

Amendement n° 133

Modifications à l'entente générale et à certaines ententes particulières

Introduction

La Régie vous présente les dispositions de l'*Amendement n° 133* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération modifiant l'entente générale ainsi que 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* (n° 3) et l'*Entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés* (n° 10).

Sauf indication contraire, ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} décembre 2013**.

Les dispositions de cet amendement touchent :

- ◆ l'annexe V Tarif des actes médicaux de l'Entente, au préambule général, ainsi que les onglets *Consultation, examen et visite, Actes diagnostiques et thérapeutiques, Anesthésie-réanimation* et *Obstétrique*;
- ◆ les tarifs des paragraphes 4.02 et 5.03 de l'entente particulière soins intensifs ou coronariens ainsi que l'ajout d'actes aux paragraphes 4.03 et 5.05 payables en plus des forfaits;
- ◆ l'annexe II *Pourcentage des actes* de l'entente particulière en anesthésie.

Diverses modifications administratives sont également présentées à la section 4 de cette infolettre.

Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 133*

[Partie II](#) Annexe II – Pourcentage des actes

Sommaire

1. Tarif des actes médicaux 2
 - 1.1 Onglet A – Préambule général 2
 - 1.2 Onglet B – Consultation, examen et visite..... 3
 - 1.3 Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques 3
 - 1.4 Onglet D – Anesthésie-réanimation 4
 - 1.5 Onglet Q – Obstétrique..... 4
2. Modification à l'annexe XXI..... 10
3. Ententes particulières modifiées . 11
 - 3.1 Entente particulière – Soins intensifs ou coronariens (n° 3)11
 - 3.2 Entente particulière – Anesthésie CHSGS (n° 10)..... 12
4. Changements administratifs 12
 - 4.1 Onglet A – Préambule général12
 - 4.2 Onglet Rédaction de la demande de paiement 12
 - 4.3 Onglet Q – Obstétrique..... 14
 - 4.4 Onglet Messages explicatifs.. 14
 - 4.5 Entente particulière – Soins intensifs ou coronariens CHSGS (n° 3) 15
 - 4.6 Entente particulière – Malade admis CHSGS (n° 29)..... 15

1. Tarif des actes médicaux

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ANNEXE V – ONGLETS A, B, C, D ET Q

1.1 Onglet A – Préambule général

1.1.1 Nouveau-né en santé (paragraphe 2.4.3)

Le paragraphe *2.4.3 Nouveau-né en santé* est modifié pour rémunérer les soins au nouveau-né en santé par un **montant forfaitaire quotidien** le jour de la naissance et les deux jours suivants, pour l'ensemble des services médicaux prodigués par le médecin. Il remplace l'honoraire global (code d'acte **00081**) qui sera aboli le 30 novembre 2013.

Ce montant forfaitaire est payable une seule fois par jour pour un nouveau-né. Il ne peut être versé pour l'examen du nouveau-né effectué en salle d'accouchement au médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement.

Pour fins de facturation du forfait, l'état de santé d'un nouveau-né doit être évalué quotidiennement. Si son état de santé change au cours d'une même journée, le médecin doit alors facturer les services qu'il rend pour l'ensemble de la journée. Un même médecin ne peut facturer le montant forfaitaire quotidien et des services rendus au cours d'une même journée.

Pour facturer le montant forfaitaire quotidien pour un nouveau-né en santé, veuillez utiliser le code d'acte **15024**.

1.1.2 Honoraire global (paragraphe 1.1.5)

Pour faire suite à l'abolition de l'acte codé **00081** relatif à l'honoraire global pour les soins du nouveau-né en santé, le libellé du deuxième alinéa du paragraphe *1.1.5 Honoraire global* est modifié pour ne s'appliquer désormais qu'aux soins post-partum plutôt qu'en plus des soins au nouveau-né en santé :

« Toutefois pour l'honoraire global relatif aux soins post-partum, une règle particulière prévoit une dérogation à cette règle générale. »

1.1.3 Suppléments (paragraphe 2.4.7.2)

Un supplément d'honoraires est désormais payable au médecin traitant les samedi, dimanche et jours fériés, ou de 19 h à 7 h tout autre jour, pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail lorsqu'un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement. Dans ce cas, l'heure de la prise en charge de la parturiente par le consultant est utilisée pour évaluer le droit au supplément.

Pour le consultant ou le médecin accoucheur, c'est l'heure de la naissance qui détermine le droit au supplément d'honoraires.

Le médecin traitant a également droit à un supplément d'honoraires pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail, s'il ne participe pas à la délivrance du nouveau-né parce qu'il est remplacé par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique. Dans cette situation, l'heure de prise en charge par le médecin remplaçant du médecin traitant permet d'évaluer le droit au supplément.

Désormais, lors de la facturation, vous devrez utiliser les codes d'acte **06987**, **06988** ou **06990** en remplacement du code **06933** aboli au 30 novembre 2013, selon la situation applicable comme détaillé à la section 1.5.3 de l'infolettre.

