



Amendement n° 137

La Régie vous présente l'*Amendement n° 137* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération. Plusieurs des mesures inscrites dans cet amendement ont déjà été réalisées et intégrées à votre entente à la suite de documents administratifs reçus. L'information vous a été transmise dans de précédentes infolettres.

Dans cette infolettre, nous vous présentons uniquement les mesures qui n'ont été diffusées antérieurement. Les changements apportés par cet amendement entrent en vigueur à différentes dates qui vous sont précisées dans la présente infolettre. Vous trouverez, en [partie I](#), le texte paraphé de l'*Amendement n° 137*.

1. Modifications apportées dans la Brochure n° 1

1.1 Entente générale

Les membres du conseil d'arbitrage nommés en tant qu'assesseur sont les suivants :

- M^e Germain Jutras;
- M^e Gilles Corbeil;
- M^e Yvan Brodeur;
- M^e André Matteau;
- M^e Diane Fortier;
- M^e Marc Gravel.

En conséquence le paragraphe 26.02 de l'entente générale est modifié.

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

1.2 Annexe VI – Avantages sociaux

- Le paragraphe 5.04 est modifié :

5.04 Lors d'un jour de perfectionnement, le médecin reçoit son traitement, sauf si ce jour coïncide avec un congé prévu dans la présente annexe à l'exception d'un congé férié, selon la méthode établie au paragraphe 1.24 et selon la procédure prévue à l'article 19.02 de l'entente générale.

- La contribution de la Régie pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires est augmentée à 1,95 % (paragraphe 6.22).

- Le paragraphe 6.23 est modifié :

6.23 La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. Ce coût est de 1,05 % du traitement annuel du médecin. S'il advient que ce pourcentage est modifié, le pourcentage paraissant au paragraphe 6.22 est modifié de telle façon que le taux de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance complémentaires obligatoires et de la contribution au coût de la rente du survivant soit de 3 % du traitement annuel du médecin.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} janvier 2014

1.3 Annexe XIX – Programme de formation continue

Le médecin qui bénéficie des journées de formation continues prévues à l'annexe XIX doit transmettre le formulaire *Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ* (3814) pour bénéficier de l'allocation forfaitaire. Le paragraphe 6.01 de l'annexe XIX est modifié pour apporter cette précision. De plus, ce formulaire est ajouté à la nouvelle annexe II de l'annexe XIX.

Les associations affiliées à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et celles affiliées à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) sont ajoutées à la liste des organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation médicale.

La FMOQ, la FMSQ, les facultés de médecine du Québec, le Collège québécois des médecins de famille et Médecins francophones du Canada sont ajoutés à la liste des organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation continue en psychothérapie.

L'annexe I de l'annexe XIX est remplacée et paraît en [partie II](#) de l'infolettre.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} janvier 2014

Rappel – Formation suivie au Québec

Seules les formations données par les organismes agréés sont acceptées. Ainsi, le médecin doit inscrire sur la demande de remboursement un des organismes agréés de l'annexe I. Si l'organisme ne figure pas sur la liste, la demande de remboursement sera refusée.

La liste des organismes de formation agréés sera mise à jour dans le menu déroulant du formulaire des services en ligne et de celui du site Web de la Régie.

Les formations reçues à Ottawa, Campbellton ou dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador et accréditées par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa ou la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve **sont considérées comme étant suivies au Québec.**

Vous devez remplir le formulaire 3814 en cochant *Québec* comme lieu de formation.

Rappel – Formation suivie à l'extérieur du Québec

Pour les modalités relatives à la formation donnée hors du Québec, veuillez vous référer à l'[infolettre 325](#) du 20 mars 2014.

1.4 Annexe XXII – Modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique

Le paragraphe 2.01 a) 7) est modifié et un avis est ajouté :

7) en l'absence d'une unité **physique** de soins palliatifs et dans les milieux désignés, l'unité de courte durée pour la clientèle de soins palliatifs prise en charge par une équipe dédiée de soins palliatifs et objectivement rattachée au secteur des soins palliatifs (B).

AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement **4XXX0**.

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

1.5 Entente particulière – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40)

Dans l'entente particulière, le terme « thérapie » est remplacé par les termes « intervention clinique ou psychothérapie ».

Date d'entrée en vigueur : le 15 janvier 2012

1.6 Lettre d'entente n° 131

La *Lettre d'entente n° 131* concernant le programme de ressourcement d'une région en pénurie d'effectifs médicaux est prolongée jusqu'au renouvellement de l'entente générale (paragraphe 4.01).

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} avril 2012

1.7 Lettre d'entente n° 237

○ Changement de l'établissement visé dans le cadre de cette lettre d'entente. Depuis le 1^{er} octobre 2014, le Centre de service Avellin-Dalcourt (07937) remplace le Centre Comtois du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé (01787).

○ Une correction est apportée au paragraphe 6.01 :

6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe **3.01** est, **au** regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

○ La *Lettre d'entente n° 237* est prolongée jusqu'au 31 août 2015 (paragraphe 9.01).

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

1.8 Lettre d'entente n° 239

La *Lettre d'entente n° 239* concernant la prise en charge du service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts est prolongée jusqu'au 30 avril 2015 (paragraphe 9.01).

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

1.9 Protocole d'accord

Le protocole d'accord concernant le virus de l'hépatite C est abrogé depuis le 1^{er} avril 2014. En conséquence, l'acte codifié **09818** est aboli depuis cette date.

Étant donné que ce protocole d'accord est abrogé depuis le 1^{er} avril 2014, la Régie révisera les honoraires facturés pour le service médico-administratif *Demande d'aide financière : attestation médicale* (code **09818**) et, s'il y a lieu, effectuera les récupérations requises.

1.10 Accord n° 659

Le montant de chaque forfait-patient est de 107,40 \$ depuis le 1^{er} janvier 2014 (code d'acte **15233**).

La Régie révisera les honoraires facturés depuis le 1^{er} janvier 2014 pour chaque forfait-patient. Aucune demande de révision n'est requise.

1.11 Accord n° 705

L'*Accord n° 705* concernant les dossiers médicaux électroniques (DME) est prolongé jusqu'au 31 mars 2015 et prend fin à cette date. En conséquence, les actes codifiés **19783**, **19784**, **19785** et **19786** sont abolis au 1^{er} avril 2015.

Étant donné que l'*Accord n° 705* prend fin le 31 mars 2015, la Régie révisera les honoraires facturés pour ces situations et, s'il y a lieu, effectuera les récupérations requises.

2. Modifications apportées dans le Manuel des médecins omnipraticiens

2.1 Onglet A – Préambule général

- Consultation psychiatrique majeure (paragraphe 2.1.5)

Le paragraphe 2.1.5 est modifié comme suit :

La consultation psychiatrique majeure est l'examen psychiatrique complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, le libellé de l'examen psychiatrique complet majeur applicable est celui qui s'applique au patient inscrit en clinique externe d'un centre hospitalier ou d'un CLSC.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} décembre 2007

- Intervention en situation complexe

Au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré, lors d'intervention en situation complexe, des précisions sont apportées pour les services médico-administratifs rendus lors d'un décès. En conséquence, le paragraphe 2.2.6 C 3) est modifié par l'ajout de l'alinéa suivant :

Cette intervention ne comprend pas les services médico-administratifs rendus concurremment ni le constat de décès, qui peuvent, le cas échéant, être réclamés en plus de l'intervention en situation complexe. Toutefois, le temps requis pour le constat de décès ainsi que pour des services médico-administratifs tels la rédaction d'un formulaire, les services médico-administratifs dispensés pour le compte de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou ceux concernant certaines évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne prévus à la Lettre d'entente n° 223 doit être exclu du temps de l'intervention en situation complexe.

