

Rémunération mixte – Nouveaux secteurs de pratique en CLSC et en UMF

Amendement n° 142

Introduction

La Régie vous présente les principales modifications à l'Entente dans le cadre de l'*Amendement n° 142* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. **Les établissements du réseau de la santé seront informés de ces changements par infolettre d'ici quelques jours.**

Cet amendement entre en vigueur le **1^{er} novembre 2015** et introduit, par une annexe à l'annexe XXIII, le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique suivants :

- Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) au sein d'une installation ayant pour mission d'un centre local de services communautaires (CLSC);
- Unités de médecine familiale (UMF) en CLSC ou en centre hospitalier (CH).

L'*Amendement n° 142* apporte également des changements pour le médecin qui effectue des activités rémunérées dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie :

- La toxicomanie est retirée du secteur de pratique CLSC de l'annexe XXIII;
- L'EP – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC (n° 17) est modifiée.

Les formulaires 1897 et 3547 sont **modifiés** en concordance.

Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 142*

[Partie II](#) Annexe I de l'annexe XXIII – Sections B, B-1 et B-2

[Partie III](#) Autres changements administratifs

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

Sommaire

1	Dispositions générales du mode de rémunération mixte.....	2
2	Nouveaux secteurs de pratique introduits au mode de rémunération mixte.....	3
3	Particularités du mode de rémunération mixte pour les nouveaux secteurs.....	4
4	Services de médecine de famille, programme jeunesse et IVG en CLSC	5
5	Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH	9
6	Instructions de facturation.....	14
7	Codes d'acte existant en cabinet privé permis en CLSC et en UMF. 18	
8	Programme d'itinérance ou de toxicomanie	20

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone

Québec 418 643-8210
Montréal 514 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télexcopieur

Québec 418 646-9251

NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE
DU LUNDI AU VENDREDI,
DE 8 H 30 À 16 H 30
(MERCREDI DE 10 H 30 À 16 H 30)

1 Dispositions générales du mode de rémunération mixte

La rémunération selon le mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII est constituée d'un forfait horaire et d'un supplément d'honoraires (pourcentage de la rémunération à l'acte).

Le forfait horaire rémunère les services médicaux convenus pour la première heure complétée et par la suite, par période de 15 minutes complètes.

Le supplément d'honoraires correspond à un pourcentage du tarif des services déterminés dans un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte. L'annexe I de l'annexe XXIII présente le pourcentage du tarif de l'acte applicable selon le service rendu ou le secteur de pratique. Pour plusieurs services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII, le pourcentage de l'acte applicable est de 100 %.

Les modalités relatives au mode de rémunération mixte couvrent l'ensemble des activités professionnelles effectuées du lundi au dimanche, incluant les jours fériés, de 8 h à 24 h. Les activités effectuées de 0 h à 8 h par le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte sont quant à elles rémunérées selon les dispositions de l'entente générale.

Une rémunération spécifique est prévue pour les activités médico-administratives effectuées dans le cadre du mode de rémunération mixte. Cette rémunération couvre les activités du département clinique et de services cliniques ainsi que les activités aux réunions à titre de membre de comité.

Le mode de rémunération mixte est offert exclusivement dans les secteurs de pratique énumérés à l'annexe XXIII (paragr. 3.01 et 3.02) dans un établissement désigné.

Lors de la mise en application d'un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte, le médecin qui exerce dans ce secteur peut opter pour le mode mixte pour ses activités sans attendre la date de renouvellement de sa nomination. Le choix de son option doit être fait **au cours des trois premiers mois** de la désignation de ce secteur (paragr. 4.01 de l'annexe XXIII).

Un médecin peut adhérer au mode de rémunération mixte lors de son premier avis de service dans une installation ou lors du renouvellement de sa nomination. Toutefois, le médecin qui adhère au mode de rémunération mixte et y demeure pour une période minimale de 24 mois ne peut par la suite, dans le secteur de son adhésion au sein de la même installation, se prévaloir du mode de rémunération à tarif horaire.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour le mode de rémunération mixte maintient son mode de rémunération auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des actes (supplément d'honoraires) qui est spécifique aux honoraires fixes.

Vous pouvez consulter l'annexe I de l'annexe XXIII à la [partie II](#) de l'infolettre.

La Régie vous invite à consulter l'[infolettre 052](#) du 10 juin 2015, **sections 1 à 9**, pour connaître tous les détails sur le cadre général du mode de rémunération mixte et sur les particularités s'appliquant au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire.

2 Nouveaux secteurs de pratique introduits au mode de rémunération mixte

L'*Amendement n° 142* entre en vigueur le **1^{er} novembre 2015**. Cet amendement introduit, par l'annexe I de l'annexe XXIII, le mode de rémunération mixte et fixe les modalités spécifiques pour les secteurs de pratique suivants :

- Au sein d'une installation d'un CLSC opéré par un CSSS (section B-1 de l'annexe I)
 - Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ambulatoire à l'exclusion des services rendus au sein d'une UMF, du programme de santé mentale et du programme de soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs, et des services rendus à l'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré;
 - Services rendus dans le cadre du programme jeunesse;
 - Services d'interruption volontaire de grossesse (IVG).
- Dans ou auprès d'une unité de médecine familiale (UMF) (section B-2 de l'annexe I)
 - Unités de médecine familiale (UMF) en CLSC ou en centre hospitalier (CH).

