b>		
	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	0,86
	au-delà de soixante (60) kilomètres	C.S.
<b>Nouveau-né en santé</b>		
00081	soins du nouveau-né en santé	63,80
<b>Surveillance</b>		
00080	première demi-heure : non rémunérée	
	par quart d'heure supplémentaire	22,05

<b>Transfert ambulancier</b>		
09087	première demi-heure	49,00
09246	par quart d'heure supplémentaire	24,50
<b>Forfait de déplacement</b>		
	Déplacement vers l'établissement qui procède à un transfert ambulancier	
19047	pour un déplacement entre 8 h et 18 h	169,15
19048	pour un déplacement entre 18 h et 24 h	236,75
19049	pour un déplacement entre 0 h et 8 h	338,25
<b>Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3)</b>		
<b>Conseil génétique ou génique</b>		
	dans un établissement désigné par accord des parties	
	individuel	
09056	par période de trente (30) minutes	53,95
	maximum de trois (3) heures	
	collectif (couple)	
09057	par période de trente (30) minutes	53,95
	jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne	
	Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif	
	individuel	
09058	par demi-heure	53,95
	jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	
	collectif (couple)	
09059	par demi-heure	53,95
	jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne	
<b>Éthique clinique</b>		
00017	Consultation en éthique clinique	78,95
00019	Consultation en éthique clinique (70 ans et plus)	84,70

	Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique	
08906	Individuelle	39,45
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	
08909	Collective	39,05
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, à raison d'un maximum de deux (2) heures par personne	

## RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

*(LETTRE D'ENTENTE N° 223)*

98000	Évaluation Garde préventive	139,30
98001	Évaluation psychiatrique Garde provisoire	183,85
98002	Évaluation psychiatrique Prolongation d'une garde	183,85
98003	Évaluation psychiatrique Ordonnance traitement / hébergement	835,75
98004	Évaluation psychiatrique Suivi d'ordonnance	139,30
98005	Évaluation psychiatrique Aptitude à comparaître d'un accusé	234,05
98006	Évaluation psychiatrique Responsabilité criminelle	696,50
98007	Évaluation psychiatrique Commission d'examen	462,50
98008	Évaluation psychiatrique Commission des affaires sociales	462,50
98009	Évaluation psychiatrique Demandé par la curatelle publique	462,50
98010	Évaluation psychiatrique Système de justice pénale pour les adolescents	462,50
98011	Évaluation psychiatrique Protection de la jeunesse	462,50
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	133,75



## ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (N° 49)

### 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<sup>er</sup> 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 du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Le comité paritaire transmet à la Régie le nom de l'établissement qui gère le programme visé.

1.02 À titre informatif, l'annexe des présentes, outre l'identification de l'établissement et du centre, comprend également la description du programme régi par la présente entente particulière.

#### 2.00 Champ d'application

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

#### 3.00 Activités professionnelles rémunérées

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale, aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient.

**AVIS :** Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

**Autres que les services pré-hospitaliers**

- 054015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 054030 Services cliniques
- 054032 Rencontres multidisciplinaires

- 054043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 054055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 054081 Garde en disponibilité à la réserve d'Obedjiwan (TH, Accord n° 257)
- 054098 Services de santé durant le délai de carence

**Les services pré-hospitaliers cliniques**

- 058037 Planification – Programmes – Évaluation

*Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

#### 4.00 Modes de rémunération

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

**AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service (n° 3547) pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire et un avis de service (n° 1897) pour chaque médecin rémunéré à honoraires fixes. Veuillez préciser qu'il s'agit de l'Entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique d'un CHSGS et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

#### 5.00 Nombre d'heures alloué

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué sur une base annuelle à un établissement énuméré à l'annexe de la présente entente particulière pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

#### 6.00 Comité paritaire

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en œuvre d'une entente particulière.

#### 7.00 Adhésion et retrait

7.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des activités professionnelles dans le programme visé par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

- 7.03** Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.
- 7.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.
- 7.05** Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.
- 7.06** Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.
- 8.00 Mise en vigueur et durée**
- 8.01** La présente entente particulière prend effet le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2013.

---

**RÉJEAN HÉBERT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---

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

## Annexe I

Liste des programmes d'établissements adhérents à l'entente particulière relative aux programmes spécifiques

***AVIS :*** *La liste des établissements adhérents et des programmes visés est disponible sur notre site Internet au*  
[www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes)

## Changements administratifs relatifs à l'Amendement n° 127

### 1. Manuel de facturation

#### 1.1 Onglet *Rédaction de la demande de paiement*

4.2.1.4 – La personne assurée ne peut présenter sa carte d'assurance maladie

- à la page 6 c), le numéro d'établissement **OXXX5** est aboli.

