

À l'intention des médecins omnipraticiens

## Amendement n° 125

### Modification à votre entente

#### Introduction

La Régie vous présente les principales dispositions de l'*Amendement n° 125* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Ces dispositions entrent en vigueur à différentes dates précisées dans la présente infolettre.

Les dispositions de cet amendement comprennent notamment :

- des modifications effectuées aux paragraphes 2.01, 2.02, 15.01, 16.01 et 19.03 de l'entente générale traitant notamment de la reconnaissance de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de l'accès à la reprise de temps durant la retraite progressive;
- des modifications aux paragraphes 1.1.6, 1.4 et 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V traitant de la facturation des services dans un centre de détention, de la rémunération pour la garde sur place à l'urgence et de modifications à l'intervention clinique;
- à l'onglet *B – Consultation et examen*, des nouvelles notes ou des modifications aux notes existantes, quatre nouveaux codes d'acte pour l'intervention clinique collective ainsi qu'un supplément en regard de la téléconsultation;
- des modifications aux règles de différents onglets, ajout de 15 nouveaux codes d'acte et abolition de trois codes d'acte;
- des modifications à certaines annexes et ententes particulières;
- la prolongation des lettres d'entente n°s 234, 237 et 239;
- des modifications à la *Lettre d'entente n° 245*;
- l'abolition de l'article 2 de l'accord n° 695.

#### À NOTER

La Régie est prête à recevoir votre facturation. Lorsque des dispositions prennent effet de façon rétroactive, la Régie vous alloue 90 jours à compter de la date de la présente infolettre pour lui faire parvenir vos demandes de paiement.

#### Document de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 125*

## Sommaire

1. Entente générale ..... 2
2. Annexe V – Tarif des actes médicaux ..... 3
3. Annexe IX – Conditions d'application des tarifs ..... 9
4. Annexe XII-A – Rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires non désignés par arrêté du ministre conformément au 5<sup>e</sup> alinéa de l'article 19 de la Loi ..... 10
5. Annexe XIX – Programme de formation continue ..... 10
6. Ententes particulières ..... 11
7. Lettres d'entente ..... 13
8. Accord n° 695 – CSSS des Îles .... 13

---

## 1. Entente générale

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1

---

### 1.1 Reconnaissance

Les paragraphes 2.01 et 2.02 sont remplacés afin de préciser que le ministre reconnaît la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente pour tous les médecins qui détiennent, **exclusivement**, un certificat de spécialiste en médecine de famille délivré par le Collège des médecins du Québec.

Cette reconnaissance vise également les médecins qui détiennent plus d'un certificat de spécialiste et dont le dernier certificat obtenu en est un de spécialiste en médecine de famille délivré postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2012, au plus tard un (1) an après que le médecin eut complété la formation postdoctorale requise pour l'obtention de ce dernier certificat. Dès lors, ces dispositions permettent à ce médecin d'être reconnu comme un médecin spécialiste en médecine de famille et d'être régi par les dispositions de l'entente des médecins omnipraticiens.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> avril 2012**.

### 1.2 Période supplémentaire d'activités professionnelles

Une modification au paragraphe 15.01 permet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, au médecin qui a conclu une entente avec la CARRA dans le cadre du programme de retraite progressive de demander que ses heures supplémentaires effectuées soient cumulées dans le but de les reprendre en temps compensé. D'ici à ce que le système de rémunération à honoraires fixes soit modifié, le médecin qui effectue des heures supplémentaires peut les réclamer immédiatement s'il désire que ces heures lui soient payées.

Par contre, s'il désire se prévaloir du cumul en vue d'une reprise de temps compensé, il ne doit pas réclamer ses heures supplémentaires immédiatement, mais retenir la facturation de ces heures. Une prochaine infolettre vous informera lorsque les changements informatiques requis auront été réalisés. À ce moment-là, le médecin pourra alors réclamer les heures supplémentaires retenues depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et préciser sur ses nouvelles demandes de paiement que celles-ci doivent être cumulées aux fins de les reprendre ultérieurement en temps compensé.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2013**.

### 1.3 Mode de participation au régime

Le deuxième alinéa du paragraphe 16.01 est remplacé afin de préciser que le formulaire *Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation* (n<sup>o</sup> 1378) conçu à cette fin par la Régie, doit être utilisé par le médecin désirant devenir médecin désengagé ou non-participant au régime d'assurance maladie du Québec.

Une copie du formulaire est reproduite à l'annexe III. Le formulaire *Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation* (n<sup>o</sup> 1378) est disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), dans la section *Formulaires*.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> septembre 2012**.

## 1.4 Paiement – Remboursement

Le deuxième alinéa du paragraphe 19.03 est reformulé en conformité avec les modalités appliquées par la Régie et se lit comme suit :

La Régie y procède par chèque ou, lorsque le médecin en fait la demande, par virement bancaire au compte du médecin ou du tiers qu'il autorise.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> septembre 2012**.

---

## 2. Annexe V – Tarif des actes médicaux

---

### ◆ MANUEL DE FACTURATION

---

### 2.1 Préambule général

#### 2.1.1 Lieu de pratique (sous-paragraphe 1.1.6)

L'alinéa d) est ajouté au sous-paragraphe 1.1.6 du préambule général afin de prévoir que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, les médecins qui exercent en centre de détention doivent utiliser les codes d'acte applicables à domicile et indiquer le numéro du centre de détention spécifique (7XXX6) pour réclamer leurs services.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> juillet 2012**.

Cette modification a déjà fait l'objet d'une infolettre. Pour plus de détails, nous vous référons à [l'infolettre n° 114](#) du 14 août 2012.

#### 2.1.2 Rémunération pour la garde sur place à l'urgence (paragraphe 1.4)

Le troisième alinéa du paragraphe 1.4 est modifié afin de préciser que les services réclamés durant la période de garde de 0 h à 8 h sont dorénavant payés à 97 % (MOD=097) au lieu de 90 %.

Comme cette mesure s'applique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, un montant forfaitaire sera calculé et versé en regard des services rémunérés à 90 % pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012 afin de verser l'ajustement monétaire de 7 % requis. Vous serez informés bientôt de la date de versement de ce montant forfaitaire.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2012**.

Cette modification a déjà fait l'objet d'une infolettre. Pour plus de détails, nous vous référons à [l'infolettre n° 224](#) du 12 décembre 2012.

#### 2.1.3 Intervention clinique (sous-paragraphe 2.2.6 B)

Les parties négociantes ont introduit la notion d'**intervention clinique collective** lorsqu'elle est dispensée à plus d'une (1) personne au cours de la même séance.

Aux fins de facturation, de **nouveaux codes d'acte** spécifiques à l'intervention clinique collective ont été créés (voir le point 2.2 de la présente infolettre).

Les conditions donnant accès à la réclamation d'une intervention clinique sont les mêmes qu'elle soit individuelle ou collective :

- la séance doit être d'au moins 25 minutes;
- à compter de 30 minutes, une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes peuvent être facturées;
- le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue;
- la durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas 90 minutes.

Toutefois, l'intervention clinique **collective** ne permet pas de réclamer certains suppléments qui peuvent être associés à l'intervention clinique individuelle, tel que le forfait de responsabilité à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie auprès d'un patient vulnérable (code **15169** ou **15171**).

Selon les circonstances, le médecin doit choisir s'il réclame l'examen, la consultation ou le service qui le remplace ou s'il se prévaut de l'intervention clinique. L'intervention clinique couvre l'ensemble des interventions faites auprès du ou des patients au cours d'une même séance. Toutefois, les services, forfaits ou suppléments énumérés ci-dessous peuvent être réclamés en sus d'une intervention clinique **individuelle** en tenant compte du lieu de pratique :

- le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au sous-paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (codes d'acte **01098** et **01099**);
- le supplément de responsabilité prévu au sous-paragraphe 2.4.7.8 du préambule général (code d'acte **00071**);
- 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* (codes d'acte **08877**, **15144**, **15145**, **15158**, **15159**, **15169**, **15170**, **15171**, **15189** et **19074**);
- les suppléments prévus à l'Entente particulière ayant pour objet la détermination des conditions de rémunération dans un groupe de médecine de famille (code d'acte **08875**);
- la constatation de décès (codes d'acte **00013**, **00014** et **15234**);
- la rédaction d'un formulaire tarifé (codes d'acte **09800**, **09817**, **09825**, **09826**, **09900** à **09982** et **15265**).

Dans le cas de la constatation de décès et de la rédaction d'un formulaire, le temps requis pour effectuer la constatation ou remplir le formulaire doit être exclu du temps comptabilisé aux fins de la réclamation de l'intervention clinique. Il en va de même du temps de rédaction d'un formulaire non assuré.

Cette disposition entre en vigueur le **15 janvier 2012**.