L'adhésion du médecin au mode de rémunération mixte se fait de façon distincte pour les activités en UMF (section B-2) et pour les activités hors UMF en CLSC (section B-1). Dans ce dernier cas, l'adhésion du médecin vise l'ensemble des services admissibles en CLSC.

Les **services médicaux communs** sont présentés à la section *B – Services de première ligne en CLSC et unités de médecine familiale* de l'annexe I. La nature des services pour lesquels des suppléments d'honoraires peuvent être facturés sont précisés aux annexes I et II de l'annexe XXIII.

Les services du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et du programme de santé mentale d'un CLSC font l'objet de modalités de rémunération distinctes prévues à la *Lettre d'entente n° 275*, d'ici à ce que le mode de rémunération mixte soit instauré pour ces programmes (voir l'[infolettre 174](#) du 28 octobre 2015).

Vous pouvez consulter l'annexe I de l'annexe XXIII (sections B, B-1 et B-2) à la [partie II](#) de l'infolettre.

Les services rémunérés en vertu des ententes particulières suivantes sont exclus des dispositions de l'*Amendement n° 142* :

- EP – Grand-Nord (n° 1);
- EP – Centre de santé de Chibougamau (n° 23);
- EP – Régions 17 et 18 et CSSS de la Basse-Côte-Nord (n° 32);
- EP – CSSS des Îles (n° 44).

Choix du mode de rémunération mixte

Un médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte sans attendre le renouvellement de sa nomination à **partir du 1^{er} novembre 2015 jusqu'au 31 janvier 2016** pour les secteurs de pratique **Services de première ligne en CLSC et en unités de médecine familiale**. Au-delà de cette date, le médecin devra attendre la date de renouvellement de sa nomination pour pouvoir effectuer le choix du mode de rémunération mixte.

Le médecin absent pour raison d'invalidité totale ou partielle, de congé de maternité ou de congé autorisé par l'établissement peut choisir le mode de rémunération mixte dans les trois mois suivants la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

3 Particularités du mode de rémunération mixte pour les nouveaux secteurs

Le mode de rémunération mixte comporte des particularités pour les secteurs de pratique nouvellement introduits (voir la section 2 de l'infolettre), quant aux majorations des annexes XII, XII-A et XX de l'entente générale ainsi qu'à la garde en disponibilité.

3.1 Majorations – Annexes XII et XII-A

Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A (rémunération différente) de l'entente générale s'appliquent à l'ensemble de la rémunération incluant le forfait horaire, selon le lieu de dispensation.

3.2 Majorations en horaires défavorables

Les majorations prévues à l'annexe XX de l'entente générale pour les services rendus en horaires défavorables ne s'appliquent pas sur le forfait horaire. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base (annexe II de l'annexe XXIII) sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX.

L'annexe I de l'annexe XXIII fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans les nouveaux secteurs de pratique (art. 4, section B-1 et art. 5, section B-2).

Les modificateurs **156 à 159** correspondant aux pourcentages de majoration en horaires défavorables sont créés et présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1 – Majorations applicables en horaires défavorables

Majoration d'honoraires	Modificateur	Horaire
19,12 %	156	18 h – 22 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié
33,82 %	157	18 h – 22 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié
	158	8 h – 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié
44,12 %	159	Le samedi, le dimanche ou un jour férié dans le cadre des services au sans rendez-vous (lieu physique unique) dans une clinique réseau

Les activités médico-administratives ne peuvent être majorées en horaires défavorables.

3.3 Garde en disponibilité

Les services rendus pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte à 100 % de leur tarif de base, selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (n° 38) (paragr. 2.08 de l'annexe XXIII).

3.4 Autres dispositions

Le médecin qui rend des services lorsqu'il est en disponibilité, est rémunéré selon l'entente générale. Cependant, de 8 h à 24 h, s'il rend des services **pour au moins 60 minutes en continu** lors de son déplacement, il peut choisir d'être rémunéré pour la totalité de ses services selon le mode de rémunération mixte applicable (3^e alinéa, paragr. 2.05 de l'annexe XXIII).

Si le médecin rend des services **pour moins de 60 minutes**, il est rémunéré à 100 % du tarif de ses actes. Il doit alors inscrire sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) la lettre « E » dans la case C.S.

Le médecin qui n'est pas dans l'établissement ni de garde en disponibilité et qui est appelé pour rendre des services sur place est rémunéré selon l'entente générale à 100 % du tarif de base. Par contre, si la période durant laquelle le médecin dispense ses services est **d'au moins 60 minutes en continu**, entre 8 h et 24 h, il peut choisir d'être rémunéré selon le mode mixte.

4 Services de médecine de famille, programme jeunesse et IVG en CLSC

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE I DE L'ANNEXE XXIII*

Cette section de l'infolettre présente les modalités introduites par l'*Amendement n^o 142* pour les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, les services rendus dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'IVG au sein d'une installation d'un CLSC opéré par un CISSS (CISSS depuis le 1^{er} avril 2015) (section B-1, annexe 1 de l'annexe XXIII).