Rappel

Le temps requis pour effectuer un constat de décès et rédiger le bulletin de décès (codes d'acte **00013**, **00014**, **15234** et **15265**), les services médico-administratifs (**099XX**) et les actes effectués dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 223* **ne doivent pas être inclus** dans la comptabilisation du temps pour une intervention en situation complexe (code d'acte **15064** ou **15068**). Ces services sont alors facturés en plus de l'intervention en situation complexe.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} mai 2015

2.2 Onglet B – Consultation, examen et visite

Sous la rubrique « Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner », la note suivante est ajoutée sous le code d'acte **09055** :

Note : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 09054 et 09055.

AVIS : *Inscrire le rôle que le médecin joue auprès du patient dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} mai 2015

2.3 Onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques

- Sous la rubrique « Hyperalimentation, injection, insufflation, ponction », la note suivante est ajoutée ainsi qu'un avis supplémentaire sous le code d'acte **20027** :

Note : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 20026 et 20027.

AVIS : *Inscrire le rôle que le médecin joue auprès du patient dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} mai 2015

- Échographie ciblée d'urgence (code d'acte **00689**)

Lors d'une échographie ciblée d'urgence, le médecin qui détient des privilèges de pratique spécifiques en échographie doit déposer au dossier du patient, la documentation iconographique pertinente et ses observations. En conséquence, la rubrique « Échographie ciblée d'urgence » est modifiée.

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} mai 2015

2.4 Onglet F – Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané

La note au préambule de l'onglet « Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané » est modifiée pour ajouter le code d'acte **01394**. De plus, vous devez avoir l'autorisation de la Régie avant d'effectuer l'acte « Reconstruction du mamelon par greffe ». En conséquence, l'avis suivant est ajouté sous le code d'acte **01394** :

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Date d'entrée en vigueur : le 1^{er} avril 2012

3. Changement administratif

◆ BROCHURE N^o 3 → DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

L'information suivante sera ajoutée à la *Brochure n^o 3*, à la partie 3 de la section 1.2.2 Rédaction de la demande de remboursement :

« Les formations reçues à Ottawa (Ont.), Campbellton (N.-B.) et dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador sont considérées comme étant suivies au Québec. »

4. Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n^o 137*

[Partie II](#) Annexe I et annexe II de l'annexe XIX

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

Amendement n° 137

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) En remplaçant dans l'entente générale et dans tous les autres documents d'entente les appellations suivantes :

- a) le « ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences » par le « ministère de l'Emploi et du Développement social »;
- b) l'appellation « Ressources humaines et Développement des compétences Canada » par l'appellation « Emploi et Développement social Canada (EDSC) ».

B) Le paragraphe 26.02 est remplacé par le suivant :

« **26.02** Dans les quinze (15) jours qui suivent le référé à l'arbitrage, les assesseurs ou, à défaut, les parties au différend désignent un arbitre parmi ceux dont les noms suivent :

M^e Germain Jutras;
M^e Gilles Corbeil;
M^e Yvan Brodeur;
M^e André Matteau;
M^e Diane Fortier;
M^e Marc Gravel.

Cet arbitre agit comme arbitre unique assisté d'assesseurs. »

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

a) Le préambule général est modifié de la façon suivante :

i) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 1.1.5 par le suivant :

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

ii) En remplaçant le paragraphe 2.1.5 par le suivant :

« La consultation psychiatrique majeure est l'examen psychiatrique complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, le libellé de l'examen psychiatrique complet majeur applicable est celui qui s'applique au patient inscrit en clinique externe d'un centre hospitalier ou d'un CLSC. »

iii) En remplaçant au paragraphe 2.2.6 E) le dernier alinéa de chacun des sous-paragraphes 3) Visite de suivi exigeant un examen, 5) Visite d'évaluation en vue de donner une opinion et 6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient par les suivants :

3) Visite de suivi exigeant un examen

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

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

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

6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

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

iv) En ajoutant à la fin du paragraphe 2.2.6 C 3) l'alinéa suivant :