1.1.4 Procédés et chirurgies pédiatriques (paragraphe 2.9)

Le deuxième alinéa du paragraphe 2.9 est abrogé. Ainsi, la notion de majoration de 50 % des unités de base en anesthésie lors de procédés et chirurgies pédiatriques (**MOD 063**) est supprimée à cet endroit pour être désormais traitée à l'article 16.00 de l'onglet *Anesthésie-réanimation*.

1.2 Onglet B – Consultation, examen et visite

1.2.1 Abolition et création de codes d'acte

- Le code d'acte **00081 Nouveau-né en santé** est aboli.
- Le code d'acte **15024** est créé pour la facturation du nouveau montant forfaitaire quotidien pour les soins du nouveau-né en santé comme décrit ci-dessus (voir 1.1.1). Il paraît sous le code d'acte **15266** :

« Nouveau-né en santé	
15024	soins du nouveau-né en santé
	montant forfaitaire par jour 45 \$ »

1.3 Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques

1.3.1 Abolition et création de codes d'acte et de notes

- À *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, le nouvel acte codé **00669** ainsi qu'une note sont créés sous le code d'acte **00695** :

« 00669	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique	48,45 \$
---------	---	----------

NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service. »

- À *Laryngoscopie avec ou sans biopsie*, une note est ajoutée sous le code d'acte **00412** pour préciser que ce code peut être réclamé pour le drainage fermé effectué par un drain à double J posé par voie percutanée.
- À *Divers*, le code d'acte **00450** pour la préparation d'un donneur en vue d'un don d'organes est aboli au 30 novembre 2013.

En remplacement du code d'acte **00450**, un nouveau service, un nouveau supplément et une note en lien avec le don d'organes sont créés et placés sous le code d'acte **00138**. Ces codes d'acte sont payables dans une unité de soins intensifs ou coronariens :

« 20179	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques et les visites par jour.....	665,65 \$
---------	---	-----------

20180 si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale supplément, le jour du décès cardiocirculatoire250 \$

NOTE : Les codes 20179 et 20180 peuvent être réclamés par un seul médecin par jour. »

1.4 Onglet D – Anesthésie-réanimation

L'article 16.00 *Majoration d'honoraires selon l'âge* est ajouté au préambule particulier de l'onglet *Anesthésie-réanimation*, sous l'article 15.00.

Cet article précise les modalités d'application concernant la majoration d'honoraires pour le médecin anesthésiste, à l'exclusion de l'anesthésiste collaborateur. Ainsi, les honoraires prévus pour tous les examens préanesthésiques et pour tous les services médicaux anesthésiques, tant les unités de base que les unités de durée, sont majorés selon l'âge de la personne en faisant l'objet :

- de la moitié pour les enfants âgés de moins de 2 ans (MOD 428);
- du quart pour les enfants âgés de 2 à 8 ans inclusivement (MOD 429);
- du quart pour les patients âgés de 70 ans ou plus (MOD 430).

Le paragraphe 16.02 décrit les services visés par cette majoration :

16.02 Pour les fins de ces majorations, sont réputés constituer des services anesthésiques les services de l'onglet d'anesthésie (à l'exclusion de la neuroleptanalgie, code 00980), l'ensemble des services réclamés en rôle 2 et, en centre hospitalier, les services portant les codes suivants lorsqu'ils sont réclamés en rôle 1 : 00217, 00722, 00255, 09481, 09482, 09483, 00257, 00256, 00258, 00259, 00260, 00261, 00262, 00719, 00263, 00264, 00265, 00720, 00280, 00292, 00293, 00268, 00269, 00322, 00270, 00271.

1.5 Onglet Q – Obstétrique

L'*Amendement n° 133* instaure de nouvelles modalités touchant la rémunération prévue pour un accouchement ainsi que certains tarifs, libellés et codes d'acte.

1.5.1 Préambule particulier (articles 4, 10 et 11)

- L'article 4 du préambule particulier de l'onglet *Obstétrique* est modifié. À compter du 1^{er} décembre 2013, un supplément pour les soins post-partum consécutifs à un accouchement par césarienne s'ajoute et est payable à un médecin, lorsque le suivi de la grossesse a été effectué par un médecin omnipraticien. Ce supplément s'applique le jour de la césarienne et les sept jours suivants. Il est payable à tout au plus deux médecins, chacun à raison de 50 % de l'honoraire global (MOD 382).

Si le médecin ayant effectué un accouchement par voie vaginale ou un accouchement par césarienne confie les soins post-opératoires à un autre médecin (règle 5 du préambule particulier de chirurgie), la règle des soins confiés s'applique alors et l'honoraire global pour les soins post-partum pour l'accouchement par voie vaginale (code d'acte 06901) ou par césarienne (code d'acte 06992) n'est pas payable.

- La première note de l'article 10 est modifiée afin de considérer l'ajout et l'abolition de codes d'acte :

« Note : Le médecin mentor doit réclamer un des actes suivants, selon ce qui est réclamé par le médecin mentoré : 06097, 06903, 06919, 06923, 06984, 06985, 06986, 06987 et 06988. »

- L'article 11 relatif au **partage de la rémunération** est modifié.