#### À NOTER

À moins que votre service n'ait déjà été refacturé, une révision sera effectuée afin de rembourser les médecins ayant subi une coupure à la suite de la réclamation de l'un ou l'autre des services énumérés ci-dessus et payables en plus d'une intervention clinique individuelle depuis le 15 janvier 2012. Aucune refacturation de votre part n'est requise.

## Téléconsultation

Des dispositions spécifiques ont été prévues pour les **services de téléconsultation**. Ainsi, le médecin qui participe, à titre de référant, à une téléconsultation auprès d'un médecin spécialiste, peut être rémunéré selon les dispositions applicables à l'intervention clinique individuelle **si celle-ci est faite en présence du patient**. Dans le cas contraire, ce service n'est pas payable.

Le médecin doit utiliser les codes relatifs à l'intervention clinique individuelle (**08858 et 08860**) en établissement pour la réclamation du temps consacré à la téléconsultation.

De plus, des modalités de rémunération sont prévues dans le cas où la téléconsultation est retardée ou interrompue en raison de problèmes techniques ou autres. Le médecin se voit alors accorder, pour ces circonstances imprévues, un maximum de trente (30) minutes qui s'ajoutent à la durée totale de l'intervention clinique réclamée pour cette téléconsultation.

Finalement, un **supplément** est payable pour le temps de déplacement du médecin qui doit participer avec son patient à une téléconsultation. Pour que le supplément soit payable, la distance à parcourir doit être de huit (8) kilomètres ou plus du lieu de départ du médecin jusqu'au lieu de la téléconsultation (CHSGS). Le supplément est payable par période de quinze (15) minutes pour un maximum de six (6) périodes. Le code d'acte spécifique devant être réclamé pour le supplément est le **08876**.

Ce service est payable seulement lorsqu'il est rendu en établissement. Il ne rémunère pas la participation d'un médecin à une consultation effectuée par voie téléphonique exclusivement.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> octobre 2012**.

## 2.2 Onglet *Consultation et examen*

- La rubrique **Intervention clinique** est remplacée par la suivante :

### Intervention clinique (individuelle ou collective)

#### Intervention clinique (individuelle)

première période de trente (30) minutes

08857 cabinet, domicile ..... 54,75

08858 établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C) ..... 45,60

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08859 cabinet, domicile ..... 27,40

08860 établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C) ..... 22,80

#### Intervention clinique (collective)

première période de trente (30) minutes

08866 cabinet, domicile ..... 54,75

08867 établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C) ..... 45,60

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08868 cabinet, domicile ..... 27,40

08869 établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C) ..... 22,80

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..... 27,40

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..... 27,40

Cette disposition entre en vigueur le **15 janvier 2012**.

- Une modification est apportée dans la note sous le code d'acte **15188** (supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète en cabinet, domicile, établissement (pour un patient inscrit)) afin de préciser que ce supplément ne peut être réclamé avec l'intervention clinique ou la psychothérapie qu'elle soit individuelle ou collective :

Note : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique **et à la psychothérapie**.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2012**.

- La note suivante est ajoutée sous le code d'acte **09069** :

Note : Les codes 09067, 15967, 15160 et 09069 ne peuvent être réclamés avec le code 09070.

Les examens et supplément relatifs à l'examen médical et le constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel ne peuvent être réclamés avec la prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport (**09070**).

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

- La note suivante est ajoutée sous le code d'acte **09077** :

Note : Les codes 09070 et 09073 ne peuvent être réclamés avec le code 09067. Le code 09077 peut seulement être réclamé en lien avec une évaluation rémunérée selon le code 09070.

En effet, il n'est pas permis de réclamer l'examen médical et le constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel (**09067**) en plus des services relatifs à la prise en charge d'un enfant de moins de 18 ans, victime de mauvais traitement actes relatifs (**09070**, **09073**). De plus, la présence du médecin à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse ne peut être réclamée qu'en lien avec la réclamation d'une prise en charge d'un enfant de moins de 18 ans, victime de mauvais traitement, évaluation et rapport (*Lettre d'entente n<sup>o</sup> 20*).

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

- Le titre de la rubrique Psychothérapie est remplacé par Psychothérapie (**individuelle ou collective**).

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2012**.

### 2.3 Onglet *Activités cliniques préventives*

Le soutien médical à l'abandon du tabagisme (15161) et l'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (15230) ne peuvent être réclamés à la même séance que l'intervention clinique ou la psychothérapie tant individuelle que collective.

Cette disposition entre en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2012.

### 2.4 Onglet *Actes diagnostiques et thérapeutiques*

La section suivante est ajoutée à la suite de la section TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES :

#### ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE

Le médecin qui effectue dans un contexte d'urgence une échographie ciblée dans le but d'orienter l'investigation, de poser un diagnostic, ou d'évaluer la réponse à un traitement peut se prévaloir de la rémunération de l'échographie ciblée d'urgence. Un maximum de deux examens échographiques peuvent être réclamés lorsque le même médecin effectue un tel examen auprès du même patient plus d'une fois la même journée. Dans tous les cas, le médecin doit manipuler la sonde pour l'acquisition d'images et consigner ses observations au dossier. Il n'est pas tenu de déposer au dossier une copie des images de l'échographie effectuée.

R = 1

00689 Échographie ciblée d'urgence ..... 20,00

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

Ce nouveau service n'est payable qu'au médecin qui détient des privilèges en ultrasonographie en CHSGS.

Cette disposition entre en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2012.

### 2.5 Onglet *Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané*

L'en-tête et les libellés suivants sont ajoutés à la suite du code d'acte 01417 :

R = 1

R = 2

Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou

01437 moins de quatre (4) cm carré (P.G. 2.4.7.7 A) ..... 82,40 3

01438 de quatre (4) cm carrés à dix (10) cm carrés ..... 108,75 3

01439 de onze (11) cm carrés à vingt (20) cm carrés ..... 163,15 4

01440 de vingt et un (21) cm carrés et plus ..... 230,60 3

Note : Lorsque plus d'une cicatrice est traitée lors de la même séance, la superficie de l'ensemble des cicatrices est cumulée.

Le médecin doit conserver, pour une période minimale de cinq (5) ans de la date du dernier traitement, un document photographique illustrant l'état avant traitement de la portion du visage ou du cou traitée.

Cette disposition entre en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2013.

## 2.6 Onglet *Appareil musculo-squelettique*

- À la rubrique **Genou**, dans la sous-rubrique intitulée Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant) :

Le code **02497** est aboli et est remplacé par la sous-rubrique et les codes suivants :

### Arthroplastie de remplacement

	R=1	R=2
18160 lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire.....	622,85	9

Note : Aucun autre acte de l'onglet Appareil musculo-squelettique ne peut être facturé au même site à la même séance.

18161 en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre).....	1079,90	14
---	---------	----

### en deux temps

18162 premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) .....	889,75	11
---	--------	----

18163 deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) .....	889,75	11
--	--------	----

18015 changement de polyéthylène seulement.....	508,05	6
---	--------	---

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

- La note sous le code d'acte **02393** est remplacée par la suivante :

Note : Aucun autre acte de l'onglet Appareil musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

## 2.7 Onglet *Gynécologie*

- Le libellé et le code d'acte suivants sont ajoutés sous la rubrique **Divers** :

Injection intrautérine ou intrafoetale sous guidage échographique à partir de vingt (20) semaines de grossesse en prévision d'un avortement thérapeutique, une ou plusieurs, incluant l'amniocentèse, le cas échéant, et l'examen

	R = 1
06464.....	92,05

Note : Ne peut être réclamé avec un service de la section « Échographie pelvienne ou obstétricale » du Manuel des Services de laboratoire en établissement ». L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas à ce service.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

- Les codes d'acte **06398** et **06399** sont abolis et remplacés par les libellés et codes d'acte suivants :

Implantation sous-cutanée d'un implant contraceptif		R=1
06980	un seul implant .....	100,00
06981	plus d'un implant à la même séance.....	128,00
06982	Exérèse d'un implant contraceptif sous-cutané .....	115,00
06983	Exérèse de plus d'un implant à la même séance .....	155,75

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

## 2.8 Onglet *Obstétrique*

À l'article 11 relatif au partage de la rémunération des codes d'acte **06903**, **06923**, **06933** et **06943** du préambule particulier, l'alinéa suivant est ajouté à la fin du premier alinéa :

Ces modalités 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.

Sous réserve des conditions énoncées, cette disposition permet au médecin omnipraticien de réclamer les deux tiers des honoraires du ou des codes d'acte concernés même si l'autre médecin est un spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

## 3. Annexe IX – Conditions d'application des tarifs

### ◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1

### 3.1 Paragraphes 1.1, 1.2, 3.6, 4.1 et 4.2

Ces paragraphes ont été modifiés pour tenir compte de la détermination de l'enveloppe budgétaire et des augmentations annuelles ainsi que des dispositions de gestion de la non-atteinte.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> avril 2010**.