« Cette intervention ne comprend pas les services médico-administratifs rendus concurremment ni le constat de décès, qui peuvent, le cas échéant, être réclamés en plus de l'intervention en situation complexe. Toutefois, le temps requis pour le constat de décès ainsi que pour des services médico-administratifs tels la rédaction d'un formulaire, les services médico-administratifs dispensés pour le compte de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou ceux concernant certaines évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne prévus à la Lettre d'entente n° 223 doit être exclu du temps de l'intervention en situation complexe. »

b) L'onglet « **CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE** » est modifié en ajoutant, à la rubrique « Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner », sous le code 09055, la note suivante :

« Note : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 09054 et 09055. »

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

i) En ajoutant, à la rubrique « Hyperalimentation, injection, insufflation, ponction », à la sous-rubrique « Ponction », sous le code 20027, la note suivante :

« Note : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 20026 et 20027. »

ii) En remplaçant la rubrique « Échographie ciblée d'urgence » par la suivante :

« **Échographie ciblée d'urgence**

00689 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 est tenu de déposer au dossier, avec ses observations, la documentation iconographique pertinente.

Échographie ciblée d'urgence 20,85 \$

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

- d) L'onglet « **PEAU-PHANÈRES** » est modifié en ajoutant à la note au préambule de l'onglet au-dessus de la rubrique « Abcès » le code **01394**.
- e) L'onglet « **OBSTÉTRIQUE** » est modifié de la façon suivante :
- i) Le préambule particulier est modifié en remplaçant la première note de l'article 10 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. »
 - ii) Le préambule particulier est modifié en remplaçant au 3^e alinéa du paragraphe 11 le mot « horaire » par « honoraire ».
 - iii) La note présente sous le code d'acte 06923 est remplacée par la suivante :
« NOTE : Ce supplément peut également être facturé en association avec les codes d'acte 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990. »

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

- a) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 5.04 par le suivant :
- « **5.04** Lors d'un jour de perfectionnement, le médecin reçoit son traitement, sauf si ce jour coïncide avec un congé prévu dans la présente annexe à l'exception d'un congé férié, selon la méthode établie au paragraphe 1.24 et selon la procédure prévue à l'article 19.02 de l'entente générale. »
- b) En remplaçant les paragraphes 6.22 et 6.23 par les suivants :
- « **6.22** Sous réserve du paragraphe 6.23, la contribution de la Régie est, pour une année civile donnée, de **1,95 %**.
- 6.23** La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. Ce coût est de 1,05 % du traitement annuel du médecin. S'il advient que ce pourcentage est modifié, le pourcentage paraissant au paragraphe 6.22 est modifié de telle façon que le taux de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance complémentaires obligatoires et de la contribution au coût de la rente du survivant soit de 3 % du traitement annuel du médecin. »

E) L'annexe XIX est modifiée de la façon suivante :

- a) En remplaçant le paragraphe 1.02 par le suivant :
- « **1.02** Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions de ce programme pour la période de temps pendant laquelle il bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente ou encore pendant laquelle il est rémunéré à honoraires fixes pour plus d'un demi-temps selon l'annexe VI.
- Toutefois, le médecin qui détient une nomination de demi-temps en périodes discontinues dans les territoires désignés à l'annexe XII de l'Entente peut se prévaloir des dispositions de la présente annexe s'il satisfait aux conditions d'admissibilité et aux modalités qui y sont énoncées. »
- b) En remplaçant le paragraphe 6.01 par le suivant :
- « **6.01** Le médecin qui bénéficie des journées de formation continue prévues à la présente annexe doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée à l'article 4.00 des présentes, réclamer cette allocation forfaitaire dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la formation reçue. À cette fin, il doit transmettre à la

Régie le formulaire « Demande de remboursement – Programme de formation continue Annexe XIX » paraissant en annexe II de la présente annexe. Il doit conserver, pendant cinq (5) ans à compter de la date de paiement, les pièces justificatives identifiées au paragraphe 6.02 ci-dessous lesquelles pourront ultérieurement lui être demandées par la Régie aux fins de vérification. »

d) En ajoutant en-dessous du paragraphe 6.02 le paragraphe suivant :

« **6.03** Le médecin qui bénéficie d'une session de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec doit satisfaire aux conditions des paragraphes 2.01, 2.02 et 6.01 ci-dessus pour obtenir l'allocation forfaitaire visée à l'article 4.00 des présentes.