Vous pouvez consulter l'annexe I à la [partie II](#) de l'infolettre. Vous y trouverez également les instructions de facturation afférentes.

4.1 Forfait horaire

Des forfaits horaires sont prévus pour rémunérer l'ensemble des activités professionnelles dans ce secteur incluant les soins et les services médicaux de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, les services rendus dans le cadre du programme jeunesse et les services d'IVG en CLSC. Ces services médicaux **s'adressent exclusivement à une clientèle ambulatoire** (art. 1, section B-1 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42088 à 42091** correspondant aux forfaits horaires en CLSC sont créés et présentés dans le tableau suivant :

Tableau 2 – Forfaits horaires en CLSC

Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse en CLSC			
Forfait horaire (art. 1, section B-1 de l'annexe I)	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Services médicaux de médecine de famille et relatifs au programme jeunesse	42088	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée

Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse en CLSC			
Forfait horaire (art. 1, section B-1 de l'annexe I)	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
	42089	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes
Services relatifs à l'interruption volontaire de grossesse	42090	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42091	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes

4.2 Supplément d'honoraires

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage de la rémunération à l'acte (supplément d'honoraires) applicable au sein du secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte. Un tableau des suppléments d'honoraires est présenté à la section B-1 (annexe I de l'annexe XXIII).

Vous pouvez consulter l'annexe I à la [partie II](#) de l'infolettre.

4.3 Services médicaux au sans rendez-vous en CLSC

4.3.1 Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte pour les services médicaux de médecine de famille peut conserver la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base selon l'Entente pour l'ensemble de ses activités exercées dans le cadre des services médicaux au **sans rendez-vous** en CLSC, s'il répond aux conditions suivantes (art. 2, section B-1 de l'annexe I) :

- Au 1^{er} novembre 2015, le médecin est rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux de médecine de famille en CLSC rendus dans le cadre du sans rendez-vous dans l'installation visée par son option;
- Le médecin manifeste son choix au moment où il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation visée par son option. L'établissement doit confirmer le choix du médecin de conserver ce mode en cochant la case *Droit acquis acte (CLSC, UMF)* du formulaire *Avis de service* (1897) ou (3547) version papier.

Les formulaires 1897 et 3547 sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous *Formulaires* dans *Établissements du réseau de la santé*.

Le médecin absent pour invalidité, congé de maternité ou congé autorisé peut exercer son choix dans les trois mois suivant la reprise de ses activités dans le secteur visé.

Particularités

Cette possibilité de conserver la rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus dans le cadre du sans rendez-vous est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode de rémunération au 1^{er} novembre 2015.

Au moment d'opter pour le mode de rémunération mixte, **le médecin qui ne choisit pas de conserver son mode de rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ses activités médicales au sans rendez-vous ne pourra y revenir ultérieurement.**

Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % selon les conditions susmentionnées **ne peut facturer le forfait horaire de 57,12 \$** (paragr. 2.05 de l'annexe XXIII) pour la même période.

4.3.2 Activités d'interruption volontaire de grossesse dans une installation d'un CLSC

Les règles et modalités spécifiques énoncées à la section 4.3.1 de l'infolettre s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, à la rémunération du médecin pour les activités d'IVG dans une installation d'un CLSC (art. 3, section B-1 de l'annexe I).

4.4 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 90 minutes** lorsqu'il exerce pendant une seule plage horaire (a.m., p.m. ou soir) au cours d'une journée. Il peut facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 180 minutes** s'il exerce pendant plus d'une plage horaire au cours d'une même journée (art. 5, section B-1 et art. 6, section B-2 de l'annexe I).

Si le médecin pratique au moins quatre heures pendant la plage horaire de l'après-midi uniquement, il peut alors facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 135 minutes**.

Le médecin **ne peut facturer plus de 180 minutes** pour l'ensemble des interventions cliniques effectuées durant une journée.

4.5 Activités médico-administratives en CLSC

Les activités médico-administratives de l'annexe XXIII en CLSC sont rémunérées selon un **supplément d'honoraires** paraissant au tableau ci-dessous (art. 6, section B-1 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42092** et **42093** correspondant aux activités médico-administratives en CLSC sont créés et présentés dans le tableau suivant :

Tableau 3 – Activités médico-administratives en CLSC

Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle en CLSC, programme jeunesse et IVG			
Activités médico-administratives	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) i) de l'annexe XXIII)	42092	23,78	période complète de 15 minutes
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) ii) de l'annexe XXIII)	42093	23,78	période complète de 15 minutes

Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (RLRQ, chapitre A-3.001) et la Loi sur les accidents du travail (RLRQ, chapitre A-3) sont rémunérés selon le mode à l'acte à 100 % du tarif de base (art. 8, section B-1 de l'annexe I).

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits à ces lois pour facturer le forfait horaire (paragr. 2.05, ann. XXIII).

4.6 Rémunération du médecin responsable en GMF ou en clinique réseau

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable ou de coresponsable d'un **groupe de médecine de famille** (GMF) en établissement (art. 7, section B-1 de l'annexe I) est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille* (n° 33) (section VI de l'annexe V).

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'une **clinique réseau** en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau* (n° 39) (paragr. 6.02).