### 3.2 Article 5 – Plafond trimestriel

- Paragraphe 5.1 – Le plafond trimestriel est maintenu à 68 620 \$ à compter du 1<sup>er</sup> mars 2012.
- Alinéa 5 du paragraphe 5.3 – La rémunération versée dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 245* à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2011 n'est pas comptée dans le calcul du revenu brut trimestriel.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> novembre 2011**.

- Ajout de l'alinéa 28 au paragraphe 5.3 – La rémunération versée dans le cadre de l'*Entente particulière relative à la participation des médecins au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques* n'est pas comptée dans le calcul du revenu brut trimestriel.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> août 2012**.

---

#### 4. Annexe XII-A – Rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires non désignés par arrêté du ministre conformément au 5<sup>e</sup> alinéa de l'article 19 de la Loi

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1

---

L'article 2 de l'annexe XII-A est modifié afin de permettre au médecin qui exerce au CLSC de l'Anse St-Jean dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, de recevoir maintenant 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale s'il répond à une des conditions apparaissant à la section I de l'annexe XII, paragraphe 1.2.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> février 2013**.

---

#### 5. Annexe XIX – Programme de formation continue

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1

---

Le paragraphe 1.03 est ajouté pour préciser que le médecin qui met fin à son mode de rémunération à honoraires fixes au cours d'une année civile pourra se voir reconnaître des jours de formation continue au cours de cette même année. Le maximum de sept jours prévus par année civile sera toutefois diminué du nombre de jours de perfectionnement déjà réclamés au cours de l'année d'abandon de ce mode de rémunération.

Pour le calcul des journées de formation continue attribuées au cours de l'année civile suivante, toute la rémunération du médecin, peu importe le mode de rémunération des services réclamés, sera prise en compte.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2012**.

#### À NOTER

Si vous êtes concernés par cette disposition et que des journées de formation continue dans le cadre de l'annexe XIX vous ont été refusées en 2012, nous vous avisons que votre dossier sera révisé et que vos réclamations seront traitées conformément aux nouvelles dispositions prévues au paragraphe 1.03.

**Vous n'avez donc pas à refacturer ces journées.**

Les médecins qui n'ont pas transmis leurs réclamations pour l'année 2012 auront 90 jours à compter de la date de la présente infolettre pour nous les faire parvenir.

---

## 6. Ententes particulières

---

### ◆ BROCHURE N° 1

---

Plusieurs ententes particulières sont modifiées, notamment :

#### 6.1 Entente particulière – Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) (n° 37)

##### 6.1.1 Paragraphe 3.02

Le paragraphe 3.02 est modifié pour retirer l'énoncé de principe général concernant l'obligation du médecin d'avoir pratiqué durant un an au cours des trois années précédant sa demande pour être considéré comme un médecin en « mobilité interrégionale » lors d'un changement de région. Les obligations applicables se retrouvent à l'annexe IV de l'entente particulière (voir le point 6.1.5 de la présente infolettre).

##### 6.1.2 L'avis administratif suivant est ajouté à l'annexe I de l'entente particulière

***AVIS*** : *Aux fins de l'application du paragraphe 3.05, aucun territoire, ou partie de ceux-ci, sont désignés par les parties.*

##### 6.1.3 Modification au formulaire *Avis de conformité – Médecins omnipraticiens* (n° 4181) (annexe II)

Le premier alinéa de la section 3 du formulaire a été modifié. Il n'est plus nécessaire de transmettre une copie du formulaire de demande d'un nouvel avis de conformité au DRMG de l'agence où le médecin détient un avis de conformité.

Ce formulaire est disponible sur le site Internet de la Régie.

##### 6.1.4 L'annexe III concernant les régions à pratique partielle restreinte est modifiée en retirant la région de l'Estrie

Les changements informatiques requis à la suite du retrait de la région de l'Estrie seront réalisés ultérieurement. Par conséquent, nous demandons aux médecins exerçant dans cette région de ne pas tenir compte des résultats affichés dans leur profil personnel – PREM puisqu'ils ne seront pas représentatifs de ce changement. Vous serez informés, au moment opportun, de la mise en application de cette disposition. Le comité paritaire et le DRMG de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie sont informés de la situation.

### **6.1.5 L'annexe IV de l'entente particulière concernant le calcul d'une année de pratique est modifiée**

- a) la formulation de son article 1 est simplifiée pour en faciliter la compréhension. Les règles demeurent sensiblement les mêmes qu'auparavant.
- b) l'article 2 est modifié pour ajouter que le médecin militaire ayant servi dans les Forces Armées Canadiennes pendant au moins un (1) an peut être considéré comme ayant pratiqué dans une autre région aux fins de l'application de la présente annexe.

Ces dispositions entrent en vigueur le **1<sup>er</sup> septembre 2012**.

## **6.2 Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40)**

### **6.2.1 Le sous-paragraphe A) du paragraphe 7.02 est modifié**

L'intervention clinique et l'examen complet sont ajoutés comme services pouvant être considérés comme examen de prise en charge de la grossesse aux fins du paiement du supplément pour la prise en charge de grossesse au cours du premier trimestre.

Par ailleurs, un seul médecin peut se prévaloir du supplément pour la prise en charge de grossesse au cours du premier trimestre. Advenant qu'un premier médecin réfère une patiente durant le premier trimestre à un deuxième pour qu'il en assure la prise en charge, seul le deuxième médecin peut réclamer le supplément.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2012**.

### **6.2.2 Paragraphe 13.01**

Les alinéas a) et b) du paragraphe 13.01 concernant l'admissibilité de la clientèle aux dispositions de la *Lettre d'entente n° 245* ont été modifiés pour permettre au coordonnateur médical d'un guichet de donner suite à de nouvelles situations vécues par la clientèle inscrite auprès de médecins de famille.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> novembre 2011**.

### **6.2.3 Frais de cabinet – ajout de l'examen de prise en charge d'une grossesse**

Le paragraphe 14.02 est modifié pour préciser que l'examen de prise en charge de la grossesse d'une patiente suivie par un médecin qui n'est pas son médecin de famille, est pris en compte pour le calcul de la compensation des frais de cabinet visée par le paragraphe 14.01 pour un tel médecin.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> novembre 2011**.

---

## 7. Lettres d'entente

---

◆ BROCHURE N° 1

---

### 7.1 Lettres d'entente prolongées

7.1.1 Lettre d'entente n° 234 concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès du Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil

**Prolongée jusqu'au 14 février 2014.**

Cette disposition entre en vigueur le **15 février 2012.**

7.1.2 Lettre d'entente n° 237 concernant la prise en charge du service d'urgence du point de service Comtois du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé

**Prolongée jusqu'au 31 août 2013.**

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> septembre 2012.**

7.1.3 Lettre d'entente n° 239 concernant la prise en charge du service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie

**Prolongée jusqu'au 30 avril 2013.**

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> mai 2012.**

### 7.2 Ajout à la Lettre d'entente n° 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence du guichet du CSSS

Un nouvel alinéa est ajouté à l'article 5 pour préciser que le coordonnateur médical du guichet unique peut considérer, dans les cas suivants, le patient comme orphelin en vue de le référer :

- s'il est devenu incapable de se déplacer au lieu de pratique de son médecin de famille ou
- s'il a changé de lieu de résidence à une distance trop éloignée du lieu de pratique de son médecin de famille.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> novembre 2011.**

---

## 8. Accord n° 695 – CSSS des Îles

---

◆ BROCHURE N° 1

---

L'article 2 référant au maximum de 25 patients est abrogé.

Cette disposition entre en vigueur le **1<sup>er</sup> novembre 2011.**

c. c. Agences commerciales de facturation  
Développeurs de logiciels – Médecine

## Texte paraphé de l'Amendement n° 125

### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) En remplaçant dans l'entente générale :

a) En remplaçant les paragraphes 2.01 et 2.02 par les suivants :

« **2.01** Le Ministre reconnaît la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19 de la Loi quant aux objets visés à l'article 3.00 au nom et pour tous les médecins qui détiennent **exclusivement, comme certificat de spécialiste,** un certificat de spécialiste en médecine de famille.