Les pièces justificatives sont celles identifiées au paragraphe 6.02 de la présente annexe. »

d) En remplaçant l'annexe I par celle paraissant en annexe II du présent amendement.

F) L'annexe XXI est modifiée en remplaçant le premier alinéa du paragraphe 1.05 e) par le suivant :

« En semaine, de façon distincte des services dispensés de jour, un ou des accouchements (actes 06919, 06984, 06985, 06987, 06988 et 06990) pratiqués entre 19 h et 7 h donne lieu à la comptabilisation d'une journée. »

G) L'annexe XXII est modifiée en ajoutant au paragraphe 2.01 a) l'alinéa 7) suivant :

« 7) en l'absence d'une unité physique de soins palliatifs et dans les milieux désignés, l'unité de courte durée pour la clientèle de soins palliatifs prise en charge par une équipe dédiée de soins palliatifs et objectivement rattachée au secteur des soins palliatifs (B). »

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 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 paraissant 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 paraissant 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. »

3. **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 2012 par l'année 2013;

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^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2013, 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^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, ou pendant l'année 2013 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° 154. »

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

« Un remboursement de prime pour l'année 2013 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2014. »

D) En remplaçant son paragraphe 4.01 par le suivant :

« La présente entente a effet du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013. Elle est renégociée au 1^{er} octobre 2013. »

E) En remplaçant son annexe par celle paraissant en Annexe I du présent amendement. »

4. **L'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle** est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant dans l'entente particulière le terme « thérapie » par les termes « **intervention clinique ou psychothérapie** ».

B) En remplaçant les alinéas *a)* et *b)* du paragraphe 14.01 par les suivants :

« *a)* Le médecin qui, dans le cadre de sa pratique visée au présent paragraphe, dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou auprès des médecins de son groupe au sens du paragraphe 6.02 D) de la présente entente, peut se prévaloir des modalités de compensation pour les frais de cabinet suivantes :

- i) un montant de 25 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 31 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à au moins six (6) patients inscrits;
- ii) un montant de 50 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 62 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à douze (12) patients inscrits ou plus;

b) un maximum de 50 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 62 \$ peut être réclamé par journée. »

5. **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** est modifiée en remplaçant, à l'Annexe 4, l'article 4 par le suivant :

« 4. Les coûts de gestion du changement suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 200 \$, taxes en sus :

- Rémunération et coût de participation aux journées d'information sur le programme DMÉ;
- Rémunération et coût de participation à des ateliers de formation accrédités;
- Coûts associés à des services de mentorat individuel par les pairs ou par des tiers compétents dans le domaine;
- Coûts de services de soutien à la gestion du changement rendus sur place par les experts conseil.

Le temps consacré aux activités de soutien à la gestion du changement ne peut être imputé au temps de formation annuelle reconnu annuellement au médecin. »