Lorsqu'il est rémunéré pour les services susmentionnés, le médecin **ne peut comptabiliser ce temps pour facturer le forfait horaire** (paragr. 2.05 de l'annexe XXIII).

4.7 Activités de fonctionnement en GMF

Le médecin qui exerce au sein d'un GMF en CLSC peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille* (n° 33) (paragr. 7.02 et 7.03).

Lorsqu'il est rémunéré pour les services susmentionnés, le médecin **ne peut comptabiliser ce temps pour facturer le forfait horaire** (paragr. 2.05 de l'annexe XXIII).

5 Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE I DE L'ANNEXE XXIII*

Cette section de l'infolettre présente les modalités introduites par l'*Amendement n° 142* pour les activités médicales effectuées par un médecin dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale dans ou auprès d'une unité de médecine familiale (UMF) (section B-2, annexe 1 de l'annexe XXIII).

La liste des établissements désignés opérant une UMF (annexe I de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant*) est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

Vous pouvez consulter l'annexe I à la [partie II](#) de l'infolettre. Vous y trouverez également les instructions de facturation afférentes.

5.1 Forfait horaire

Des forfaits horaires sont prévus pour rémunérer le médecin qui pratique dans ou auprès d'une UMF-CLSC ou d'une UMF-CH au sein d'un établissement désigné opérant une UMF. Ces services médicaux **s'adressent exclusivement à une clientèle ambulatoire** (art. 1, section B-2 de l'annexe I).

Malgré les dispositions de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (n° 42), il n'est pas possible pour le médecin qui se prévaut du mode de rémunération mixte au sein d'une UMF d'être rémunéré à tarif horaire pour ses activités auprès de patients admis en courte durée en centre hospitalier ni d'être rémunéré selon le mode mixte.

Les codes d'acte **42094** et **42095** correspondant aux forfaits horaires en UMF sont créés et présentés dans le tableau suivant :

Tableau 4 – Forfaits horaires en UMF

Services médicaux en UMF			
Forfait horaire	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités médicales dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale (art. 1, section B-2 de l'annexe I)	42094	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42095	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes

5.2 Supplément d'honoraires

En plus du forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif des actes (supplément d'honoraires) applicable au sein du secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte. Les suppléments d'honoraires sont présentés à la section B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII. Vous pouvez consulter l'annexe I à la [partie II](#) de l'infolettre.

En UMF-CLSC et en UMF-CH, des suppléments d'honoraires sont prévus pour les activités de supervision et les activités académiques décrites aux sections 5.2.1 et 5.2.2 de l'infolettre (art. 3, section B-2 de l'annexe I).

5.2.1 Activité de supervision

L'activité de supervision comprend la période entière pendant laquelle un médecin enseignant est affecté à cette activité. Cette activité comprend la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des externes et des résidents et peut inclure des activités académiques ou cliniques lorsqu'elles sont conciliables avec la supervision (paragr. 3.1, section B-2).

Pour facturer une activité de supervision, le médecin choisit pour l'ensemble de la demi-journée (3,5 h), l'une ou l'autre de ces options :

- 1- le forfait horaire auquel s'ajoute le supplément d'honoraires correspondant à l'acte d'intervention de supervision; **ou**
- 2- le forfait horaire auquel s'ajoutent les suppléments d'honoraires correspondant aux services rendus.

Le médecin exerce son choix lorsqu'il facture les services. Le choix s'opère indépendamment pour chaque demi-journée.

Acte d'intervention de supervision (option 1)

En plus de son forfait horaire, le médecin qui opte pour l'acte d'intervention de supervision peut facturer un seul acte par demi-journée (max. 3,5 h) en fonction de la durée de celle-ci, peu importe le nombre de résidents ou d'externes qu'il supervise. Tous les services rendus dans l'UMF étant couverts par l'acte d'intervention de supervision, aucun autre service ne peut être facturé pour cette demi-journée.

Le supplément d'honoraires prévu pour l'intervention de supervision se facture avec l'un ou l'autre code d'acte **42096**, **42097** ou **42098** selon la demi-journée.

Tableau 5 – Suppléments d'honoraires en UMF

Activités (paragr. 3.1, section B-2)	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Intervention de supervision en matinée	42096	23,78	période complète de 15 minutes
Intervention de supervision en après-midi	42097	23,78	période complète de 15 minutes
Intervention de supervision en soirée	42098	23,78	période complète de 15 minutes

Étant donné que le forfait horaire n'est pas sujet à la limite de la plage horaire applicable à l'acte d'intervention de supervision, la durée de ces deux services peut ne pas correspondre.

Services médicaux – Forfait horaire et supplément d'honoraires (option 2)

Le médecin qui n'opte pas pour l'acte d'intervention de supervision peut facturer le forfait horaire et les suppléments d'honoraires correspondant aux services rendus (paragr. 2.06 et 2.11 de l'annexe XXIII) incluant les services rendus avec le concours de résidents, **sous réserve de ce qui suit** :

Durant la demi-journée où le médecin supervise un ou plusieurs résidents, il peut, lorsque requis, facturer un seul acte d'intervention clinique à l'égard d'un des patients vus par l'ensemble des résidents. La durée de l'intervention clinique est alors celle qu'il aurait lui-même facturée.