4.2.3 – Section 3

- à la page 8, le libellé du premier paragraphe est modifié comme suit :

« En plus d'une consultation, d'une visite, d'un examen radiologique, d'un transfert et du mentorat en obstétrique, [...] »

4.2.6 – Section 6

- à la page 15, le libellé du premier paragraphe est modifié comme suit :

« Les actes autres que les examens, les consultations ou les visites pour lesquels le médecin demande des honoraires. Cependant, les codes d'examens, de consultations ou de visites pour lesquels s'applique un modificateur doivent être inscrits dans cette section. »

4.2.8 – Section 8

- à la page 29, le libellé du premier paragraphe est modifié comme suit :

« Cette section permet de demander le paiement des visites (c.-à-d. examens, consultations et visites) sans modificateur. [...] »

4.6.2 – Annexe II – Liste des modificateurs

- aux pages 32 à 34, le libellé des règles 2.2.9 A i), ii), iii), iv) et 2.4.7.3 C relatives aux modificateurs **408, 409, 045, 069** est modifié afin de tenir compte du terme « visites ». Les « visites » remplacent les examens et consultations qui existaient préalablement. En plus des visites, vous pouvez utiliser les modificateurs **408, 409, 045 et 069** pour les examens psychiatriques, les consultations psychiatriques et le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence.
- à la page 33, la règle 2.2.9 C (**MOD 127**) est abolie.
- à la page 34, le libellé de la règle 2.4.7.10 (**MOD 015**) est modifié. La prime de responsabilité de 15,6 % est applicable uniquement sur les services dispensés au sein d'un centre de détention.
- aux pages 40 à 42, les modificateurs multiples **804, 812, 375, 376, 389, 390, 392, 393, 713, 722, 276, 277, 717 et 726** sont abolis.
- à la page 35, le libellé sous **Actes diagnostiques et thérapeutiques** est modifié comme suit :  
« ARTICLE 1.3 du préambule particulier : Plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique au cours d'un examen, d'une consultation ou d'une visite (**MOD 050**). »

- à la page 35, le libellé sous **Chirurgie – préambule particulier** est modifié comme suit :

« ARTICLE 2 – Examens, consultations ou visites

Pour les examens, consultations ou visites du médecin qui effectue une chirurgie à une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour .....**MOD 179** »

#### 4.6.4 – Annexe IV – Numéro d'établissement

- à la page 46, au point II, **Système de codification des établissements, A – Établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux**, dans les CHSGS :
  - les unités visées par le numéro d'établissement **0XXX0** sont : les départements de toxicologie et alcoologie, unité de cytologie, E.P. – Centre de médecine de jour, etc.;
  - le numéro d'établissement **4XXX0** (unité de soins palliatifs) est créé ;
  - les unités visées par le numéro d'établissement **0XXX2** sont : l'unité de soins de courte durée gériatriques, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI);
  - les unités visées par le numéro d'établissement **0XXX4** sont : les unités d'hébergement et de soins de longue durée;
  - le numéro d'établissement **0XXX5** (section hébergement) est aboli.

### 1.2 Onglet *Messages explicatifs*

- aux pages 12, 15 et 16, les messages explicatifs suivants sont modifiés comme suit :

**369** Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour correspondre à l'âge de la personne assurée. Veuillez référer à l'onglet « consultation, examen et visite ».

**476** Conformément à la règle 2.2.9 A du préambule général, le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement identifié sur votre demande de paiement.

**497** Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de l'examen, de la consultation, d'une visite ou d'un autre acte associé indiqué en référence.

- les messages explicatifs suivants ont été créés et sont ajoutés aux pages 27 et 29 :

**832** Le code d'acte facturé doit être réclamé dans un établissement désigné à l'annexe XXII.

**891** En vertu des modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique (réf. : annexe XXII), vous ne pouvez facturer à l'acte si vous détenez un contrat à honoraires fixes ou à tarif horaire dans ce secteur d'établissement.

### 1.3 Onglet *A – Préambule général*

#### 1.3.1 Règle 2.2.6 B

Puisque le supplément de responsabilité prévu au paragraphe 2.4.7.8 du préambule général est aboli, l'avis référant au code d'acte **00071** est supprimé.

#### 1.3.2 Règle 2.2.6 C

Un avis est ajouté au nouveau sous-paragraphe 6) de la règle 2.2.6 C. Vous pouvez en lire le libellé dans l'*Amendement n° 127* à 1. A) iii).

### 1.3.3 Règles 2.2.6 D, 2.2.6 E et 2.2.6 F

Plusieurs avis sont ajoutés aux nouvelles règles 2.2.6 D, 2.2.6 E et 2.2.6 F. Ces avis se retrouvent dans l'*Amendement n° 127* à 1. A) iv), v) et vi).

### 1.3.4 Règle 2.2.9

L'avis sous le paragraphe 2.2.9 A i) est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** Pour la réclamation des services relatifs aux soins palliatifs, le numéro d'établissement **0XXX0** doit être utilisé jusqu'au 30 septembre 2013. À compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**, ces services doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

**AVIS :** Inscrire le modificateur **408** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à une unité de soins généraux et spécialisés (**0XXX3**), à une unité de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** ou **4XXX6**), à une unité de soins gériatriques (**0XXX2**), psychiatriques (**0XXX8**) ou de soins palliatifs (**4XXX0**), en CHSLD (**0XXX4**, **1XXX5** ou **2XXX5**), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (**1XXX3** ou **4XXX9**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **13 %**.