**2.02** Cette reconnaissance est exclusive à la Fédération et vise également :

- un médecin qui est détenteur d'une attestation ou d'un certificat autre qu'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins et nécessitant un stage minimal de quarante-huit (48) mois;
- un médecin qui détient plus d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec et dont le dernier certificat obtenu en est un de spécialiste en médecine de famille, lequel lui a été délivré postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2012, au plus tard un (1) an après qu'il eut complété la formation postdoctorale requise pour l'obtention de ce dernier certificat. »

b) En ajoutant à la fin du second alinéa du paragraphe 15.01 la phrase suivante :

« La période régulière d'activités professionnelles du médecin qui a conclu une entente avec la CARRA dans le cadre du programme de retraite progressive est celle apparaissant à cette entente. Ce médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la remise de temps prévues au présent paragraphe sur la base de cette période régulière d'activités professionnelles. »

**AVIS :** *D'ici à ce que le système informatique de la Régie soit modifié afin de permettre de cumuler des heures supplémentaires en vue d'une remise de temps, veuillez vous conformer aux instructions suivantes :*

- *si vous choisissez de vous faire payer les heures supplémentaires, vous devez les facturer sur la demande de paiement en même temps que les autres heures de services;*
- *si vous désirez que les heures supplémentaires soient cumulées pour la remise de temps, vous devez retenir la facturation de celles-ci. La Régie vous informera lorsque le système informatique sera modifié et vous pourrez alors réclamer les heures supplémentaires aux fins de les reprendre ultérieurement en temps compensé.*

c) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 16.01 par le suivant :

« Un médecin peut opter pour le désengagement ou la non-participation. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, du formulaire de la Régie comportant les informations exigées par la *Loi sur l'assurance maladie*. Cette option prend effet le trentième (30<sup>e</sup>) jour qui suit la date de la mise à la poste. Copie du formulaire est reproduit à l'annexe III. »

**AVIS :** Le formulaire Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation (*rf<sup>o</sup> 1378*) est disponible sur le site Internet de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), dans la section Formulaires.

d) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 19.03 par le suivant :

« La Régie y procède par chèque ou, lorsque le médecin en fait la demande, par virement bancaire au compte du médecin ou du tiers qu'il autorise. »

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

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

i) En ajoutant l'alinéa d. au sous-paragraphe 1.1.6 :

« **d. Centre de détention**

Malgré ce qui précède, un centre de détention est réputé être un établissement, autre qu'un CLSC ou une UMF-CH. Lorsque des services y sont rendus selon le mode de l'acte, la tarification applicable est celle qui s'applique à un domicile. »

**AVIS :** Inscrire le code d'établissement spécifique au centre de détention (7XXX6) lors de la facturation des services qui y sont rendus.

Cette modification a déjà fait l'objet d'une infolettre. Pour plus de détails, nous vous référons à l'infolettre n<sup>o</sup> 114 du 14 août 2012.

ii) En remplaçant le troisième alinéa du paragraphe 1.4 par le suivant :

« Aux fins de l'application de l'alinéa b) ci-dessus et du sous-paragraphe précédent, les vocables « pourcentage pertinent » et « modificateur pertinent » signifient, pour une période de garde de 0 h à 8 h, 97 % (MOD=097) et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, 50 % (MOD=096). »

iii) En remplaçant le sous-paragraphe 2.2.6 B par le suivant :

« **2.2.6 B Intervention clinique**

L'intervention clinique est, en termes de contenu clinique, équivalente à un examen, à une consultation ou au service qui le remplace 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.

L'intervention clinique est, selon le cas, individuelle ou collective. Elle est collective si elle est dispensée à plus d'une (1) personne.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

Le médecin qui consacre plus de vingt-cinq (25) minutes à la rencontre avec son patient peut être rémunéré, à son choix, à l'acte au tarif de l'examen, de la consultation ou du service qui le remplace, ou selon les présentes dispositions relatives à l'intervention clinique. S'il se prévaut des présentes dispositions, il ne peut facturer, au cours de la même séance, la psychothérapie, un examen, une visite, une consultation ou une visite d'évaluation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. Le médecin qui rend en cabinet un service qui donne normalement le droit de réclamer le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au paragraphe 2.4.7.7 du préambule général peut s'en prévaloir, le cas échéant.

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;

***AVIS : Codes d'acte 01098 et 01099***

- Le supplément de responsabilité prévu au paragraphe 2.4.7.8 du préambule général;

***AVIS : Code d'acte 00071***

- 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;

***AVIS : Codes d'acte 08877, 05144, 15145, 15158, 15159, 15169, 15170, 15171, 15189 et 19074***

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

***AVIS : Code d'acte 08875***

- La constatation de décès;

***AVIS : Codes d'acte 00013, 00014 et 15234***

- La rédaction d'un formulaire tarifé.

***AVIS : Codes d'acte 09800, 09817, 09825, 09826, 09900 à 09982 et 15265***

Dans le cas de la constatation de décès et la rédaction d'un formulaire, le temps requis pour effectuer la constatation ou compléter le formulaire doit être exclu du temps de l'intervention clinique. Il en va de même du temps de rédaction d'un formulaire non assuré.

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet et qu'il doit se déplacer à huit (8) kilomètres ou plus des limites de la ville ou du village où il exerce, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction.

Dispositions spécifiques aux services de téléconsultation: la participation du médecin, à titre de référant, à une téléconsultation auprès d'un médecin spécialiste peut être rémunérée selon les dispositions applicables à l'intervention clinique si elle se fait en présence du patient. Les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :

- En raison d'un problème technique ou tout autre problème hors de son contrôle, le retard du début de la téléconsultation et/ou de l'interruption de la communication sont réputés faire partie de l'intervention clinique pour un total ne dépassant pas trente (30) minutes.

***AVIS*** : Pour la facturation de la téléconsultation, veuillez utiliser les codes d'acte d'intervention clinique individuelle en établissement **08858** et **08860**.

- Les dispositions énoncées ci-dessus relativement au supplément applicable pour le temps de déplacement à domicile s'appliquent au déplacement du médecin au lieu de la téléconsultation.

***AVIS*** : Pour la facturation du supplément pour le déplacement en regard de la participation à une téléconsultation, veuillez réclamer le code d'acte **08876**. Ce supplément est payable pour une distance de huit (8) kilomètres ou plus entre le lieu de départ du médecin et le lieu de la téléconsultation.

Le médecin doit, comme pour tout examen ou intervention clinique, compléter des notes au dossier du patient. »

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

i) En remplaçant la note apparaissant sous le code d'acte **15188** par la suivante :

« Note : Ne peut être réclaté avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique et à la psychothérapie »

ii) En ajoutant à la suite du code **09069** la note suivante :

« Note : Les codes 09067, 15967, 15160 et 09069 ne peuvent être réclamés avec le code 09070. »

iii) En ajoutant à la suite du code **09077** la note suivante :

« Note : Les codes 09070 et 09073 ne peuvent être réclamés avec le code 09067. Le code 09077 peut seulement être réclamé en lien avec une évaluation rémunérée selon le code 09070. »

iv) En remplaçant la rubrique « **Intervention clinique** » par la rubrique suivante :

« **Intervention clinique (individuelle ou collective)**

Intervention clinique (individuelle)

première période de trente (30) minutes

08857 cabinet, domicile ..... 54,75

08858 établissement (P.G.2.2.9A et P.G.2.2.9C) ..... 45,60

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08859 cabinet, domicile ..... 27,40

08860 établissement (P.G.2.2.9A et P.G.2.2.9C) ..... 22,80

Intervention clinique (collective)

première période de trente (30) minutes

08866 cabinet, domicile ..... 54,75

08867 établissement (P.G.2.2.9A et P.G.2.2.9C) ..... 45,60

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08868 cabinet, domicile ..... 27,40

08869 établissement (P.G.2.2.9A et P.G.2.2.9C) ..... 22,80

**AVIS** : Pour les codes **08868** et **08869**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.

Veuillez également vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour les actes **08866** à **08869**.

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..... 27,40

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..... 27,40 »

**AVIS** : Pour le code **08876**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

v) En remplaçant la rubrique « **Psychothérapie** » par la rubrique suivante :

« **Psychothérapie (individuelle ou collective)** »

c) En modifiant l'onglet « **ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES** » de la façon suivante :

- i) En remplaçant à la fin du troisième alinéa de l'article 1 de son Préambule particulier « la thérapie psychiatrique de soutien » par « **l'intervention clinique ou la psychothérapie** »;
- ii) En remplaçant à la fin du cinquième alinéa de l'article 2 de son Préambule particulier « la thérapie psychiatrique de soutien » par « **l'intervention clinique ou la psychothérapie** ».

d) En modifiant l'onglet « **ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES** » en ajoutant à la suite de la section « **TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES** » la section suivante :

« **ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE** »

Le médecin qui effectue dans un contexte d'urgence une échographie ciblée dans le but d'orienter l'investigation, de poser un diagnostic, ou d'évaluer la réponse à un traitement peut se prévaloir de la rémunération de l'échographie ciblée d'urgence. Un maximum de deux examens échographiques peuvent être réclamés lorsque le même médecin effectue un tel examen auprès du même patient plus d'une fois la même journée. Dans tous les cas, le médecin doit manipuler la sonde pour l'acquisition d'images et consigner ses observations au dossier. Il n'est pas tenu de déposer au dossier une copie des images de l'échographie effectuée.