Par ailleurs, il facture les autres services qu'il a effectués avec le concours de résidents durant cette même demi-journée selon les modalités du mode de rémunération mixte.

Le médecin doit inscrire sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) :

- les services rendus avec le concours d'un résident;
- le numéro d'inscription de celui-ci à la Régie (5XXXXX) dans la case *SON NUMÉRO* du professionnel référant.

Pour facturer une consultation dans ce contexte, le médecin doit inscrire :

- le numéro du médecin ayant demandé la consultation dans la case *SON NUMÉRO* du professionnel référant;
- le numéro du résident dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- la lettre « **A** » dans la case *C.S.*

5.2.2 Activité académique

L'activité académique comprend l'encadrement clinique et pédagogique incluant l'enseignement théorique formel, l'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique, le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques et la planification des activités académiques. Pour facturer cet acte, le médecin doit consacrer à ces activités au moins 15 minutes consécutives (paragr. 3.2).

En plus du forfait horaire, le médecin facture le supplément d'honoraires correspondant à l'activité académique effectuée, selon le temps consacré à cette activité (code d'acte **42099**).

Tableau 6 – Suppléments d'honoraires en UMF

Activités (paragr. 3.2, section B-2)	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités académiques	42099	23,78	période complète de 15 minutes

Dans le cas où le médecin choisit d'être rémunéré pour l'intervention de supervision durant **moins de 3,5 heures** au cours de la demi-journée (3,5 h), les activités académiques effectuées pendant cette période sont **incluses** et sont rémunérées à titre d'activités de supervision.

Lorsque le médecin exerce **plus de 3,5 heures** durant la même demi-journée, qu'il facture l'intervention de supervision (max. 3,5 h) et qu'il poursuit ses activités académiques, il facture alors l'activité académique durant la période excédentaire concernée.

5.3 Services médicaux au sans rendez-vous en UMF

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein d'une UMF peut conserver la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base selon l'Entente pour l'ensemble de ses activités exercées dans le cadre des services médicaux au **sans rendez-vous** de l'unité, s'il répond aux conditions suivantes (art. 4, section B-2 de l'annexe I) :

- Au 1^{er} novembre 2015, le médecin est rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués en UMF dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option;
- Le médecin manifeste son choix au moment où il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation visée par son option. L'établissement doit confirmer le choix du médecin de conserver ce mode en cochant la case *Droit acquis acte (CLSC, UMF)* du formulaire *Avis de service* (1897) ou (3547) version papier.

Les formulaires 1897 et 3547 sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous *Formulaires* dans *Établissements du réseau de la santé*.

Le médecin absent pour invalidité, congé de maternité ou congé autorisé peut exercer son choix dans les trois mois suivant la reprise de ses activités dans le secteur visé.

Particularités

Cette possibilité de conserver la rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus dans le cadre du sans rendez-vous est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode au 1^{er} novembre 2015.

Au moment d'opter pour le mode de rémunération mixte, **le médecin qui ne choisit pas de conserver son mode de rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ses activités médicales au sans rendez-vous ne pourra y revenir ultérieurement.**

Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % selon les conditions susmentionnées **ne peut facturer le forfait horaire de 57,12 \$** (paragr. 2.05 de l'annexe XXIII) pour la même période.

5.4 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 90 minutes** lorsqu'il exerce pendant une seule plage horaire (a.m., p.m. ou soir) au cours d'une journée. Il peut facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 180 minutes** s'il exerce pendant plus d'une plage horaire au cours d'une même journée (art. 5, section B-1 et art. 6, section B-2 de l'annexe I).

Si le médecin pratique au moins quatre heures pendant la plage horaire de l'après-midi uniquement, il peut alors facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 135 minutes**.

Le médecin **ne peut facturer plus de 180 minutes** pour l'ensemble des interventions cliniques effectuées durant une journée.

5.5 Activités médico-administratives

Les activités médico-administratives de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessous (art. 7, section B-2 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42100** et **42101** correspondant aux activités médico-administratives en UMF sont créés et présentés dans le tableau suivant :

Tableau 7 – Activités médico-administratives en UMF

Activités médico-administratives en UMF			
Activités médico-administratives	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)	42100	23,78	période complète de 15 minutes
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)	42101	23,78	période complète de 15 minutes

Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode à l'acte à 100 % du tarif de base (art. 11, section B-2 de l'annexe I).

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits à ces lois pour facturer le forfait horaire (paragr. 2.05, ann. XXIII).

5.6 Rémunération du chef de l'UMF

Le chef de l'unité de médecine familiale qui opte pour le mode de rémunération mixte en UMF peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (n° 42) (paragr. 8, section II) pour les activités de gestion médico-administratives liées à ses activités de chef. La rémunération est versée à 100 % du tarif prévu à cette entente particulière (art. 9 et 10, section B-2 de l'annexe I).

Le chef de l'unité de médecine familiale qui assume également les fonctions de **médecin responsable ou de coresponsable d'un GMF** en établissement, est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille* (n° 33).

Le médecin qui assume les fonctions de **médecin responsable d'une clinique réseau** en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau* (n° 39) (paragr. 6.02).

Lorsqu'il est rémunéré pour les services susmentionnés, le médecin **ne peut comptabiliser ce temps pour facturer le forfait horaire** (paragr. 2.05, ann. XXIII).