L'avis sous le paragraphe 2.2.9 A ii) est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** Inscrire le modificateur **409** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à une unité de soins généraux et spécialisés (**0XXX3**), à une unité de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** ou **4XXX6**), à une unité de soins gériatriques (**0XXX2**), psychiatriques (**0XXX8**) ou de soins palliatifs (**4XXX0**), en CHSLD (**0XXX4**, **1XXX5** ou **2XXX5**), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (**1XXX3** ou **4XXX9**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **23 %**.

L'avis sous le paragraphe 2.2.9 A iii) est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** Inscrire le modificateur **045** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à une unité de soins généraux et spécialisés (**0XXX3**), à une unité de soins gériatriques (**0XXX2**), psychiatriques (**0XXX8**) ou de soins palliatifs (**4XXX0**), en CHSLD (**0XXX4**, **1XXX5** ou **2XXX5**), à un centre de réadaptation ou de protection de l'enfance et de la jeunesse (**1XXX3** ou **4XXX9**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de **23 %**.

L'*Amendement n° 127* entraîne l'abolition du paragraphe 2.2.9 C, en conséquence l'avis relatif à ce paragraphe est supprimé.

### 1.3.5 Règle 2.4.7.3 C

L'avis sous le sous-paragraphe 2.4.7.3 C est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** Inscrire le modificateur **045**, **408**, **409** ou leurs multiples selon la période (voir règle 2.2.9 A du préambule général) pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant (**0XXX3**) et les honoraires demandés en y incluant la majoration en vigueur.

Les modificateurs **069**, **408**, **409** ou leurs multiples peuvent s'appliquer sur les actes **00823**, **00824**, **00828** et **00829** lorsque les services sont rendus dans une unité de soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS (**0XXX6** ou **4XXX6**).

### 1.3.6 Règle 2.4.7.8

L'Amendement n° 127 entraîne l'abolition du sous-paragraphe 2.4.7.8, en conséquence l'avis relatif à ce sous-paragraphe est supprimé.

### 1.3.7 Règle 2.4.7.10

L'avis sous le sous-paragraphe 2.4.7.10 est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 015 ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section Actes; le code d'établissement correspondant à un centre de détention (7XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 15,6 %.*

L'avis sous le deuxième alinéa du sous-paragraphe 2.4.7.10 est supprimé.

## 1.4 Onglet *B – Consultation, examen et visite*

Cet onglet est renommé : *B – Consultation, examen et visite*.

À la page B-8 : le code d'acte **08877**, supplément de responsabilité à l'examen périodique 0 à 5 ans, est déplacé sous le code d'acte **15144**.

Aux pages B-9 et B-12 : l'avis référant au code d'acte aboli **00071**, supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis, est supprimé.

L'avis suivant est ajouté sous chacun des nouveaux codes d'acte **15656, 15657, 15658, 15659, 15660** et **15661** :

**AVIS :** *À réclamer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC*

L'avis suivant est ajouté sous les notes relatives au « Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde » :

**AVIS :** *Le médecin qui n'assure pas la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence ne peut réclamer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de sa visite.*

L'avis suivant est ajouté sous le nouveau code d'acte **15637** :

**AVIS :** *Pour le patient admis en attente d'être transféré sur une unité de soins de courte durée, ce supplément s'ajoute aux codes d'acte et aux tarifs du patient inscrit à l'urgence.*

*Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) lorsque le patient est admis et en attente d'un transfert sur une unité de soins de courte durée et inscrire les données suivantes :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;*
- le code d'acte **15637**;*
- le montant de **7,10 \$** ou **montant réclamé** dans la case HONORAIRES;*
- le code d'établissement **OXXX7** dans la case ÉTABLISSEMENT.*

L'avis suivant est ajouté sous la partie référant à la règle 2.2.6 D :

**AVIS :** *Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15643** et **15652**, veuillez inscrire la date d'admission en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement)*

L'avis suivant est ajouté sous le nouveau code d'acte **15643** :

**AVIS** : Pour le code **15643** (niveau A), veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

L'avis suivant est ajouté sous le nouveau code d'acte **15652** :

**AVIS** : Pour le code **15652** (niveau B), veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

L'avis suivant est ajouté sous la partie référant à la règle 2.2.6 E :

**AVIS** : Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15620**, **15621** et **15622**, veuillez inscrire **la date d'admission** en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement)

L'avis suivant est ajouté sous le nouveau code d'acte **15620** :

**AVIS** : Pour le code **15620**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

L'avis suivant est ajouté sous la partie référant à la règle 2.2.6 F :

Dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour la partie des soins en toxicomanie ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui n'opère pas une unité de soins de courte durée ni un service d'urgence (P.G. 2.2.6 F).

**AVIS** : Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15631** et **15632**, veuillez inscrire **la date d'admission** en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement)

L'avis suivant est ajouté sous le nouveau code d'acte **15631** :

**AVIS** : Pour le code **15631**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

Que l'échange concerne un seul patient ou plusieurs, veuillez également vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Les codes d'acte abolis sont présentés sous forme de tableau à la section 4 de la présente partie.