6. **La Lettre d'entente n° 131** est modifiée en remplaçant le paragraphe 4.01 par le suivant :
- « 4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. »
7. **La Lettre d'entente n° 237** est modifiée de la façon suivante :
- A) Remplacer le préambule de la Lettre d'entente par « Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre de service Avellin-Dalcourt » et remplacer le nom de l'établissement par « Centre de service Avellin-Dalcourt » là où il paraît dans le texte de la Lettre d'entente.
- B) En remplaçant le paragraphe 6.01 par le suivant :
- « 6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 3.01 est, au regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées; »
- C) Elle est prolongée jusqu'au 31 août 2015.
8. **La Lettre d'entente n° 239** est prolongée jusqu'au 30 avril 2015.
9. **La Lettre d'entente n° 250** est modifiée de la façon suivante :
- A) En remplaçant la dernière phrase du paragraphe 4.1 par la suivante :
- « Cette rémunération forfaitaire est versée à un médecin pour une période maximale de quatre (4) ans. »
- B) En ajoutant à la suite de l'article 4 le nouvel article 5 suivant :
- « 5. ANNEXE IX
- 5.1 La rémunération versée pour les activités visées au paragraphe 4.1 des présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente. »
- C) En modifiant la numérotation des articles 5, 6 et 7 qui deviennent les articles 6, 7 et 8.
10. **La Lettre d'entente n° 260** est modifiée en remplaçant, à l'article 1, le montant de 54,8 M\$ par celui de 55,25 M\$.
11. **La Lettre d'entente n° 262** est modifiée de la façon suivante :
- A) En remplaçant l'alinéa a) ii) du paragraphe 2.02 par le suivant :
- « ii) s'il opte pour l'intervention de supervision, le tarif applicable est de 114,20 \$ par heure pour un maximum de 3,5 heures par demi-journée peu importe le nombre de résidents ou d'externes qui font l'objet d'une supervision par le médecin. »
- B) En remplaçant l'alinéa b) i) du paragraphe 2.02 par le suivant :
- « i) le médecin doit consacrer à ces activités au moins quinze (15) minutes consécutives. Les activités professionnelles ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un tarif de 28,55 \$ pour chaque période de quinze (15) minutes. »
12. **Le Protocole d'accord entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la ministre de la Santé et des Services sociaux concernant le virus de l'hépatite C** est abrogé.

13. Le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux est modifié en remplaçant la dernière phrase du paragraphe 5.03 par la suivante :
- « Le médecin doit participer à la réunion sur place ou, si nécessaire, dans le cadre d'une conférence téléphonique formelle ou d'une visioconférence. »
14. L'Accord n° 659 est modifié en remplaçant les paragraphes 3.04 par le suivant :
- « 3.04 Le montant de chaque forfait-patient est de 107,40 \$ au 1^{er} janvier 2014. »
15. L'Accord n° 695 est modifié de la façon suivante :
- A) En remplaçant le paragraphe 1 par le suivant :
- « 1. Aux fins de l'application de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que de toute autre disposition conventionnelle applicable en CLSC, les services rendus à la clinique externe du centre hospitalier du Centre de santé et de services sociaux des Îles, de même que les visites à domicile effectuées dans le cadre des activités relevant de la nomination d'un médecin au sein du Centre de santé, sont réputées s'effectuer dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires du même établissement. »
- B) En biffant le paragraphe 2 et renumérotant le paragraphe 3 qui devient le paragraphe 2.
16. L'Accord n° 705 est prolongé jusqu'au 31 mars 2015.
17. L'Accord n° 711 est modifié en remplaçant au paragraphe 2 le nombre sept cents (700) par celui de neuf cents (900).
18. Le présent amendement entre en vigueur aux dates apparaissant ci-dessous. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Article 1 C) a) ii)	1 ^{er} décembre 2007
Articles 5 et 15	1 ^{er} novembre 2011
Article 4 A)	15 janvier 2012
Articles 1 C) a), 6 et 9	1 ^{er} avril 2012
Article 17	1 ^{er} juin 2012
Article 13	1 ^{er} octobre 2012
Article 3	1 ^{er} janvier 2013
Article 4 B)	1 ^{er} avril 2013
Article 8	1 ^{er} mai 2013
Article 11	1 ^{er} juillet 2013
Articles 1 C) a) iii), 1 G) et 10	1 ^{er} octobre 2013
Article 1 B)	1 ^{er} novembre 2013
Articles 1 C) a) i), 1 C) e), 1 F) et 2	1 ^{er} décembre 2013
Article 1 A)	13 décembre 2013
Articles 1 D), 1 E) et 14	1 ^{er} janvier 2014
Article 16	1 ^{er} février 2014
Article 12	1 ^{er} avril 2014
Article 7	1 ^{er} octobre 2014
Articles 1 C) b), 1 C) a) iv) et 1 C) d)	1 ^{er} mai 2015

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

ce _____^e jour de _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

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

Annexe I et annexe II de l'annexe XIX

ANNEXE I

ORGANISMES AGRÉÉS

1. Les organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation médicale sont :

Formation médicale

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses associations affiliées;
- Fédération des médecins spécialistes du Québec et ses associations affiliées;
- Faculté de médecine de l'Université Laval;
- Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- Faculté de médecine de l'Université McGill;
- Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke;
- Collège québécois des médecins de famille;
- Médecins francophones du Canada.