5.7 Activités de fonctionnement en GMF

Le médecin qui exerce au sein d'une UMF en GMF peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille* (n° 33) (paragr. 7.02 et 7.03).

Lorsqu'il est rémunéré pour les services susmentionnés, le médecin **ne peut comptabiliser ce temps pour facturer le forfait horaire** (paragr. 2.05 de l'annexe XXIII).

5.8 Formation continue

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte en UMF peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (n° 42) (paragr. 7, section II). La rémunération est versée à 100 % du tarif prévu à cette entente particulière (art. 8 et 10, section B-2 de l'annexe I).

Ce médecin ne peut facturer le forfait horaire de **57,12 \$** pendant la période de formation.

6 Instructions de facturation

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte dans le secteur Services de première ligne en CLSC ou en UMF (sections B, B-1 et B-2 de l'annexe I) doit utiliser la *Demande de paiement – Médecin* (1200) pour facturer le forfait horaire et les suppléments d'honoraires correspondant aux services rendus.

En se référant aux tableaux des suppléments d'honoraires pour les services de première ligne en CLSC et pour les services rendus en UMF, le médecin doit inscrire sur la demande de paiement :

- **Forfait horaire**
 - le code d'acte approprié pour la première heure en continu complétée;
 - le code d'acte prévu pour les périodes de 15 minutes complètes additionnelles en inscrivant le nombre de périodes dans la case *UNITÉS*;
- **Supplément d'honoraires**
 - le code d'acte approprié correspondant au service rendu dans la section *Actes*.

Le forfait horaire et les suppléments d'honoraires doivent être facturés sur des demandes de paiement **distinctes**.

Tout médecin qui choisit le mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique d'un établissement désigné **doit en informer son agence de facturation** pour assurer la conformité de la facturation de ses services.

Important

Afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre une **lettre de confirmation de la Régie** l'informant de la mise à jour de son dossier le rendant admissible au mode de rémunération mixte **avant de facturer** ses services selon ce mode.

6.1 Modificateurs

6.1.1 Modificateurs obligatoires

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte pour ses services rendus dans le cadre du programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que du programme jeunesse ou de l'IVG doit, **en tout temps**, utiliser le modificateur **154** pour facturer **tous les services rendus**, incluant le forfait horaire, les suppléments d'honoraires et les services médico-administratifs. Cette obligation ne s'applique pas au médecin qui se prévaut de son droit acquis pour la rémunération à l'acte au sans rendez-vous.

L'absence du modificateur **154** sur la demande de paiement pourrait entraîner un refus de paiement.

Services relatifs au programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que dans le cadre du programme jeunesse ou relatifs au programme d'interruption volontaire de grossesse **MOD 154**

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte pour ses services rendus dans le cadre du programme d'unités de médecine familiale en CLSC ou en CH doit, **en tout temps**, utiliser le modificateur **155** pour facturer **tous les services rendus**, incluant le forfait horaire, les suppléments d'honoraires et les services médico-administratifs. Cette obligation ne s'applique pas au médecin qui se prévaut de son droit acquis pour la rémunération à l'acte au sans rendez-vous.

L'absence du modificateur **155** sur la demande de paiement pourrait entraîner un refus de paiement.

Services relatifs aux unités de médecine familiale..... **MOD 155**

Les modificateurs multiples correspondants sont présentés à la [partie III](#) de l'infolettre.

6.1.2 Rémunération à 100 % du tarif de l'acte au sans rendez-vous

Pour les services rendus en CLSC au sans rendez-vous, les modificateurs **001** ou **002** doivent être utilisés, selon la situation :

Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus en CLSC au sans rendez-vous relatifs aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle .. **MOD 001**

Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus en CLSC pour les activités d'interruption volontaire de grossesse..... **MOD 002**

Le modificateur **154 ne doit pas être inscrit** sur la demande de paiement lorsque les modificateurs **001** et **002** ou leurs multiples sont utilisés.

Pour les services rendus en UMF-CLSC et en UMF-CH au sans rendez-vous, le modificateur **004** doit être utilisé :

Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus au sans rendez-vous en unité de médecine familiale (CLSC et CH) **MOD 004**

Le modificateur **155 ne doit pas être inscrit** sur la demande de paiement lorsque le modificateur **004** ou ses multiples sont utilisés.

Les modificateurs multiples correspondants sont présentés à la [partie III](#) de l'infolettre.

Tableau 8 – Majorations applicables en horaires défavorables sur les suppléments d'honoraires du mode de rémunération mixte

Majoration d'honoraires	Modificateur	Horaire
19,12 %	156	18 h – 22 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié
33,82 %	157	18 h – 22 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié
	158	8 h – 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié
44,12 %	159	Le samedi, le dimanche ou un jour férié dans le cadre des services au sans rendez-vous (lieu physique unique) dans une clinique réseau

Les activités médico-administratives ne peuvent être majorées en horaires défavorables.