---

## 2. Brochure n° 1

---

### 2.1 Lettre d'entente n° 259

Cette lettre d'entente détermine des mesures de compensation pour les délais de mise en application de l'*Amendement n° 127*. Les dispositions de l'article **1.00** de cette lettre d'entente prennent fin le 30 septembre 2013.

### 2.2 Accord n° 455

Le dernier alinéa de l'avis sous le paragraphe 5.02 est modifié de la façon suivante :

**AVIS** : - *Pour le médecin déjà [...]*

- [...]

- *Pour le médecin nommé spécifiquement pour la garde : [...]*

- *Utiliser le code d'activité 002100 (CLSC) ou 101100 (CHSLD) : (garde en disponibilité « comité paritaire »). L'utilisation de secteurs de dispensation, correspondant aux situations d'entente qui vous concernent, continue de s'appliquer comme s'il s'agissait de votre facturation habituelle.*

### 2.3 Ententes particulières

#### 2.3.1 E.P. – Malade admis CHSGS (n° 29)

Les avis suivants sont ajoutés au-dessous du sous-paragraphe 4.06.02 :

**AVIS** : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'E.P. – Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'urgence auprès d'un patient inscrit doit facturer la consultation requise en utilisant le numéro d'établissement 0XXX7. Il doit également appliquer les modificateurs 126 (régime A) ou 151 (régime B), ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.*

**AVIS** : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'E.P. – Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'urgence auprès d'un patient admis (en attente d'être dirigé à l'unité des soins de courte durée) doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant son secteur de provenance (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs 126 (régime A) ou 151 (régime B), ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 A, si applicables.*

**AVIS** : *Pour la réclamation des services relatifs aux soins palliatifs, le numéro d'établissement 0XXX0 doit être utilisé jusqu'au 30 septembre 2013. À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, ces services doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement 4XXX0, et ce, pour tous les modes de rémunération.*

### 2.3.2 E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

L'avis sous l'article 9 C) 1), 2<sup>e</sup> alinéa est modifié de la façon suivante :

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

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **15158** dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 4XXX6, 0XXX8, 4XXX0** ou **4XXX7** dans la section Établissement;
- inscrire la date d'entrée et de sortie de l'hospitalisation du patient ou de son séjour en unité de décision clinique dans les cases prévues à cet effet;
- inscrire le lieu où le patient est dirigé suite à un congé d'hospitalisation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Note :** le code **15158** ne peut être facturé en CLSC ou en UMF.

**AVIS :** Pour la réclamation des services relatifs aux soins palliatifs, le numéro d'établissement **0XXX0** doit être utilisé jusqu'au 30 septembre 2013. À compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**, ces services doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

### 2.3.3 E.P. – Garde sur place – Certains établissements (n° 43)

L'avis suivant est ajouté sous les paragraphes 5.04 et 6.04 :

**AVIS :** Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'E.P. – Garde sur place – Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un **patient admis** doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs du service d'urgence **105, 106 et 107 (régime A)** ou **401, 402 et 403 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.

**AVIS :** Pour la réclamation des services relatifs aux soins palliatifs, le numéro d'établissement **0XXX0** doit être utilisé jusqu'au 30 septembre 2013. À compter du **1<sup>er</sup> octobre 2013**, ces services doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

### 2.3.4 E.P. – Unité de décision clinique (n° 45)

L'avis sous le paragraphe 5.03 a) iii) est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** Dans l'unité de décision clinique (**4XXX7**), le professionnel doit utiliser les **codes de visite** pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D **Niveau A** seulement.

L'avis sous le paragraphe 5.03 b) est modifié de la façon suivante :

**AVIS :** Dans l'unité de décision clinique (**4XXX7**), le professionnel doit utiliser les **codes de visite** pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D **Niveau A** seulement.

---

### 3. Brochure n° 2

---

#### 3.1 Honoraires fixes

##### 3.1.1 Ajout à la section 1.6 Codes d'activité

À la sous-section **1.6.1**, les codes d'activité relatifs à l'annexe XXII et leurs descriptions sont ajoutés à la fin de la section **Partie générale** :

##### **Annexe XXII**

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (paragraphe 2.01 a) 3))

Programme en **gériatrie** :

- 073030** Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
- 073032** Rencontres multidisciplinaires
- 073037** Planification – programmation – évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)
- 073055** Communications (rencontre avec les proches)
- 073056** Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)
- 073067** Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
- 073098** Services de santé durant le délai de carence

Services gériatriques (paragraphe 2.01 a) 3), 2.01 d) 1) – unité de soins en courte durée gériatriques, 2.02 a) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) – unité de soins de longue durée)

- 101015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 101030** Services cliniques
- 101032** Rencontres multidisciplinaires
- 101043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 101063** Garde sur place
- 101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 101097** Plan d'intervention pour le patient
- 101098** Services de santé durant le délai de carence
- 101132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Dispensation de soins psychiatriques (paragraphe 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins en courte durée, 2.02 b) 1) – unité de soins de longue durée)