		R = 1
00689	Échographie ciblée d'urgence.....	20,00

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](http://www.ramq.gouv.qc.ca), dans la section Formulaires.

e) En modifiant l'onglet « **PEAU-PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ** » en ajoutant l'entête et le libellé suivant à la suite du code **01417** :

		R = 1	R = 2
« Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou			
01437	moins de quatre (4) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A) .....	82,40	3
01438	de quatre (4) cm carrés à dix (10) cm carrés .....	108,75	3
01439	de onze (11) cm carrés à vingt (20) cm carrés .....	163,15	4
01440	de vingt et un (21) cm carrés et plus .....	230,60	3

Note : Lorsque plus d'une cicatrice est traitée lors de la même séance, la superficie de l'ensemble des cicatrices est cumulée.

**AVIS** : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres carrés dans la case **UNITÉS**.

Le médecin doit conserver, pour une période minimale de cinq (5) ans de la date du dernier traitement, un document photographique illustrant l'état avant traitement de la portion du visage ou du cou traitée. »

f) En modifiant l'onglet « **APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE** » de la façon suivante :

i) À la rubrique « Genou », dans la sous-rubrique intitulée Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant) :

Abolir le code **02497** et le remplacer par la sous-rubrique et les codes suivants :

« Arthroplastie de remplacement

18160 lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire .....622,85 9

Note : Aucun autre acte de l'onglet **Appareil musculo-squelettique** ne peut être facturé au même site à la même séance.

18161 en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre) .....1079,90 14

en deux temps

18162 premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire).....889,75 11

18163 deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant) .....889,75 11

18015 changement de polyéthylène seulement .....508,05 6 »

ii) En remplaçant la note à la suite du code **02393** par la suivante :

« Note : Aucun autre acte de l'onglet **Appareil musculo-squelettique** ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487. »

g) En modifiant l'onglet « **GYNÉCOLOGIE** » de la façon suivante :

i) En ajoutant sous la rubrique « Divers » le libellé suivant :

« Injection intrautérine ou intrafoetale sous guidage échographique à partir de vingt (20) semaines de grossesse en prévision d'un avortement thérapeutique, une ou plusieurs, incluant l'amniocentèse, le cas échéant, et l'examen

R=1  
06464..... 92,05

Note : Ne peut être réclamé avec un service de la section « Échographie pelvienne ou obstétricale » du Manuel des Services de laboratoire en établissement ». L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas à ce service. »

ii) Abolir les codes d'actes **06398** et **06399** et les remplacer par les libellés et codes suivants :

« **Implantation sous-cutanée d'un implant contraceptif**

	R=1
06980 un seul implant .....	100,00
06981 plus d'un implant à la même séance .....	128,00
06982 Exérèse d'un implant contraceptif sous-cutané .....	115,00
06983 Exérèse de plus d'un implant à la même séance.....	155,75 »

h) En modifiant l'onglet « **OBSTÉTRIQUE** » en ajoutant la phrase suivante à la fin de l'article 11 de son préambule particulier :

« Ces modalités 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. »

**AVIS** : Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe sur le partage de la rémunération, chacun des médecins doit utiliser le modificateur **383** afin de réclamer les deux tiers des honoraires de l'un des codes d'acte suivants :

- l'accouchement (code d'acte **06903** ou **06943**) et, s'il y a lieu le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post- césarienne (code d'acte **06923**)

ou

- l'ensemble des soins durant le travail (code d'acte **06933**) 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, ou exceptionnellement, des médecins s'étant également prévalu(s) du partage de la rémunération pour l'accouchement ou l'ensemble des soins durant le travail.

C) En remplaçant, à l'**annexe VI**, les termes « Ressources humaines et développement social (RHDC) » par les termes « **Ressources humaines et développement des compétences (RHDC)** ». »

D) En modifiant l'**annexe IX** de la façon suivante :

a) En remplaçant les paragraphes 1.1 et 1.2, par les suivants :

« 1.1 Une enveloppe budgétaire globale est, en tenant compte des dispositions du paragraphe suivant, incluant l'intégration du facteur d'évolution de pratique médicale et excluant l'ajustement pour les GMF tel que prévu à la Lettre d'entente n° 167, déterminée, sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'applications suivantes :

- a) 1 790,4 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011;
- b) 1 902,6 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012;
- c) 2 066,0 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013;
- d) 2 253,8 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014;
- e) 2 442,7 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015;
- f) 2 566,2 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016\*;
- g) 2 578,7 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017.\*

\*Sujet à modification à la suite du renouvellement de l'entente générale venant à échéance le 31 mars 2015.

Les montants apparaissant ci-dessus incluent les sommes accordées par l'Entente intervenue entre le **ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de l'application de la Lettre d'entente n° 138** au chapitre du redressement de la rémunération et de celui du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux. »

« 1.2 L'enveloppe budgétaire globale telle qu'apparaissant au paragraphe 1.1 pour chacune des années de l'Entente inclut les augmentations suivantes :

a) l'application des paramètres monétaires suivants :

- 0,50 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011;
- 0,75 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012;
- 1,00 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013;
- 1,75 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014;
- 2,00 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015;

b) un pourcentage de rajustement de 1 % est appliqué, au 1<sup>er</sup> avril de chaque année couverte par la présente entente afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, notamment les effets de la croissance de la population et de son vieillissement et de l'ajout net des effectifs médicaux.

c) une augmentation de l'enveloppe budgétaire globale de 6,15 %, à titre de rajustement de la rémunération est accordée selon l'étalement suivant :

- 1,5 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013;
- 1,5 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014;
- 1,5 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015;
- 1,5 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016.

d) un montant additionnel de 211,5 M\$ est dédié au financement des cabinets et à des mesures favorisant l'efficience. Il s'appliquera de la façon suivante :

- 24,0 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012;
- 37,5 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013;
- 37,5 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014;
- 50,0 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015;
- 50,0 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016;
- 12,5 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017. »

b) En remplaçant le paragraphe 3.6 par le suivant :

« 3.6 S'il y a, pendant une période annuelle d'application donnée, une non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période, les mesures suivantes s'appliquent :

a) pour les années 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, les montants ainsi rendus disponibles sont affectés aux priorités retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent.

b) pour les années 2013-2014 et 2014-2015, cette non-atteinte ne pourra être réaffectée que s'il y a eu entente entre les parties concernant la méthode de détermination de la prestation de services, étant convenu que toute non-atteinte antérieure au 31 mars 2013, qu'elle soit récurrente ou non, n'est pas visée par le présent paragraphe.

À cet égard, les parties confient à un comité paritaire le mandat de déterminer la méthodologie qui sera utilisée pour évaluer le niveau moyen de la prestation de services. Le comité doit analyser les facteurs explicatifs de la non-atteinte et finaliser ses travaux au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

Au terme de ses travaux, le comité fait rapport aux parties. S'il y a entente, les parties conviennent, pour la partie de la non-atteinte non attribuable à une diminution moyenne de la prestation de services, de la réaffecter selon les priorités retenues par les parties ou de la mettre en réserve pour une affectation future selon les priorités retenues par les parties. »

c) En remplaçant l'article 4 par le suivant :

#### « ARTICLE 4 NON-ATTEINTE

4.1 Au 31 mars 2010, les parties constatent une non-atteinte cumulative de 71 M\$.

4.2 La non-atteinte est utilisée de la façon suivante :

a) malgré certaines dispositions de la *Lettre d'entente n° 221*, le financement des mesures d'accessibilité convenues par l'*Amendement n° 113* sera assuré sur une base récurrente pour les années 2010-2011 et 2011-2012 par les sommes de 24,7 M\$ allouées dans le cadre du *Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux* et disponibles au 1<sup>er</sup> avril 2010 et au 1<sup>er</sup> avril 2011. »

Pour l'année 2010-2011, les coûts de cette mesure dépassant la somme de 24,7 M\$ seront assumés par la non-atteinte;

b) le résiduel de la non-atteinte est consacré à devancer l'application de mesures identifiées aux paragraphes 8.00 de l'Accord-cadre 2010-2015 ou tout autre mesure convenue par les parties. »

d) En remplaçant le paragraphe 5.1 par le suivant :

« **5.1** Un médecin est rémunéré, selon les tarifs applicables, en autant que son revenu fait en provenance du régime soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable à un trimestre donné.