6.2 Plages horaires

Le mode de rémunération mixte requiert que le médecin facture le forfait horaire et les services rendus (suppléments d'honoraires) en inscrivant, **en tout temps**, la plage horaire correspondant à la période au cours de laquelle débute le forfait horaire ou le service dans l'établissement où il est rémunéré selon ce mode. Selon le cas, les plages horaires suivantes doivent être inscrites :

Tableau 9 – Plages horaires

UMF-CH et CLSC à l'exception du programme de santé et sécurité du travail		Autres secteurs de pratique	
Plage horaire (P.H.)	Valeur	Plage horaire (P.H.)	Valeur
0 h – 8 h (nuit)	5	0 h – 8 h (nuit)	5
8 h – 12 h (a.m.)	6	8 h – 12 h (a.m.)	6
12 h – 18 h (p.m.)	7	12 h – 20 h (p.m.)	7
18 h – 24 h (soir)	8	20 h – 24 h (soir)	8

L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) **est obligatoire** même si les services rendus sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.

Calcul des honoraires

La Régie a mis en place un mécanisme de calcul des honoraires permettant de payer les services demandés au montant calculé par le système, selon le secteur de pratique dans lequel le médecin est rémunéré au mode mixte. S'il y a lieu, ce mécanisme de calcul ne tiendra pas compte d'une différence entre les honoraires demandés par le médecin et ceux établis lors du traitement de ces demandes.

S'il y a différence entre les honoraires demandés par le médecin et ceux versés par la Régie, le message explicatif **663** paraîtra à l'état de compte :

663 Conformément à l'annexe XXIII, vos honoraires ont été rectifiés pour correspondre aux dispositions du nouveau mode de rémunération mixte.

6.3 Message explicatif

Le message explicatif **895** est créé :

895 En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte facturé ne peuvent être payés (réf. : annexe XXIII).

7 Codes d'acte existant en cabinet privé permis en CLSC et en UMF

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLETS *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE ET B-1 – ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES*

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES – EP MÉDECINE DE FAMILLE, PRISE EN CHARGE ET SUIVI (N° 40)*

À compter du 1^{er} novembre 2015, certains services facturés en cabinet privé pourront l'être également en CLSC et en UMF.

7.1 Consultation, examen et visite

Les **médecins adhérents au mode de rémunération mixte** pourront facturer les services ci-dessous rendus en CLSC et en UMF. Un tarif différent de celui pour ces services rendus en cabinet privé est attribué en CLSC et en UMF. Les tarifs en cabinet privé demeurent inchangés.

Tableau 10 – Services permis en CLSC et en UMF

Examen (patients de 60 ans mais de moins de 70 ans)		
Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
00009	ordinaire	16,60
00011	complet	32,90
00021	complet majeur	61,00
Examen (patients de moins de 70 ans)		
Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
08870	ordinaire (patients de moins de 60 ans)	15,60
08871	complet (patients de moins de 60 ans)	31,35
08872	complet majeur (patients de moins de 60 ans)	57,95
08901	psychiatrique complet	36,90
08902	psychiatrique complet majeur	61,95
Examen (70 ans ou plus)		
Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
09034	ordinaire 70 – 79 ans	18,95

09035	complet 70 – 79 ans	38,15
09036	complet majeur 70 – 79 ans	69,80
09038	ordinaire 80 ans ou plus	19,80
09039	complet 80 ans ou plus	39,80
09040	complet majeur 80 ans ou plus	72,95
08930	psychiatrique complet (70 ans ou plus)	42,15
08931	psychiatrique complet majeur (70 ans ou plus)	63,80

7.2 Activités cliniques préventives et EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n° 40)

Les services ci-dessous seront également permis en CLSC et en UMF à compter du **1^{er} novembre 2015** pour les **médecins adhérents au mode de rémunération mixte et pour les médecins rémunérés à l'acte**. **Un tarif différent** de celui pour ces services rendus en cabinet privé est attribué en CLSC et en UMF. Les tarifs en cabinet privé demeurent inchangés.

Tableau 11 – Activités cliniques préventives

Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
15161	Soutien médical à l'abandon du tabagisme	26,60
15230	Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de 15 minutes	23,75

Tableau 12 – Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

Code d'acte	Libellé et tarifs (\$)
15153	Discussion de cas En CLSC et en UMF à compter du 1 ^{er} novembre 2015 : 23,75
15154	Discussion de cas En CLSC et en UMF à compter du 1 ^{er} novembre 2015 : 23,75
15155	Discussion de cas Non payable en rémunération mixte En CLSC et en UMF à compter du 1 ^{er} novembre 2015 : 23,75

8 Programme d'itinérance ou de toxicomanie

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLETS *ENTENTE* ET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les services offerts dans les programmes d'itinérance ou de toxicomanie en CLSC **ne peuvent être rémunérés selon le mode mixte**. En conséquence, l'annexe XXIII est modifiée.

L'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires* (n° 17) (EP – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC) est également modifiée.

8.1 Annexe XXIII

La toxicomanie est retirée des services admissibles au mode de rémunération mixte en CLSC (paragr. 3.02 a) 6)) et le paragraphe 3.02 renuméroté en conséquence.

Des avis administratifs sont ajoutés à l'annexe XXIII et sont présentés à la [partie III](#) de l'infolettre.

8.2 Entente particulière – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC

Le paragraphe 3.06 est ajouté à l'EP – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC (n° 17).