La modalité de partage de la rémunération pour les soins prodigués pendant le travail et pour l'accouchement a été modifiée de manière à ce que la rémunération de chaque médecin ne soit plus tributaire de la suite du travail et de l'accouchement. Cependant, les médecins doivent toujours s'entendre sur un partage, s'il y a lieu.

Le médecin qui se fait remplacer dispose maintenant de toute l'information requise pour réclamer ses honoraires au moment de son départ. Les différentes situations qu'il peut rencontrer sont décrites à la section 1.5.3 ci-dessous.

1.5.2 Changements de tarifs, abolition, modification et création de codes d'acte et d'un supplément

- Le tarif de la version par manœuvre externe d'une présentation de siège en vertex (code d'acte **06925**) passe de 81,10 \$ à 166,65 \$.

- Le libellé et le tarif associés au code d'acte **06903** sont modifiés ainsi :

« 06903	Accouchement du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	R=2
	de 7 h à 19 h.....	462,25 \$ 4 »

- La note sous le code d'acte **06923** est modifiée à la suite de l'abolition au 30 novembre 2013 du code **06933** et à son remplacement par les codes suivants :

« Note : Ce supplément peut également être facturé en association avec les codes d'acte 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990. »

- Le code d'acte **06943** est aboli au 30 novembre 2013 et remplacé par les codes d'acte **06984** et **06985**. Désormais, le code à utiliser pour la facturation est celui correspondant à la journée et à la plage horaire lors de la naissance :

« 06984	Accouchement : de 7 h à 24 h le samedi, dimanche et jour férié et de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	R=2
		674,90 \$ 4

06985	Accouchement : de 0 h à 7 h tous les jours	R=2
		803,45 \$ 4 »

- Le code d'acte **06933** est remplacé pour tenir compte de la situation du ou des médecins qui assurent les soins prodigués durant le travail de la parturiente. Selon la situation qui lui est applicable, le médecin doit réclamer l'un des codes d'acte **06986 à 06990** en fonction de la journée et de la plage horaire correspondant à l'heure de son remplacement par un autre médecin ou par le consultant :

« Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement

06986	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié).....	462,25 \$
06987	de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié) et de 7 h à 24 h le samedi, dimanche ou un jour férié	480,00 \$
06988	de 0 h à 7 h tous les jours	515,00 \$

Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique

06989	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	308,15 \$
06990	samedi, dimanche ou un jour férié et de 19 h à 7 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	449,95 \$ »

- Sous le code d'acte **06919**, le supplément suivant est ajouté :

« 06097 Accouchement par le siège, supplément..... 166,65 \$ »

- Une distinction est apportée entre les soins post-partum, selon que l'accouchement se déroule par voie vaginale ou par césarienne. Le libellé du code d'acte **06901** est modifié en conséquence et le code **06992** est créé :

« Soins du post-partum durant l'hospitalisation

06901	soins du post-partum post accouchement vaginal	73,15 \$
06992	soins du post-partum post accouchement par césarienne (excluant les soins postopératoires)	73,15 \$ »

1.5.3 Tableaux récapitulatifs

- En situation de partage de la rémunération, trois situations se distinguent (tableaux 1, 2 a) et 2 b)) :

Tableau 1 – Remplacement en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Le médecin assure les soins durant le travail et se fait remplacer en raison de l'organisation locale de la garde ou de la durée du travail et les médecins ont convenu du partage de la rémunération.	06989	Lundi au vendredi de 7 h à 19 h	100 %	Déterminés selon l'heure de prise en charge de la parturiente par le médecin suivant
	06990	Lundi au vendredi de 19 h à 7 h, samedi, dimanche ou jour férié		

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne	06923		2/3 MOD 383	

Tableau 2 – Suivi pendant le travail lors d'un accouchement effectué par un autre médecin ou par un consultant

a) Médecin ayant participé au suivi durant le travail lorsque l'accouchement est fait par un consultant

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Le médecin qui vient en remplacer un autre en vue de poursuivre les soins durant le travail convient d'un partage de la rémunération avec celui qu'il a remplacé, lorsqu'un consultant effectue l'accouchement ou la césarienne.	06986	Lundi au vendredi de 7 h à 19 h	2/3 MOD 383	Déterminés selon l'heure de prise en charge de la parturiente par le consultant
	06987	Lundi au vendredi de 19 h à 24 h, samedi, dimanche ou jour férié de 7 h à 24 h		
	06988	Tous les jours de 0 h à 7 h		
Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne	06923		2/3 MOD 383	

b) Médecin ayant participé au suivi durant le travail et procédant à l'accouchement

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Accouchement lorsque le médecin accoucheur remplace le médecin précédent qui assurait les soins durant le travail et qu'ils ont convenu d'un partage de la rémunération.	06903	Lundi au vendredi de 7 h à 19 h	2/3 MOD 383	Déterminés selon l'heure de la naissance
	06984	Lundi au vendredi de 19 h à 24 h, samedi, dimanche ou jour férié de 7 h à 24 h		
	06985	Tous les jours de 0 h à 7 h		