- 027015** Examens relatifs à l'hépatite C
- 027030** Services cliniques
- 027032** Rencontres multidisciplinaires
- 027037** Planification – Programmation – Évaluation
- 027043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 027063** Garde sur place
- 027098** Services de santé durant le délai de carence
- 027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Soins palliatifs (paragraphe 2.01 a) 6))

- 053030 Services cliniques
- 053032 Rencontres multidisciplinaires
- 053043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 053063 Garde sur place
- 053067 Expertise professionnelle
- 053070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 053098 Services de santé durant le délai de carence
- 053132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Programme de toxicomanie (paragraphe 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))

- 031015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 031030 Services cliniques
- 031032 Rencontres multidisciplinaires
- 031043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 031063 Garde sur place
- 031132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Programme en adaptation-réadaptation – Déficience physique (paragraphe 2.03 b) 1), 2.03 d) 1))

- 102030 Services cliniques
- 102032 Rencontres multidisciplinaires
- 102043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 102063 Garde sur place
- 102098 Services de santé durant le délai de carence
- 102132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et protection de la jeunesse (paragraphe 2.03 b) 1), 2.03 b) 2), 2.03 b) 4))

- 100015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 100030 Services cliniques
- 100032 Rencontres multidisciplinaires
- 100043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 100055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 100098 Services de santé durant le délai de carence

À la sous-section **1.6.1**, les codes d'activité relatifs à la nouvelle entente particulière n° 49 et leur description sont ajoutés à la fin de la partie **Ententes particulières** :

**Entente particulière – Programme spécifique dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (n° 49)**

Autre que services pré-hospitaliers

- 054015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 054030 Services cliniques
- 054032 Rencontres multidisciplinaires
- 054043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 054055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 054098 Services de santé durant le délai de carence

Services pré-hospitaliers cliniques

**058037** Planification – Programmation – Évaluation

### **3.1.2 Suppression à la section 1.6**

À la sous-section **1.6.1**, la description des codes d'activité relatifs aux ententes particulières suivantes sont supprimés :

#### **Entente particulière – Dispensation de soins psychiatriques dans certains centres hospitaliers (n° 2)**

**027015** Examens relatifs à l'hépatite C

**027030** Services cliniques

**027032** Rencontres multidisciplinaires

**027037** Planification – Programmation – Évaluation

**027043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**027063** Garde sur place

**027098** Services de santé durant le délai de carence

**027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

#### **Entente particulière – Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (n° 8)**

**057015** Examens relatifs à l'hépatite C

**057030** Services cliniques

**057032** Rencontres multidisciplinaires

**057043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**057055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**057063** Garde sur place

**057070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

**057097** Plan d'intervention pour le patient

**057098** Services de santé durant le délai de carence

**057132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

#### **Entente particulière – Certains établissements offrant un programme de toxicomanie (n° 12)**

**031015** Examens relatifs à l'hépatite C

**031030** Services cliniques

**031032** Rencontres multidisciplinaires

**031043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**031063** Garde sur place

**031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

#### **Entente particulière – Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (n° 13)**

**056015** Examens relatifs à l'hépatite C

**056030** Services cliniques

**056032** Rencontres multidisciplinaires

**056043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**056055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**056063** Garde sur place

- 056097 Plan d'intervention pour le patient
- 056098 Services de santé durant le délai de carence
- 056132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

#### **Entente particulière – Programme en adaptation-réadaptation – Déficience physique (n° 15)**

Moyen séjour ou réadaptation fonctionnelle intensive

- 042030 Services cliniques
- 042032 Rencontres multidisciplinaires
- 042043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 042055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 042063 Garde sur place
- 042098 Services de santé durant le délai de carence
- 042132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Adaptation – réadaptation, services externes

- 043030 Services cliniques
- 043032 Rencontres multidisciplinaires
- 043043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 043055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 043063 Garde sur place
- 043098 Services de santé durant le délai de carence
- 043132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Adaptation – réadaptation, autres programmes

- 047030 Services cliniques
- 047032 Rencontres multidisciplinaires
- 047043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 047055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 047063 Garde sur place
- 047098 Services de santé durant le délai de carence
- 047132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

#### **Entente particulière – Soins palliatifs (n° 20)**

- 053030 Services cliniques
- 053032 Rencontres multidisciplinaires
- 053043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 053063 Garde sur place
- 053067 Expertise professionnelle
- 053070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 053098 Services de santé durant le délai de carence
- 053132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

#### **Entente particulière – Programme spécifique (n° 22)**

Autre que services pré-hospitaliers

- 054015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 054030 Services cliniques
- 054032 Rencontres multidisciplinaires
- 054043 Tâches médico-administratives et hospitalières

- 054055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 054098 Services de santé durant le délai de carence

Services pré-hospitaliers cliniques

- 058037 Planification – Programmation – Évaluation

### **Entente particulière – CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (n° 28)**

Programme en **gériatrie** :

- 073030 Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
- 073032 Rencontres multidisciplinaires
- 073037 Planification – programmation – évaluation (+ élaboration et implantation de programmes et de services)
- 073055 Communications (rencontre avec les proches)
- 073056 Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)
- 073067 Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
- 073098 Services de santé durant le délai de carence