Pour la durée de l'Entente, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de :

- À compter du 1<sup>er</sup> mars 2012 : 68 620 \$ »

e) En modifiant le paragraphe remplaçant l'alinéa 5 du paragraphe 5.3 par le suivant :

i) En remplaçant l'alinéa 5 par le suivant :

« 5) La rémunération versée en lien avec une inscription dans le cadre de la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 195* jusqu'au 31 octobre 2011 ou qui en découle et celle prévue dans la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 245* à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2011. »

ii) En modifiant la numérotation de l'actuel alinéa 28 pour le numéro 29 et en ajoutant l'alinéa 28 suivant :

« 28) Les montants versés au médecin dans le cadre de l'*Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques*. »

f) En biffant l'article 6 et l'article 8.

E) En modifiant l'**annexe XII-A** de la façon suivante :

a) En remplaçant l'article 2 par le suivant :

« **2.** Le médecin qui exerce au CLSC, en cabinet ou à domicile à l'Anse St-Jean dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale s'il répond à une des conditions apparaissant à la section I de l'Annexe XII, paragraphe 1.2. »

b) En remplaçant à l'article 4 le nom « CLSC de Portneuf (90682) » par le nom « CLSC de Saint-Marc-des-Carières (90682) ».

c) En ajoutant l'article 7 suivant :

« **7.** Sous réserve du deuxième alinéa ci-dessous, un médecin qui exerce en cabinet au GMF De la Rouge dans la région des Laurentides reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale pour les services dispensés dans la municipalité de Labelle soit en cabinet au site du GMF

(Clinique médicale de Labelle), à domicile, au CLSC de Labelle ou au Centre d'hébergement de Labelle.

Aux fins de la présente disposition, le médecin doit répondre à une des conditions apparaissant à la section I de l'annexe XII, paragraphe 1.2. »

F) L'annexe XIX est modifiée en ajoutant le paragraphe 1.03 suivant :

« **1.03** Le médecin qui cesse complètement d'être rémunéré selon le mode des honoraires fixes pour être rémunéré selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation peut, dans l'année civile de son changement de mode de rémunération, se prévaloir des dispositions du programme de formation continue à raison d'un maximum de sept (7) jours moins le nombre de jours de perfectionnement réclamés au cours de l'année civile en cause.

Au cours de l'année suivante, l'évaluation du nombre de jours d'allocation admissible est calculée sur la base de l'ensemble de la rémunération du médecin au cours de l'année précédente, et ce, quel que soit le mode de rémunération, jusqu'à concurrence d'un maximum de sept (7) jours de formation continue. »

G) L'annexe XX est modifiée en remplaçant le paragraphe 5.03 par le suivant :

« Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée aux médecins qui exercent dans le service d'urgence des établissements apparaissant au paragraphe 5.01 ci-dessus. Le montant de ce supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 123,40 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 129,60 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ce supplément est divisible en heure. »

2. L'Entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le second alinéa du paragraphe 5.02 par le suivant :

« Malgré ce qui précède, au moment de l'adhésion de l'unité au régime B et sur demande de l'établissement ou des médecins concernés, le comité paritaire peut, en tenant compte notamment du nombre de lits et de la nature des soins requis, autoriser la rémunération sur la base d'une période de dix (10) heures de soins dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le forfait est de 855,45 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 898,75 \$ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. »

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

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19106** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

***Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.***

B) 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 48,11 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 50,55 \$ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. »

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

*- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;*

*- le code d'acte 19107 dans la case CODE de la section Actes ;*

*- le montant réclamé dans la case HONORAIRES ;*

*- le code d'établissement spécifique (4XXX6).*

***Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.***

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 à l'annexe II de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe relatif au paiement à 30 % du tarif des actes par le suivant :

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

B) En retirant le code 09420 de la liste des codes apparaissant au paragraphe relatif au paiement à 70 % du tarif des actes.

4. L'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant au paragraphe 2.02 l'année 2011 par l'année 2012.

B) En remplaçant le paragraphe 3.01 par le suivant :

« 3.01 Le remboursement de prime est accordé au médecin qui, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2012, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime visé aux alinéas ci-dessus est aussi accordé au médecin qui, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011, ou pendant l'année 2012 a touché des revenus supérieurs à 20 000 \$ mais inférieurs à 36 000 \$ et qui remplit les conditions apparaissant à l'alinéa suivant.

Ce remboursement est accordé au médecin qui au retour d'un congé de maternité a une pratique réduite pour une période maximale de deux (2) ans d'au moins 30 % ou est en invalidité partielle temporaire ou, au médecin qui, s'étant prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté, effectue un retour en pratique active dans le cadre des paramètres fixés par la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 154*. »

C) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 3.02 par le suivant :

« Un remboursement de prime pour l'année 2012 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2013. »

D) En remplaçant son paragraphe 4.01 par le suivant :

« La présente entente a effet du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012. Elle est renégociée au 1<sup>er</sup> octobre 2012. »

E) En remplaçant son annexe par celle apparaissant en annexe I du présent amendement.

**AVIS** : Changements réalisés rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Voir l'infolettre n<sup>o</sup> 107 du 6 août 2012.

5. L'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé Chibougamau est modifiée en remplaçant le paragraphe 6.08 par le suivant :

« **6.08** Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 a) de l'entente générale. »

6. L'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 3.02 par le suivant :

« Compte tenu du nombre de postes fixé par le ministre en vertu de l'article 377 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) et sous réserve des paragraphes 3.04, 3.05 et 3.06 un médecin ne peut obtenir un avis de conformité au PREM applicable dans un territoire d'une agence que si ce plan n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre aux termes de ce même article de la Loi.

Aux fins de l'application de l'alinéa précédent, est considéré comme ayant une pratique dans une autre région au sens de l'article 377 de la LSSS celui qui a exercé, dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, selon les conditions apparaissant à l'annexe IV des présentes. »

B) En inscrivant à l'annexe I de la présente entente particulière, l'avis suivant :

« **AVIS** : Aux fins de l'application du paragraphe 3.05, aucun territoire, ou partie de ceux-ci, sont désignés par les parties. »

C) En remplaçant à l'annexe II à la rubrique 3 du formulaire de demande d'avis de conformité (4181) le premier alinéa par le suivant :

« Je détiens actuellement un avis de conformité au PREM du DRMG de \_\_\_\_\_  
(Indiquer l'ASSS) »

D) En biffant à l'annexe III la région de l'Estrie à titre de région à pratique partielle restreinte.

E) En remplaçant son annexe IV par celle apparaissant en Annexe II du présent amendement.

7. L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant, au paragraphe 6.01 A), les alinéas i), ii) et iii) par les suivants :

- « i) Lorsqu'un patient présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits au sous-paragraphe A) ou N) du paragraphe 5.01 ci-dessus, sous réserve de l'alinéa iii) du présent paragraphe, le montant du forfait annuel de prise en charge est de 200 % du montant applicable dans l'un des deux cas suivants :
- le patient est âgé de 70 ans ou plus;
  - le patient est âgé de moins de 70 ans et présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits aux sous-paragraphe du paragraphe 5.01 autres que A) ou N).
- ii) À l'égard d'un patient vulnérable âgé de 18 ans ou plus qui présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe M) du paragraphe 5.01, le montant du forfait annuel de prise en charge du patient est réduit de 50 %.
- iii) À l'égard du patient décrit à l'alinéa précédent et qui présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits au sous-paragraphe A) ou N) du paragraphe 5.01, le montant du forfait annuel de prise en charge est de 150 % du montant applicable .»

B) En remplaçant le préambule du paragraphe 7.02 et le sous-paragraphe A) par les suivants :

« 7.02 **Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse** : des suppléments peuvent être facturés par le médecin qui exerce dans un des lieux reconnus au paragraphe 7.01 A) ci-dessus :

- A) Un supplément au premier examen fait lors de la prise en charge de grossesse (intervention clinique, examen complet ou examen de prise en charge de grossesse) est accordé lorsque cette intervention ou cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente. Ce supplément est de 41,40 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 43,50 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012 lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 31,05 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2011 et de 32,65 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012 lorsqu'il exerce en établissement.

**AVIS** : Pour facturer le supplément, veuillez 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 **15159** dans la section Actes pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse, à l'intervention clinique ou à l'examen complet **en cabinet, à domicile ou en établissement**;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe), selon le cas;
- inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

- le supplément doit être facturé à la même date que l'examen de prise en charge, l'intervention clinique ou l'examen complet et sur la même demande de paiement (sauf pour les médecins à TH ou HF qui ne peuvent facturer l'examen).

Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par patiente. Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin au cours du premier trimestre de sa grossesse pour en assurer le suivi, le supplément est payable au médecin auquel la patiente a été référée. »

**AVIS :** Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin, ce dernier doit inscrire l'initiale du prénom et le nom au complet du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

C) En remplaçant la dernière phrase du premier alinéa du paragraphe 7.03 par la suivante :

« Si le médecin est membre d'un GMF et qu'il y assume temporairement le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin membre du même GMF, s'ajoute à ce supplément un montant de 8,60 \$.»