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne	06923		2/3 MOD 383	
Supplément pour siège	06097		100 %	
Supplément pour jumeau	06919		100 %	
Extraction manuelle ou instrumentale du placenta	06907		100 %	
Réparation de déchirure du 3 ^e ou 4 ^e degré (impliquant sphincter anal)	06935		100 %	

Tableau 3 – Délivrance du nouveau-né effectuée par un consultant

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Accouchement par le consultant	06903	Lundi au vendredi de 7 h à 19 h	100 %	Déterminés selon l'heure de la naissance
	06984	Lundi au vendredi de 19 h à 24 h, samedi, dimanche ou jour férié de 7 h à 24 h		
	06985	Tous les jours de 0 h à 7 h		
Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne	06923		100 %	
Supplément pour siège	06097		100 %	
Supplément pour jumeau	06919		100 %	
Extraction manuelle ou instrumentale du placenta	06907		100 %	
Stérilisation post-partum	06429		100 %	

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Toute manœuvre obstétricale autre que césarienne ou accouchement fait par le consultant	06914		100 %	
Réparation de déchirure du 3 ^e ou 4 ^e degré (impliquant sphincter anal)	06935		100 %	

- Lorsqu'un médecin assure seul les soins entourant le travail et l'accouchement, deux situations se distinguent :

Tableau 4 – Médecin assurant seul les soins durant le travail

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Médecin assure seul les soins durant le travail alors qu'un consultant effectue l'accouchement ou la césarienne.	06986	Lundi au vendredi de 7 h à 19 h	100 %	Déterminés selon l'heure de prise en charge par le consultant
	06987	Lundi au vendredi de 19 h à 24 h, samedi, dimanche ou jour férié de 7 h à 24 h		
	06988	Tous les jours de 0 h à 7 h		
Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne	06923		100 %	

Tableau 5 – Médecin assurant seul l'ensemble des soins durant le travail et l'accouchement

Situation concernée	Code	Jours et heures	Taux	Honoraires applicables
Accouchement lorsqu'un seul médecin assure le suivi du travail et de l'accouchement	06903	Lundi au vendredi de 7 h à 19 h	100 %	Déterminés selon l'heure de la naissance
	06984	Lundi au vendredi de 19 h à 24 h, samedi, dimanche ou jour férié de 7 h à 24 h		
	06985	Tous les jours de 0 h à 7 h		
Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne	06923		100 %	
Supplément pour siège	06097		100 %	
Supplément pour jumeau	06919		100 %	
Extraction manuelle ou instrumentale du placenta	06907		100 %	
Réparation de déchirure du 3 ^e ou 4 ^e degré (impliquant sphincter anal)	06935		100 %	

2. Modification à l'annexe XXI

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE* – ANNEXE XXI

Le premier alinéa du paragraphe 1.05 *e) Pratique en obstétrique* de l'annexe XXI est modifié par le retrait des codes d'acte **06933** et **06943**, et par l'ajout des codes d'acte **06984**, **06985**, **06987**, **06988** et **06990** à la liste des actes donnant lieu à la comptabilisation d'une ou de plusieurs journées de pratique additionnelles, selon les modalités applicables.

3. Ententes particulières modifiées

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES* – ENTENTES N°S 3 ET 10

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

- Des augmentations tarifaires s'appliquent aux forfaits prévus au paragraphe 4.02 de cette entente particulière, pour le médecin rémunéré selon le régime A :

« [...] »

- pour la première journée de séjour dans l'unité un forfait de 129,70 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 136,20 \$ au 1^{er} octobre 2013;
- pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 104,50 \$ au 1^{er} juin 2013, de 111 \$ au 1^{er} octobre 2013 et de 112,30 \$ au 1^{er} décembre 2013. »

- Les actes suivants sont ajoutés sous l'alinéa *l)* du paragraphe 4.03, puisqu'ils sont désormais payables en plus du forfait prévu au paragraphe 4.02 (régime A) :

« *l)* les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);
m) la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);
n) l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);
o) le traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);
p) le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);
q) la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);
r) la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);
s) l'échographie ciblée d'urgence (code 00689). »

- Au paragraphe 5.03, le pourcentage et le tarif du forfait quotidien par patient sont modifiés :

« 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^{er} 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^{er} octobre 2013 et de 53 \$ à compter du 1^{er} décembre 2013. »

- Les actes suivants sont ajoutés sous l'alinéa *a)* du paragraphe 5.05, puisqu'ils sont désormais payables à 45 % en plus des forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 (régime B) :

« - les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);
- la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);
- l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);
- le traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);
- le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);

- la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);
- la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);
- l'échographie ciblée d'urgence (code 00689). »

3.2 Entente particulière – Anesthésie CHSGS (n° 10)

L'*Annexe II – Pourcentage des actes* est remplacée à la suite de la modification du pourcentage attribué à la majorité des services médicaux visés. Ce taux passe à 80 % pour tous les actes auparavant calculés à 30, 40, 63 et 70 %. Les services médicaux visés à la précédente annexe au taux de 100 % demeurent inchangés. Vous pouvez consulter cette annexe à la [partie II](#) de l'infolettre.