## **3.2 Vacation – Tarif horaire – *Per diem***

### **3.2.1 Ajout à la section 2.6 Codes d'activité**

À la sous-section 2.6.1, les codes d'activité relatifs à l'annexe XXII et leur description sont ajoutés à la fin de la section **Partie générale** :

#### **Annexe XXII**

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (paragraphe 2.01 a) 3))

Programme en **gériatrie** :

- 073030 Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
- 073032 Rencontres multidisciplinaires
- 073037 Planification – programmation – évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)
- 073055 Communications (rencontre avec les proches)
- 073056 Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)
- 073067 Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
- 073098 Services de santé durant le délai de carence

Services gériatriques (paragraphe 2.01 a) 3), 2.01 d) 1) - unité de soins de courte durée gériatrique, 2.02 a) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 1), 2.02 d) 2) - unité de soins de longue durée)

- 101015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 101030 Services cliniques
- 101032 Rencontres multidisciplinaires
- 101043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 101063 Garde sur place
- 101070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 101071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

- 101080 Participation du médecin de famille
- 101097 Plan d'intervention pour le patient
- 101098 Services de santé durant le délai de carence

Dispensation de soins psychiatriques (paragraphe 2.01 a) 5), 2.01 b) 1) – unité de soins de courte durée, 2.02 b) 1) – unité de soins de longue durée)

- 027015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 027030 Services cliniques
- 027032 Rencontres multidisciplinaires
- 027037 Planification – Programmation – Évaluation
- 027043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 027055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 027063 Garde sur place
- 027071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 027098 Services de santé durant le délai de carence

Soins palliatifs (paragraphe 2.01 a) 6))

- 053030 Services cliniques
- 053032 Rencontres multidisciplinaires
- 053043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 053063 Garde sur place
- 053067 Expertise professionnelle
- 053070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 053071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 053098 Services de santé durant le délai de carence

Programme de toxicomanie (paragraphe 2.03 a) 1), 2.03 b) 3))

- 031015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 031030 Services cliniques
- 031032 Rencontres multidisciplinaires
- 031043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 031063 Garde sur place
- 031071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

Programme en adaptation-réadaptation – Déficience physique (paragraphe 2.03 b) 1), 2.03 c) 1))

- 102030 Services cliniques
- 102032 Rencontres multidisciplinaires
- 102043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 102055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 102063 Garde sur place

**102071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

**102080** Participation du médecin de famille

**102098** Services de santé durant le délai de carence

Réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et protection de la jeunesse (paragraphe 2.03 *b*) 1), 2.03 *b*) 2), 2.03 *b*) 4))

**100015** Examens relatifs à l'hépatite C

**100030** Services cliniques

**100032** Rencontres multidisciplinaires

**100043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**100098** Services de santé durant le délai de carence

À la sous-section **2.6.1**, les codes d'activité relatifs à la nouvelle entente particulière n° 49 et leur description sont ajoutés à la fin de la partie **Ententes particulières** :

**Entente particulière – Programme spécifique dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (n° 49)**

Autre que services pré-hospitaliers

**054015** Examens relatifs à l'hépatite C

**054030** Services cliniques

**054032** Rencontres multidisciplinaires

**054043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**054055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**054098** Services de santé durant le délai de carence

Services pré-hospitaliers cliniques

**058037** Planification – Programmation – Évaluation

**3.2.2 Suppression à la section 2.6**

À la sous-section **2.6.1**, la description des codes d'activité relatifs aux ententes particulières suivantes sont supprimés :

**Entente particulière – Dispensation de soins psychiatriques dans certains centres hospitaliers (n° 2)**

**027015** Examens relatifs à l'hépatite C

**027030** Services cliniques

**027032** Rencontres multidisciplinaires

**027037** Planification – Programmation – Évaluation

**027043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**027063** Garde sur place

**027071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

**027098** Services de santé durant le délai de carence

**Entente particulière – Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)  
(n° 8)**

- 057015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 057030 Services cliniques
- 057032 Rencontres multidisciplinaires
- 057043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 057055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 057063 Garde sur place
- 057070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 057071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 057080 Participation du médecin de famille
- 057097 Plan d'intervention pour le patient
- 057098 Services de santé durant le délai de carence

**Entente particulière – Certains établissements offrant un programme de toxicomanie (n° 12)**

- 031015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 031030 Services cliniques
- 031032 Rencontres multidisciplinaires
- 031043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 031055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 031063 Garde sur place
- 031071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

**Entente particulière – Gériatrie dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)  
(n° 13)**

- 056015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 056030 Services cliniques
- 056032 Rencontres multidisciplinaires
- 056043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 056055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 056063 Garde sur place
- 056071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 056080 Participation du médecin de famille
- 056097 Plan d'intervention pour le patient
- 056098 Services de santé durant le délai de carence

**Entente particulière – Programme en adaptation-réadaptation – Déficience physique (n° 15)**

Moyen séjour ou réadaptation fonctionnelle intensive

- 042030 Services cliniques
- 042032 Rencontres multidisciplinaires
- 042043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 042055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