D) En modifiant le paragraphe 13.01 de la façon suivante :

i) En remplaçant l'alinéa a) par le suivant :

« a) la clientèle inscrite auprès d'un médecin devient admissible aux dispositions de la *Lettre d'entente n° 245* dans les cas suivants :

i) le médecin a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;

ii) le médecin auprès duquel elle est inscrite est en invalidité totale depuis plus de cent quatre (104) semaines;

iii) le médecin est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;

iv) le médecin est en congé de maternité ou d'adoption pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines;

v) le médecin déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le coordonnateur médical local, pour maintenir l'accessibilité des services;

vi) le médecin est radié temporairement par le Collège pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines. »

ii) En remplaçant l'alinéa b) ii) par le suivant :

« ii) le médecin fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle qu'en soit la durée. »

iii) En ajoutant en dessous du dernier alinéa le nouvel alinéa suivant :

« Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux apparaissant aux paragraphes 12.01, 12.03 à 13.02 et qui le réinscrit ultérieurement. »

E) En remplaçant la première phrase du paragraphe 14.01 par la suivante :

« 14.01 Au bénéfice du médecin qui assure la prise en charge de sa clientèle en cabinet et en assure le suivi en cabinet ou à domicile, les mesures suivantes s'appliquent : »

F) En remplaçant le dernier alinéa du paragraphe 14.01 par le suivant :

« Le médecin ou un regroupement de médecins dont la pratique n'est pas basée sur la prise en charge des patients, et donc sur leur inscription, peut s'adresser au comité paritaire pour faire évaluer sa ou leur situation. Dans le cas où le comité paritaire juge la pratique du médecin ou du regroupement de médecins essentielle, il détermine le critère spécifique à la pratique en cause, critère qui permettra au médecin ou à chacun des médecins du regroupement de se prévaloir des modalités de compensation de frais de cabinet prévus ci-dessus. Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin ou du regroupement de médecins ainsi que du critère retenu.»

G) En ajoutant le paragraphe 14.02 suivant :

« 14.02 Pour une patiente qui n'est pas inscrite auprès du médecin qui le réclame, l'examen de prise en charge d'une grossesse ou, selon le cas, le supplément à l'examen dans le cadre d'un suivi de grossesse en cabinet est sujet à l'application des dispositions du paragraphe 14.01 ci-dessus et selon les modalités qui y sont précisées. »

8. L'Entente particulière relative aux conditions de rémunération du médecin enseignant est modifiée en remplaçant à l'alinéa c) du paragraphe 5.03 de la section I le nom de « CLSC Laurier-Station du CSSS du Grand-Littoral » par le nom « CLSC Laurier-Station du CSSS Alphonse-Desjardins ».

9. La Lettre d'entente n° 229 est modifiée comme suit :

A) En remplaçant le deuxième considérant par le suivant :

« **CONSIDÉRANT** qu'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), après consultation auprès du chef du département régional de médecine générale (DRMG), peut offrir à un cabinet privé de son territoire les services professionnels d'une IPS-SPL ou d'une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS-SPL et qu'une convention entre le ou les médecins partenaires et le CSSS est conclue à cet effet. »

B) En remplaçant le paragraphe 1.04 par le suivant :

« 1.04 Le médecin partenaire d'une IPS-SPL informe le comité paritaire du mois pendant lequel l'IPS-SPL commence à travailler dans un des lieux de dispensation de services visés par la présente. Il l'informe également selon le cas, du statut de candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) ou encore d'IPS-SPL certifiée, de toute modification importante à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, l'arrivée d'une autre IPS-SPL ou encore le départ, pour une longue période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

De même, le CSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification de la convention prévue à l'annexe II concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour une longue période ou encore le non renouvellement de la convention. Le CSSS doit également informer le comité paritaire de la date où la CIPS-SPL devient habilitée à exercer à titre d'IPS-SPL certifiée. Le comité paritaire en informe la Régie. »

- C) En remplaçant la numérotation de l'article 5.00 actuel intitulé « Dispositions générales » par l'article 6.00 et en modifiant la numérotation des dispositions qui suivent en conséquence.
- D) En ajoutant en dessous du paragraphe 4.04 le nouvel article 5.00 suivant :

« 5.00 Dispositions spécifiques à la candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL)

5.01 Dans le cas de l'intégration d'une CIPS-SPL diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS-SPL, en faisant les adaptations nécessaires, toutes les dispositions prévues à la présente lettre d'entente s'appliquent avec les réserves ci-après énoncées :

- a) La banque de forfaits est de cinquante (50) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une CIPS-SPL à temps plein;
- b) Les activités médicales de la CIPS-SPL sont exercées sous la supervision directe du médecin partenaire. Les activités du médecin partenaire reliées à la supervision des activités médicales de la CIPS-SPL impliquent de la part de ce dernier un encadrement, un contrôle et une vérification des activités médicales qu'elle est habilitée à exercer. Aussi, le médecin partenaire doit assurer une présence sur place dans le lieu où la CIPS-SPL exerce ses activités médicales. »

10. La **Lettre d'entente n° 245** est modifiée en ajoutant en dessous du premier alinéa de l'article 5 le nouvel alinéa suivant :

« Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin, peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un second médecin de famille. Le coordonnateur médical peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du coordonnateur médical, du lieu de pratique du médecin auprès duquel il est inscrit. »

- 11. L'**Accord n° 695** est modifié en biffant l'article 2 et en modifiant la numérotation qui suit en conséquence.
- 12. La **Lettre d'entente n° 234** est prolongée jusqu'au 14 février 2014.
- 13. La **Lettre d'entente n° 237** est prolongée jusqu'au 31 août 2013.
- 14. La **Lettre d'entente n° 239** est prolongée jusqu'au 30 avril 2013.
- 15. Le présent amendement prend effet aux dates mentionnées ci-dessous et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Articles 1 D) a), 1 D) b), 1 D) c), 1 D) d) et 1 D) f).....	1 <sup>er</sup> avril 2010
Article 2 .....	1 <sup>er</sup> avril 2011
Articles 1 D) e) i), 7 D), 7 E), 7 F), 7 G), 10 et 11 .....	1 <sup>er</sup> novembre 2011
Articles 1 B) a) ii), 1 F), 4, 7 A), 7 B), 7 C) et 9.....	1 <sup>er</sup> janvier 2012
Articles 1 B) a) iii) (sauf la téléconsultation), 1 B) b) iv) et 3 A) .....	15 janvier 2012
Articles 1 B) b) i), 1 B) b) v) et 1 B) c) .....	1 <sup>er</sup> février 2012
Article 12 .....	15 février 2012
Article 1 A) a) .....	1 <sup>er</sup> avril 2012
Article 1 E) c).....	21 avril 2012
Article 14 .....	1 <sup>er</sup> mai 2012
Article 1 B) a) i) .....	1 <sup>er</sup> juillet 2012
Article 1 D) e) ii) .....	1 <sup>er</sup> août 2012
Articles 1 A) c), 1A) d) 1 C), 1 E) b), 1 G), 3 B),5, 6, 8 et 13.....	1 <sup>er</sup> septembre 2012
Articles 1 B) a) iii) pour la partie portant sur la téléconsultation .....	1 <sup>er</sup> octobre 2012
Article 1 B) d) .....	1 <sup>er</sup> novembre 2012
Article 1 A) b).....	1 <sup>er</sup> janvier 2013
Articles 1 B) b) ii), 1 B) b) iii), 1B) e), 1 B) f), 1 B) g), 1 B) h) et 1 E) a).....	1 <sup>er</sup> février 2013

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

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2012.