4. Changements administratifs

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET BROCHURE N° 1

4.1 Onglet A – Préambule général

- 1.1.5 **Honoraire global**, modification de l'avis :

AVIS : *Pour la règle particulière relative aux soins post-partum, voir le paragraphe 4 du préambule particulier d'obstétrique.*

- 2.4.3 **Nouveau-né en santé**, retrait de l'avis sous le dernier paragraphe.
- 2.4.7 **Suppléments**, sous la règle 2.4.7.3 B, modification de l'avis :

AVIS : *Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et le modificateur approprié dans la case MOD :*

- pour le supplément de 113 % = **128** ou un de ses multiples
- pour le supplément de 63 % = **129** ou un de ses multiples

4.2 Onglet Rédaction de la demande de paiement

4.2.1 4.6.2 Annexe II – Liste des modificateurs

- À la règle 2.9, retrait du modificateur **063** :

En anesthésie (unité de base seulement)..... **MOD 063**

- Sous *Anesthésie-réanimation*, ajout des modificateurs suivants :

ARTICLE 16.01 du Préambule particulier :

Majoration d'honoraires de 50 % de tous les examens préanesthésiques et de tous les services anesthésiques pour les enfants âgés de moins de 2 ans..... **MOD 428**

ARTICLE 16.01 du Préambule particulier:

Majoration d'honoraires de 25 % de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques pour les enfants âgés de 2 à 8 ans inclusivement **MOD 429**

ARTICLE 16.01 du Préambule particulier :

Majoration d'honoraires de 25 % de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques pour les patients âgés de 70 ans ou plus..... **MOD 430**

- À la section *Modificateurs multiples*, ajout des modificateurs multiples suivants :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
116 – 428	738	1,5000
116 – 429	739	1,2500
116 – 430	740	1,2500
128 – 428	741	3,1950
128 – 429	742	2,6625
128 – 430	743	2,6625
129 – 428	744	2,4450
129 – 429	745	2,0375
129 – 430	746	2,0375

- À la section *Modificateurs multiples*, retrait des modificateurs multiples suivants :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 094 – 177	354	0,5535
177 – 408	712	0,5085
177 – 409	721	0,5535

4.2.2 4.6.3 ANNEXE III – LETTRES S'APPLIQUANT À LA CASE C.S. ET LEUR SIGNIFICATION

- Sous la lettre « G », ajout du paragraphe suivant :

Nouveau-né

Soins immédiatement requis auprès du nouveau-né lorsque son état de santé change entre le jour de sa naissance et un jour subséquent (voir l'article 2.4.3 du préambule général).

4.3 Onglet Q – Obstétrique

- **Article 6**, paragraphe d), modification de l'avis :
AVIS : Voir le code d'acte 06986, 06987 ou 06988 sous le présent onglet.
- **Article 8 Honoraire global**, modification de l'avis :
*AVIS : Veuillez utiliser le modificateur 094 ou **un de ses multiples**, si l'examen a été effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente seulement lorsque les codes d'actes 06903, 06912, 06913 et 06984 à 06990 sont facturés.*
- **Article 11 Partage de la rémunération**, retrait de l'avis sous le premier paragraphe.
- L'avis et le code d'acte **06933** sont retirés (voir la page Q-8 du manuel).

4.4 Onglet Messages explicatifs

- Le libellé des messages explicatifs suivants est modifié ainsi :
 - 501** Les forfaits **08896** et **09997** comprennent la rémunération de l'ensemble des services médicaux donnés au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs (régime A).
 - 619** Chacun des médecins reçoit 50 % de l'honoraire global pour l'ensemble des soins post-partum.
 - 736** Conformément à la règle 2.9 du préambule général, le modificateur **060** est acceptable seulement dans un centre hospitalier de courte durée.
- Le message explicatif **502** est créé :
 - 502** Le forfait **19107** comprend la rémunération de l'ensemble des services médicaux donnés au cours d'une journée par un médecin pour des soins prodigués dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs (régime B).
- Dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 245*, les messages explicatifs suivants sont créés :
 - 883** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit doit présenter la combinaison des catégories de problème de santé 1 et 11 ou la catégorie de problème de santé 6 qui sont décrites à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
 - 884** Au moment de l'inscription, le patient n'est pas un patient orphelin.
 - 885** Pour être rémunéré pour cet acte, le patient inscrit ne doit pas présenter les catégories de problème de santé qui sont décrites à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
 - 912** Conformément à la *Lettre d'entente n° 245*, la prise en charge et le suivi du patient doivent être maintenus pendant une période minimale de 12 mois suivant la date d'inscription.

4.5 Entente particulière – Soins intensifs ou coronariens CHSGS (n° 3)

- Au paragraphe 5.06, dans l'avis, retrait du modificateur **354** :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 094 – 177	354	0,5535

4.6 Entente particulière – Malade admis CHSGS (n° 29)

- Au paragraphe 4.05.01, modification de l'avis :

AVIS : Les codes des actes d'obstétrique à 100 % sont les suivants : **06097; 06901; 06903; 06907; 06914; 06916; 06919; 06921; 06922; 06923; 06925; 06935; 06942; 06944; 06984; 06985; 06986; 06987; 06988; 06989; 06990; 06992; 09705 et 09776.**

Texte paraphé de l'Amendement n° 133

À l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux
et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

i) En remplaçant le paragraphe 2.4.3 par le suivant :

« 2.4.3 Nouveau-né en santé

Un montant forfaitaire quotidien est payable le jour de la naissance et les deux (2) jours suivants pour l'ensemble des services médicaux dispensés, en centre hospitalier, à un nouveau-né en santé. Il comprend tous les examens dispensés ou interventions effectuées ainsi que les recommandations à l'un des parents et remplace la rémunération qui serait autrement payable pour ces services.