Note : Les activités accréditées par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) se déroulant à Campbellton et à Ottawa sont considérées comme répondant aux critères d'admissibilité prévus au paragraphe 2.01. Il en est de même des activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa qui se déroulent à Ottawa et des activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université Memorial qui se déroulent à Terre-Neuve.

2. Les organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation continue en psychothérapie :

Formation en psychothérapie


- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses associations affiliées;
- Fédération des médecins spécialistes du Québec et ses associations affiliées;
- Faculté de médecine de l'Université Laval;
- Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- Faculté de médecine de l'Université McGill;
- Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke;
- Collège québécois des médecins de famille;
- Médecins francophones du Canada;
- Ordre des psychologues du Québec pour ses formations en psychothérapie;
- Collège des médecins de famille du Canada (Mainpro-M1 ou Mainpro-C du plan DPC) pour ses formations en psychothérapie;
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (section 1 du DPC) pour ses formations en psychothérapie;
- Une organisation américaine de DPC agréée par l'ACCME (Accreditation council for continuing medical education) pour une formation en psychothérapie.

Note : Les activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa qui se déroulent à Ottawa et les activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université Memorial qui se déroulent à Terre-Neuve sont considérées comme répondant aux critères d'admissibilité prévus au paragraphe 2.01.

ANNEXE II

DEMANDE DE REMBOURSEMENT – PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE – ANNEXE XIX – FMOQ

Enregistrer Imprimer Tout effacer



DEMANDE DE REMBOURSEMENT
Programme de formation continue
Annexe XIX - FMOQ

PROFESSIONNEL									
NOM			PRÉNOM			N° DU PROFESSIONNEL			
FORMATION CONTINUE									
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR	
QUANTIÈME	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼		ANNÉE MOIS JOUR
DURÉE (1 jour ou 0,5 jour)	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼		ANNÉE MOIS JOUR
ALLOCATION FORFAITAIRE (montant demandé par jour)								MONMANT TOTAL DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE	

IMPORTANT : La formation doit avoir lieu un jour ouvrable (les samedi, dimanche ou jours fériés sont exclus).

LIEU DE LA FORMATION *Si la formation a eu lieu à Ottawa (Ont.), Campbellton (N.-B.) ou à Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez cocher Québec.*

<input type="checkbox"/> QUÉBEC	NOM DE L'ORGANISME	L'attestation de présence est signée par le responsable officiel de la session de formation continue : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> HORS DU QUÉBEC	LIEU DE LA FORMATION (ville et province canadienne ou pays étranger)	

NUMÉRO D'AUTORISATION ACCORDÉ PAR LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :
L'attestation obligatoire de présence à la formation, dûment signée par le responsable officiel de la session de formation continue, doit être conservée durant 5 ans. La Régie peut la demander en tout temps. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité, sa durée ainsi que la catégorie de crédits de formation attribués. Si l'attestation n'est pas produite sur demande de la Régie, l'allocation de formation continue versée sera récupérée.

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le médecin (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies et les tampons ne sont pas acceptés.

<p>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</p> <p>Je déclare que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.</p>	<p>SIGNATURE</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">ANNÉE MOIS JOUR</p>
---	--

L'original de la demande de remboursement doit être envoyé à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

3814 200 1508

AVIS : Le formulaire Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ (3814) est disponible dans la section Formulaires de votre catégorie de professionnels au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Vous trouverez à la section 1.2 de la Brochure n° 3 – Mesures incitatives et programme de formation continue, les instructions concernant le remplissage de ce formulaire.