\_\_\_\_\_  
**RÉJEAN HÉBERT**  
 Ministre de la Santé et des Services sociaux  
 et ministre responsable des Aînés

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

## ANNEXE I

ANNEXE DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2012 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
<p><b>Adjointes cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements</b> – affectés à un service de chirurgie. Comprend l'assistance chirurgicale, les soins pré/postopératoires (ne doit pas comprendre le travail et l'accouchement, la pratique chirurgicale indépendante, le traitement des fractures, le travail dans une unité de soins intensifs coronariens, une unité de soins intensifs/critiques ou une unité de soins intensifs néonataux, les quarts de travail au Service d'urgence ou la consultation en spécialité). *</p> <p><i>*Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité, ni aux médecins de famille qui travaillent aussi en cabinet. De plus, ce code ne s'applique pas aux médecins admissibles au code 12 ou 14 à titre de Résidents.</i></p>	928,68 \$	928,68 \$
<p><b>Adjointes cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements</b> – affectés à un service de médecine (ne doit pas comprendre le travail dans une unité de soins coronariens, une unité de soins intensifs/critiques ou dans une unité de soins intensifs néonataux, les quarts de travail au Service d'urgence ou la consultation en spécialité).</p> <p>*</p>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Allergie</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Anesthésiologie</b>	7 377,12 \$	1 493,00 \$
<p><b>Moniteurs cliniques (Fellows) et médecins</b> suivant un programme structuré de formation non reconnu par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou par un organisme provincial/territorial de réglementation</p>	928,68 \$	928,68 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2012 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
de la médecine, pendant un maximum de 36 mois *		
<b>Résidents</b> inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé par le CMFC ou le CRMCC ou un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine. Ce code est aussi utilisé par les médecins diplômés à l'extérieur du Canada inscrits à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier *	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Résidents</b> inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé par le CMFC, ou le CRMCC, ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine. Ce code comprendra l'admissibilité à une assistance de l'ACPM en cas de problèmes médico-légaux découlant de la pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunéré ou non. <b>AVEC TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING)</b> . Les résidents qui effectuent du travail clinique additionnel ( <i>moonlighting</i> ) doivent détenir un permis d'exercice reconnu par l'organisme de réglementation (Le Collège) dans la province ou le territoire où ils effectuent ce travail clinique additionnel. Les résidents qui limitent leurs activités cliniques uniquement au travail clinique additionnel (par ex., à la suppléance) pendant plus de deux semaines consécutives doivent choisir un code de travail associé à une pratique médicale. <i>*Ce code comprend les quarts de travail supplémentaire effectués à titre de résident, mais ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. AUCUN TRAVAIL CLINIQUE ADDITIONNEL (MOONLIGHTING). Les moniteurs cliniques qui effectuent du travail clinique additionnel doivent s'inscrire sous le code approprié et ne peuvent s'inscrire sous le code 14.</i>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Biochimie médicale</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Oncologie médicale</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Cardiologie</b>	2 746,80 \$	1 289,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2012 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
<b>Chirurgie cardiaque</b>	5 846,76 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie générale</b>	14 113,32 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie gynécologique</b> excluant le travail et l'accouchement. Si le travail se limite à la gynécologie en cabinet, choisir le code 37.	7 377,12 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie orthopédique</b>	14 113,32 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie pédiatrique</b>	6 553,08 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie plastique</b>	14 283,36 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie thoracique</b>	5 846,76 \$	1 493,00 \$
<b>Chirurgie vasculaire</b>	5 846,76 \$	1 493,00 \$
<b>Consultations chirurgicales/pratique chirurgicale en cabinet.</b> Ce code s'applique également aux médecins dont la pratique se limite à des interventions esthétiques mineures ou à la gynécologie en cabinet.	2 746,80 \$	1 289,00 \$
<b>Dermatologie</b>	2 746,80 \$	1 289,00 \$
<b>Endocrinologie</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Enseignement/Recherche – Travail à l'étranger,</b> sauf aux États-Unis et dans tout autre pays où s'applique le système judiciaire américain; période minimale de trois et maximale de 12 mois. AUCUN CONTACT CLINIQUE. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	366,24 \$	366,24 \$
<b>Gastroentérologie</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$
<b>Génétique médicale</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Hématologie</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$
<b>Immunologie clinique</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Maladies infectieuses</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Médecine administrative –Médecin-cadre/conseiller médical/expert médical –</b> aucun contact clinique.	928,68 \$	928,68 \$
<b>Médecine communautaire (santé publique)</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Médecine d'urgence/Urgentologie.</b> Ce code s'applique également aux médecins de famille ou aux omnipraticiens travaillant principalement au Service d'urgence.	7 377,12 \$	1 493,00 \$
<b>Médecine familiale ou médecine générale (cabinet privé, CLSC, hôpital ou unité de soins, clinique sans rendez-vous/clinique de soins d'urgence, soins à domicile, centre d'hébergement et de soins de longue durée).</b> Inclut l'assistance chirurgicale. Si le travail se limite à un domaine de soins, p. ex., traitement médical de la toxicomanie,	1 373,40 \$	1 146,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2012 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
gériatrie, travail hospitalier, médecine du travail, soins palliatifs, médecine du sport ou psychothérapie, choisir le code approprié selon le Barème des cotisations. Si le travail se limite aux interventions cosmétiques mineures, choisir le code 37. Ces codes de médecine familiale ne s'appliquent pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité. - excluant l'anesthésie, l'obstétrique (travail et accouchement), les quarts de travail au Service d'urgence et la chirurgie.		
- travail professionnel effectué principalement en médecine familiale, incluant les quarts de travail au Service d'urgence. Les médecins qui travaillent principalement au Service d'urgence doivent choisir le code de travail 82.	3 714,72 \$	1 289,00 \$
- incluant l'obstétrique (travail et accouchement). Comprend également l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au Service d'urgence.	5 846,76 \$	1 493,00 \$
- incluant l'anesthésie et la chirurgie. Comprend également les quarts de travail au Service d'urgence.	5 218,92 \$	1 493,00 \$
<b>Médecine du sport</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Médecine du travail</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Médecine interne et ses surspécialités non précisées ailleurs.</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$
<b>Médecine nucléaire</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Médecine physique et réadaptation/physiatrie ou gériatrie ou soins palliatifs.</b> Ce code s'applique également aux pédiatres dont la pratique se limite à la pédiatrie du développement.	928,68 \$	928,68 \$
<b>Travail humanitaire à l'étranger,</b> sauf aux États-Unis et dans tout autre pays où s'applique le système judiciaire américain; période minimale de trois mois et maximale de 12 mois. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	366,24 \$	366,24 \$
<b>Microbiologie médicale</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Médecine néonatale et périnatale</b>	7 377,12 \$	1 493,00 \$
<b>Néphrologie</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Neurologie</b>	5 846,76 \$	1 493,00 \$
<b>Obstétrique</b> incluant ou excluant la gynécologie	36 140,04 \$	1 493,00 \$
<b>Ophtalmologie</b>	7 377,12 \$	1 493,00 \$

GENRE D'ACTIVITÉ	Prime témoin 2012 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
<b>Chirurgie cervico-faciale</b> (Oto-rhino-laryngologie) incluant les interventions esthétiques limitées à la tête et au cou.	6 592,32 \$	1 493,00 \$
<b>Pathologie – Anatomico-pathologie</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$
<b>Pathologie générale</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$
<b>Pathologie hématologique</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Pathologie - Neuropathologie</b>	928,68 \$	928,68 \$
<b>Pédiatrie</b> – travail professionnel effectué principalement en pédiatrie, peut inclure les quarts de travail au Service d'urgence. Si le travail se limite à la pédiatrie du développement, choisir le code 27.	7 377,12 \$	1 493,00 \$
<b>Pneumologie</b>	2 746,80 \$	1 289,00 \$
<b>Traitement de la douleur chronique</b> - sans anesthésie générale ou rachidienne.	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Chirurgie - Assistance chirurgicale</b> (aucune autre activité professionnelle).	928,68 \$	928,68 \$
<b>Infertilité/pratique obstétricale excluant le travail et l'accouchement.</b> Si le travail se limite à la gynécologie en cabinet, choisir le code 37.	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Psychiatrie et/ou traitement médical de la toxicomanie</b> - comprend les omnipraticiens dont la pratique se limite à la psychothérapie et/ou au traitement médical de la toxicomanie. Peut comprendre les quarts de travail au Service d'urgence d'un hôpital psychiatrique.	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Oncologie – Radio-oncologie</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Rhumatologie</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$
<b>Soins intensifs/critiques</b>	1 373,40 \$	1 146,00 \$
<b>Urologie</b>	7 377,12 \$	1 493,00 \$
<b>Radiologie diagnostique</b>	3 714,72 \$	1 289,00 \$

## ANNEXE II

### ANNEXE IV

#### CALCUL D'UNE ANNÉE DE PRATIQUE

1. Pour être considéré aux fins de l'application du paragraphe 3.02 de la présente entente comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le médecin doit :
  - avoir été détenteur d'un avis de conformité au PREM d'une région en vigueur depuis au moins douze (12) mois, ou d'une dérogation en tenant lieu, et avoir accumulé un minimum de dix (10) mois de pratique pendant lesquels il était actif. Est considéré comme étant actif, le médecin qui reçoit du régime public d'assurance maladie du Québec, mensuellement, une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Seule la pratique postérieure à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec est considérée.
2. Peuvent également être considérés comme médecins ayant pratiqués dans d'autres régions :
  - le médecin militaire s'il a servi à ce titre au sein des Forces armées canadiennes pendant au moins un (1) an;
  - le médecin en provenance de l'extérieur du Québec et qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004.
3. La Régie, sur demande du DRMG, transmet au DRMG et aux médecins concernés les données pertinentes à l'application de la présente annexe.