Ce montant forfaitaire n'est pas payable pour l'examen du nouveau-né effectué à la salle d'accouchement, par le médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement.

AVIS : Voir le code d'acte 15024 sous l'onglet B.

Le montant forfaitaire n'est payable qu'une seule fois par jour à l'égard d'un nouveau-né. Il ne s'applique pas au médecin appelé à intervenir pour prodiguer des soins immédiatement requis.

AVIS : Afin de préciser que les soins sont immédiatement requis, veuillez inscrire la lettre « G » dans la case C.S.

Lorsque l'état de santé d'un nouveau-né change entre le jour de la naissance et un jour subséquent, son état de santé (à savoir s'il s'agit d'un nouveau-né en santé ou non) s'évalue quotidiennement sans égard à l'état de santé du nouveau-né le jour subséquent ou précédent. Lorsque l'état de santé d'un nouveau-né change au courant d'une même journée de façon à exclure l'application de la rémunération forfaitaire, l'exclusion vise l'ensemble des soins prodigués par le même médecin au courant de la journée. »

ii) En remplaçant le paragraphe 2.4.7.2 par le suivant :

« **2.4.7.2** Un supplément d'honoraires est également prévu pour un accouchement effectué le samedi, dimanche, les jours fériés ou de 19 h à 7 h tout autre jour. Il en va de même pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si un médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement et pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique. Dans le premier cas, on retient l'heure de la naissance pour évaluer le droit au supplément. Dans les autres cas, on retient l'heure de prise en charge par le médecin consultant ou le médecin qui remplace le médecin qui se fait remplacer. »

AVIS : Voir les codes d'acte **06984, 06985, 06987, 06988 et 06990** sous l'onglet Obstétrique. Selon le cas, inscrire l'heure de la naissance ou de la prise en charge dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.**

iii) En biffant le deuxième alinéa du paragraphe 2.9.

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

a) Abolir le code d'acte 00081.

b) Ajouter en-dessous du code d'acte 15266 le code d'acte suivant :

« **Nouveau-né en santé**

15024 soins du nouveau-né en santé
montant forfaitaire par jour..... 45 \$ »

C) L'onglet « **ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES** » est modifié de la façon suivante :

a) En-dessous du code d'acte 00695, ajouter le code d'acte suivant :

« 00669 Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière
ou jugulaire, sous guidage échographique 48,45 \$

NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service. »

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis d'assignation pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges. Le formulaire Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement (n° 3051) peut être transmis par les services en ligne ou aux coordonnées indiquées sur le formulaire. Il est disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca dans la section Formulaires.

b) En-dessous du code d'acte 00412, ajouter la note suivante :

« **NOTE :** Ce code peut être réclamé pour le drainage fermé effectué par un drain à double J posé par voie percutanée. »

c) Abolir le code d'acte 00450.

d) En-dessous du code d'acte 00138, ajouter les codes d'acte suivants :

« 20179 Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques et les visites par jour 665,65 \$

20180 si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale supplément, le jour du décès cardiocirculatoire 250 \$

NOTE : Les codes 20179 et 20180 peuvent être réclamés par un seul médecin par jour. »

D) L'onglet « **ANESTHÉSIE-RÉANIMATION** » est modifié en ajoutant à son préambule particulier, en dessous du paragraphe 15.00, le paragraphe suivant :

« **16.00 MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

16.01 Le médecin anesthésiste, à l'exclusion de l'anesthésiste collaborateur, reçoit une majoration sur les honoraires de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques selon l'âge de la personne qui fait l'objet des services. Les majorations sont les suivantes :

- de la moitié pour les enfants âgés de moins de 2 ans (MOD 428);
- du quart pour les enfants âgés de 2 à 8 ans inclusivement (MOD 429);
- du quart pour les patients âgés de 70 ans ou plus (MOD 430).

16.02 Pour les fins de ces majorations, sont réputés constituer des services anesthésiques les services de l'onglet d'anesthésie (à l'exclusion de la neuroleptanalgie, code 00980), l'ensemble des services réclamés en rôle 2 et, en centre hospitalier, les services portant les codes suivants lorsqu'ils sont réclamés en rôle 1 : 00217, 00722, 00255, 09481, 09482, 09483, 00257, 00256, 00258, 00259, 00260, 00261, 00262, 00719, 00263, 00264, 00265, 00720, 00280, 00292, 00293, 00268, 00269, 00322, 00270, 00271.