- 042063 Garde sur place
- 042071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 042080 Participation du médecin de famille
- 042098 Services de santé durant le délai de carence

Adaptation – réadaptation, services externes

- 043030 Services cliniques
- 043032 Rencontres multidisciplinaires
- 043043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 043055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 043063 Garde sur place
- 043071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 043080 Participation du médecin de famille
- 043098 Services de santé durant le délai de carence

Adaptation – réadaptation, autres programmes

- 047030 Services cliniques
- 047032 Rencontres multidisciplinaires
- 047043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 047055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 047063 Garde sur place
- 047071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 047080 Participation du médecin de famille
- 047098 Services de santé durant le délai de carence

#### **Entente particulière – Soins palliatifs / maison liée par une entente (n° 20)**

- 053030 Services cliniques
- 053032 Rencontres multidisciplinaires
- 053043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- 053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 053063 Garde sur place
- 053067 Expertise professionnelle
- 053070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis
- 053071 Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- 053098 Services de santé durant le délai de carence

#### **Entente particulière – Programme spécifique (n° 22)**

Autre que services pré-hospitaliers

- 054015 Examens relatifs à l'hépatite C
- 054030 Services cliniques
- 054032 Rencontres multidisciplinaires

- 054043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- 054055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 054081** Garde en disponibilité (Accord 257)
- 054098** Services de santé durant le délai de carence

Services pré-hospitaliers cliniques

- 058037** Planification – Programmation – Évaluation

#### **Entente particulière – CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (n° 28)**

Programme en gériatrie

- 073030** Services cliniques (dispensation de soins médicaux)
- 073032** Rencontres multidisciplinaires
- 073037** Planification – programmation – évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)
- 073055** Communications (rencontre avec les proches)
- 073056** Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)
- 073067** Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)
- 073098** Services de santé durant le délai de carence

#### **4. Tableau des codes d'acte abolis au 1<sup>er</sup> octobre 2013**

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *B* – CONSULTATION ET EXAMEN

Voici les codes d'acte abolis au 1<sup>er</sup> octobre 2013 :

Page	Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
B-7	09103	consultation d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	108,75
B-7	09225	consultation d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	108,75
B-7	09227	consultation d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	108,75
B-9	00071	supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis (voir le préambule général, règle 2.4.7.8)	7,80
B-10	00003	examen sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	24,10
B-10	09083	examen dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	24,10
B-10	09228	examen d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	69,20
B-10	00055	examen sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	48,15
B-10	09229	examen d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	69,20

Page	Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
B-10	00096	examen sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	88,85
B-10	09230	examen d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	98,45
B-10	00068	examen ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	20,20
B-10	00069	examen complet (P.G. 2.2.9 A)	40,55
B-10	00070	examen complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	74,75
B-11	09233	consultation d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	116,55
B-11	09236	consultation d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	116,55
B-11	09239	consultation d'urgence avec déplacement : en tout temps, pour un patient en établissement (P.G. 2.2.9 A)	116,55
B-12	00071	supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis (P.G. 2.4.7.8)	7,80
B-12	09112	examen sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	25,95
B-12	09082	examen dans une unité de soins de courte durée gériatrique (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	25,95
B-12	09242	examen d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	74,05
B-13	09115	examen sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	51,95
B-13	09243	examen d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	74,05
B-13	09118	examen sans déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	95,05
B-13	09244	examen d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A et 2.2.9 C)	105,40
B-14	09121	examen ordinaire (P.G. 2.2.9 A)	21,20
B-14	09122	examen complet (P.G. 2.2.9 A)	42,20
B-14	09126	examen complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	77,25

## Liste des paragraphes et actes visés par l'ajout du terme « visite »

## Manuel de facturation

Pages	Paragraphe ou acte visés	Nouveau libellé ou partie de libellé
A-3	1.1.4, 3 <sup>e</sup> alinéa	Le médecin peut [...] et pour lesquels les honoraires de rédaction sont inclus dans la rémunération de l'examen, de la consultation, <b>de la visite</b> ou sont prévus [...]
A-4	1.2	Un examen, une consultation, <b>une visite</b> ou une surveillance [...]
A-14	2.2.6 B, 4 <sup>e</sup> alinéa, 2 <sup>e</sup> ligne	Le médecin qui consacre [...] au tarif de l'examen, de la consultation, <b>de la visite</b> ou du service qui le remplace, ou [...]
A-21	2.3, 6 <sup>e</sup> alinéa	Le médecin qui se prévaut de la rémunération [...] un examen, une consultation ou <b>une visite</b> [...]
A-25	2.4.7.4	Pour ce qui est de l'examen, de l'examen à domicile, de la consultation ou <b>de la visite</b> , seul le premier examen, la première consultation ou <b>la première visite</b> donne ouverture au supplément lors d'un déplacement.
A-27	2.4.8	Surveillance (voir code <b>00080</b> , onglet <i>B – Consultation, examen et visite</i> )
C-2	1.3, 2 <sup>e</sup> alinéa	Toutefois, si plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique [...] est dispensé lors d'un examen, d'une consultation ou <b>d'une visite</b> , le médecin [...]
C-3	00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les examens, <b>les visites</b> , les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour
C-3	00211	Test de provocation cutanée spécifique incluant les examens, <b>les visites</b> , les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour
C-3	00367	Test de provocation orale spécifique incluant les examens, <b>les visites</b> , les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour
C-6	Au-dessus de 09481	blocage nerveux continu par injection d'anesthésique [...], incluant les examens, <b>les visites</b> , les consultations, l'insertion du cathéter, la surveillance et les injections
C-6	09483	réinjections et/ou examens <b>et/ou visites</b> après quarante-huit (48) heures, par jour, par patient
C-7	00292	infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacré, incluant la surveillance, les examens, <b>les visites</b> et les consultations au cours de la même journée