E) L'onglet « **OBSTÉTRIQUE** » est modifié de la façon suivante :

a) En remplaçant le paragraphe 4 de son préambule particulier par le suivant :

« **4.** Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement par voie vaginale et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Il en est de même des soins post-partum (excluant les soins postopératoires) dispensés le jour de la césarienne et les sept (7) jours suivants à l'égard d'une patiente dont le suivi de la grossesse a été effectué par un médecin omnipraticien. Dans le cas où plus d'un médecin assure l'ensemble des soins post-partum à la suite de l'accouchement par voie vaginale, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période applicable. Dans le cas où plus d'un médecin assure l'ensemble des soins post-partum à la suite de l'accouchement par césarienne (excluant les soins post-opératoires), un maximum de deux (2) médecins peuvent se prévaloir de 50 % de l'honoraire global pour la période applicable. »

AVIS : Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe, chacun des médecins doit utiliser le modificateur **382** et réclamer 50 % du code d'acte **06901** ou **06992**. Veuillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins ayant facturé l'honoraire global pour les soins post-partum de la patiente.

b) En remplaçant la première note de l'article 10 de son préambule particulier par la suivante :

« Note : Le médecin mentor doit réclamer un des actes suivants, selon ce qui est réclamé par le médecin mentoré : 06097, 06903, 06919, 06923, 06984, 06985, 06986, 06987 et 06988. »

d) En remplaçant le paragraphe 11 par le suivant :

« **11.** Si en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique, le médecin qui a assuré le suivi du travail d'une parturiente doit se faire remplacer par un autre médecin, les médecins peuvent convenir de partager la rémunération de l'accouchement, ou de l'ensemble des soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement.

Le ou chacun des médecins qui se fait remplacer en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique reçoit alors le tarif de l'honoraire global prévu pour cette situation et, le cas échéant, deux tiers ($\frac{2}{3}$) du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

AVIS : *Le médecin qui assure une partie des soins durant le travail et qui se fait remplacer par un autre médecin doit réclamer à 100 % l'un des codes d'acte 06989 ou 06990 et, s'il y a lieu, les deux tiers du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte 06923) en utilisant le modificateur 383.*

Le médecin qui assurait l'ensemble des soins de la parturiente immédiatement avant la prise en charge par le consultant qui a effectué la césarienne ou l'accouchement reçoit alors les deux tiers ($\frac{2}{3}$) du tarif de l'honoraire global prévu pour ses services plus, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

AVIS : *Pour appliquer le partage de la rémunération entre le médecin qui vient remplacer un autre médecin en vue de poursuivre les soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue l'accouchement ou la césarienne, le médecin remplacé doit utiliser le modificateur 383 afin de réclamer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte relatif à l'ensemble des soins durant le travail (codes d'acte 06986, 06987 ou 06988) et, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte 06923).*

Veillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de pratique du médecin que vous avez remplacé et avec lequel vous avez convenu d'un partage de la rémunération pour les soins rendus durant le travail.

Le médecin qui a effectué la délivrance du nouveau-né reçoit alors les deux tiers ($\frac{2}{3}$) du tarif de l'honoraire global prévu pour ses services plus, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne. Il reçoit de plus, le cas échéant, le supplément applicable pour l'accouchement d'un bébé après le premier jumeau et le supplément pour l'accouchement par siège, de même que les services décrits au paragraphe 5 du préambule de la présente section.

AVIS : *Pour appliquer le partage de la rémunération, le médecin qui procède à l'accouchement, à l'exception du consultant, doit utiliser le modificateur 383 afin de réclamer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte d'accouchement 06903, 06984 ou 06985 et, s'il y a lieu, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte 06923) devant être partagé entre les médecins.*

Veillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de pratique du médecin que vous avez remplacé et avec lequel vous avez convenu d'un partage de la rémunération.

AVIS : *Le médecin qui assure seul les soins durant le travail alors qu'un consultant effectue l'accouchement ou la césarienne, et le consultant qui effectue l'accouchement ou la césarienne reçoivent chacun 100 % des honoraires pour les services visés.*

Pour chacun des médecins, cette rémunération partagée, additionnée des suppléments applicables, couvre l'ensemble des soins prodigués durant le travail et, le cas échéant, lors de l'accouchement.

Les modalités ci-dessus s'appliquent, nonobstant qu'un des médecins ainsi visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, dans la mesure où ce dernier n'a pas assuré la délivrance du nouveau-né par voie vaginale ou par césarienne ni agit comme consultant durant le travail ou l'accouchement de la patiente en cause, et ce, sans égard à sa rémunération pour sa participation. Lorsqu'un des médecins visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, ces modalités ne s'appliquent pas au code 06923. »

d) En remplaçant le tarif de 81,10 \$ associé au code d'acte 06925 par le montant de 166,65 \$.

e) En remplaçant le libellé et le tarif associé au code d'acte 06903 par le suivant :

« 06903	Accouchement du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	R=2
	de 7 h à 19 h.....	462,25 \$ 4 »

f) En remplaçant la note présente sous le code d'acte 06923 par la suivante :

« Note : Ce supplément peut également être facturé en association avec les codes d'acte 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990. »

g) Abolir le code d'acte 06943.

h) Ajouter en-dessous du code d'acte 06923 les deux (2) codes d'acte suivants :