Pages	Paragraphe ou acte visés	Nouveau libellé ou partie de libellé
C-10	Au-dessus de 00828	La réanimation est effectuée dans un cas d'arrêt cardiaque ou de situation grave [...] incluant l'examen, la visite et tout autre service médical [...]
C-17	00712	Exsanguino-transfusion [...] initiale, incluant l'examen, la visite et la consultation
C-23	00205	Insertion de stérilet incluant l'examen, la visite ou la consultation effectué antérieurement [...]
C-29	09320	Épreuve de concentration urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation
C-29	Au-dessus de 09321	dilution urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation
C-29	09323	dépistage clinique de phéochromocytome comprenant les examens, les visites, les consultations, la surveillance médicale, l'interprétation [...]
C-29	00415	traction cervicale graduée sous surveillance médicale incluant les examens et les visites au cours de l'épreuve
C-30	09324	au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les examens, les visites, les consultations, [...]
C-30	09354	d'infusion de sulfate de sodium, incluant les examens, les visites et les consultations
C-30	00711	de stimulation endorphinique incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance
C-30	00121	mise en place d'une pompe [...] les examens, les visites, les consultations des premières quarante-huit (48) heures [...]
C-35	00819	courbe de tension oculaire, incluant les examens, les visites et tonométries répétés (minimum quatre (4))
C-37	Au-dessus de 09351	photocoagulation au laser par voie endobronchique, incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance [...]
C-40	09448	installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endoveineux par cathétérisme trans-cutané incluant les examens, les visites et les consultations
C-40	09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant les examens, les visites, les consultations et [...]
C-40	09458	néphrostomie percutanée, les examens, les visites, les consultations et l'injection de colorant
C-47	09425	désensibilisation à l'insuline, les examens, les visites, les consultations et la surveillance

Pages	Paragraphe ou acte visés	Nouveau libellé ou partie de libellé
C-47	09316	perfusion continue d'insuline, par jour, incluant la surveillance, les examens, les visites et les consultations
C-48	00679	exercices thérapeutiques collectifs pré et postnataux incluant, s'il y a lieu, l'examen, la visite ou la consultation
C-49	00450	préparation d'un donneur en mort cérébrale, en vue d'un don d'organes(s), incluant les examens, les visites et les procédures [...]
C-49	Au-dessus de 00837	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la visite, la consultation ou l'examen préalable et la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)
D-7	00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, les visites, la surveillance et les injections
D-7	00935	réinjections et/ou examens, et/ou visites par jour, par patient
D-7	00952	Épidurale différentielle incluant les examens, les visites et consultations, les injections et la surveillance
D-7	Au-dessus de 00997	Prise en charge par un médecin anesthésiste [...] incluant les examens, les visites et consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections
D-8	Au-dessus de 00980	Procédure de neuroleptanalgie réalisée conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, incluant l'examen, la visite, l'administration de médicament et la surveillance :
D-9	00926	Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement, des examens et des visites
E-1	Dans l'index, au point 2	2. Examens, visites ou consultations
E-2	Article 1, 2 <sup>e</sup> alinéa	Sont compris dans la tarification d'une chirurgie, les soins préopératoire ainsi que certains examens, visites ou consultations.
L-5	05345	Consultation et visite re: hémorragie et assistance (incluant l'examen)
P-3	Au-dessus de 06074	Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électrocoagulation de lésion, l'examen, la visite et la consultation
P-5	Au-dessus de 06811	Thérapie cervicale, incluant l'examen ou la visite
Q-2	Article 2 du préambule particulier	- la grossesse interrompue : induction par voie intra-veineuse et intra-utérine incluant la consultation, la visite, l'exécution et les soins postnataux.
Q-7	06915	biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen ou la visite

Pages	Paragraphe ou acte visés	Nouveau libellé ou partie de libellé
Q-7	06928	ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse, examen et visite
Q-7	06925	version par manœuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après trente-six (36) semaines, incluant l'examen, la visite, la tocolyse, le monitoring externe
Q-8	06907	extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation, l'examen ou la visite si requis
S-12	07844	programmation d'un neurostimulateur [...] incluant l'examen ou la visite effectué à la même séance
T-7	07813	cautérisation (incluant l'examen et la visite)