« 06984	Accouchement : de 7 h à 24 h le samedi, dimanche et	R=2
	jour férié et de 19 h à 24 h du lundi au vendredi	
	(excluant les jours fériés)	674,90 \$ 4
06985	Accouchement : de 0 h à 7 h	R=2
	tous les jours.....	803,45 \$ 4 »

i) Abolir le code d'acte 06933.

j) Ajouter en-dessous du code d'acte 06914 les cinq (5) codes d'acte suivants :

« Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement

06986	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié).....	462,25 \$
06987	de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié)	
	et de 7 h à 24 h le samedi, dimanche ou un jour férié.....	480,00 \$
06988	de 0 h à 7 h tous les jours	515,00 \$

Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique

06989	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	308,15 \$
06990	samedi, dimanche ou un jour férié et de 19 h à 7 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	449,95 \$ »

k) Ajouter en-dessous du code d'acte 06919 le code d'acte suivant :

« 06097 Accouchement par le siège, supplément..... 166,65 \$ »

l) Remplacer le libellé du code d'acte 06901 et ajouter le code d'acte suivant :

« Soins du post-partum durant l'hospitalisation

06901	soins du post-partum post accouchement vaginal	73,15 \$
06992	soins du post-partum post accouchement par césarienne (excluant les soins postopératoires)	73,15 \$ »

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 comme suit :

A) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 4.02 par le suivant :

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

- pour la première journée de séjour dans l'unité un forfait de 129,70 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 136,20 \$ au 1^{er} octobre 2013;
- pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 104,50 \$ au 1^{er} juin 2013, de 111 \$ au 1^{er} octobre 2013 et de 112,30 \$ au 1^{er} décembre 2013. »

B) En ajoutant au paragraphe 4.03 en dessous de l'alinéa k) les actes suivants :

« l) les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);

m) la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);

n) l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);

o) le traitement de pneumo et d'hémithorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);

p) le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);

q) la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);

r) la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);

s) l'échographie ciblée d'urgence (code 00689). »

C) En remplaçant le paragraphe 5.03 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^{er} 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^{er} octobre 2013 et de 53 \$ à compter du 1^{er} décembre 2013. »

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} octobre 2013

D) En ajoutant à la fin de la liste des actes apparaissant à l'alinéa a) du paragraphe 5.05 les actes suivants :

- « - les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);
- la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);
- l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);
- le traitement de pneumo et d'hémithorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);
- le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);
- la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);
- la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);
- l'échographie ciblée d'urgence (code 00689). »

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 l'annexe II intitulée « Pourcentage des actes » par celle apparaissant en annexe I du présent amendement.

4. Le présent amendement prend effet le 1^{er} décembre 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

ce _____^e 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 II

Pourcentage des actes

% Services médicaux visés

80 Tous les services médicaux, à l'exception des examens, visites et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), l'intervention clinique, les transferts ambulanciers : codes 09087 et 09246.

Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.

Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus.

Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.

Les services médicaux codés 00910, 00911, 00912, 00921, 00927, 00928, 00933, 00935, 00939, 00940, 00984, 00988, 00989, 00990, 00991, 00997, 00998, 00999, 01900, 00828, 00829, 00822, 00824.

Les services médicaux codés 00123, 00170, 00176, 00251, 00291, 00435, 00469, 00530, 00542, 00559, 00575, 00617, 00639, 00648, 00707, 00753, 00799, 00973, 00975, 03019, 03026, 03028, 03029, 03039, 03040, 03041, 03042, 03043, 03044, 03045, 03046, 03120, 03122, 03123, 03124, 03125, 03133, 05022, 05023, 05025, 05027, 05029, 05057, 05060, 05067, 05077, 05080, 05081, 05083, 05090, 05140, 05141, 05142, 05146, 05147, 05150, 05154, 05158, 05160, 05161, 05164, 05166, 05194, 05241, 05242, 05245, 05253, 05279, 05280, 05304, 05329, 05335, 05338, 05339, 05350, 05353, 05362, 05363, 05364, 05374, 05379, 05384, 05385, 05386, 05389, 05396, 05405, 05412, 05418, 05421, 05423, 05426, 05428, 05429, 05434, 05436, 05437, 05450, 05452, 05467, 05470, 05473, 05474, 05475, 05478, 05480, 05485, 06101, 06113, 06114, 06115, 06141, 06199, 06311, 06312, 06331, 06332, 06334, 06335, 06336, 06340, 06357, 06374, 06383, 09351, 09352, 09353, 09360, 09362, 09363, 09419, 09422, 09423, 09436, 09439, 09444, 09446, 09447, 09448, 09449, 09450, 09492, 09493, 09494, 09495 et 09496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

100 Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

Tous les services codés 00013, 00014, 00016, 00018, 09100, 09101, 09063, 09067, 09069, 09070, 09073, 09800, 09801, 09825, 09826, 09900, 09907, 09908, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09955, 09970, 09971, 09975, 09818, 15234, 15265, 15266 et 15967.

Modalité particulière :

Les pourcentages des actes sont payables en rôle 1, 2 ou 3 seulement.