À compter du **1^{er} novembre 2015**, un forfait horaire est prévu pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation CLSC opérée par un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou par un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Le forfait horaire rémunère le médecin pour le temps qu'il consacre aux services de première ligne dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie et comprend :

- les activités médicales et les activités cliniques qui y sont liées;
- les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ou du milieu légal;
- les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Le forfait horaire ne s'applique pas sur les activités et interventions susmentionnées de ce programme dans une UMF en CLSC.

Ce forfait horaire est de **22 \$** et s'ajoute à la rémunération de **95 %** des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie du CLSC.

Aux fins du versement du forfait horaire, le médecin doit utiliser le code d'activité **263XXX** pour les services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie et le code d'activité **264XXX** pour les services rendus dans le cadre du programme d'itinérance.

Ce forfait est calculé par la Régie à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, et versé le mois suivant la fin d'un trimestre. En tenant compte du programme dans lequel le médecin exerce, les heures retenues sont celles facturées avec ces codes d'activité **et payées** dans le cadre de la présente entente particulière au cours d'un trimestre donné.

Le forfait horaire est versé au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

Le premier versement du forfait horaire sera effectué par la Régie en **avril 2016 rétroactivement au 1^{er} novembre 2015**. Ce versement couvrira exceptionnellement une période de cinq mois.

La [partie III](#) de l'infolettre présente les avis administratifs modifiés et ajoutés à l'EP – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC.

Texte paraphé de l'Amendement n° 142

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

- A) En modifiant l'annexe XXIII en supprimant le sous-alinéa 3.02 a) 6) et en renumérotant les sous-alinéas suivants en conséquence.
- B) En ajoutant à l'annexe I de l'annexe XXIII, la Section B intitulée « Services de première ligne en CLSC et Unités de médecine familiale ». Elle est en annexe I du présent amendement.
- C) En ajoutant l'annexe B-1 intitulée « Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse au sein d'une installation ayant pour mission un centre local de services communautaires (CLSC) » à la section B de l'annexe I à l'annexe XXIII. Elle est en annexe I du présent amendement.
- D) En ajoutant la section B-2 intitulée « Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH » à la section B de l'annexe I à l'annexe XXIII. Elle est en annexe II du présent amendement.
- E) En ajoutant, à l'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires, le paragraphe 3.06 suivant :

« 3.06 Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation CLSC opérée par un CISSS ou un CIUSSS, reçoit un forfait horaire pour sa participation aux activités professionnelles liées à ce programme.

Le forfait horaire rémunère le temps qu'il consacre aux services de première ligne concernant le programme d'itinérance ou de toxicomanie comprenant les activités médicales et les activités cliniques qui y sont reliées, les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ou du milieu légal ainsi que les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Ce forfait est de 22 \$ à compter du 1^{er} novembre 2015. Le forfait horaire s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie du CLSC. Le forfait est versé au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente Entente particulière en CLSC, cocher la case Programme d'itinérance ou Programme de toxicomanie et inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS : Utiliser le code d'activité 263XXX pour les services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie et le code d'activité 264XXX pour les services rendus dans le cadre du programme d'itinérance aux fins du versement du forfait horaire. Ce forfait est calculé par la Régie à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et versé le mois suivant la fin d'un trimestre.

En tenant compte du programme dans lequel vous exercez, les heures retenues sont celles facturées avec les codes d'activité 263XXX ou 264XXX et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours d'un trimestre donné.

2. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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 de l'annexe XXIII

Suppléments d'honoraires, règles et modalités particulières par secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte (paragr. 2.06 de l'annexe XXIII)

B – Services de première ligne en CLSC et unités de médecine familiale

Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères – Tissu cellulaire sous cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code 06310 à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;

Section B-1

Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse au sein d'une installation ayant pour mission un centre local de services communautaires (CLSC)

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
62,15	<p>Les services décrits du paragraphe 2.1 au paragraphe 2.2.6 B inclusivement de même qu'au paragraphe 2.3 du préambule général de l'annexe V ainsi que ceux inscrits à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit :</p> <p>00002, 00007, 00009, 00011, 00012, 00021, 00022, 00059, 00060, 00061, 00062, 00074, 00075, 08800, 08803, 08813, 08855, 08856, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 08870, 08871, 08872, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880, 08881, 08901, 08902, 08926, 08930, 08931, 09034, 09035, 09036, 09038, 09039, 09040, 09100, 09110, 09231, 09234, 09237, 09247, 15161, 15230;</p> <p>Autres services médicaux soit :</p> <p>09054, 09070, 09073, 09077, 15153, 15154, 15188, 19950;</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs;</p> <p>Dans les CLSC désignés, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit :</p> <p>8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>
%	Services médico-administratifs
40	42092, 42093
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
19,4	<p>Les services décrits du paragraphe 2.1 au paragraphe 2.2.6 B inclusivement de même qu'au paragraphe 2.3 du préambule général de l'annexe V ainsi que ceux inscrits à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit :</p> <p>00002, 00007, 00009, 00011, 00012, 00021, 00022, 00059, 00060, 00061, 00062, 00074, 00075, 08800, 08803, 08813, 08855, 08856, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 08870, 08871, 08872, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880, 08881, 08901, 08902, 08926, 08930, 08931, 09034, 09035, 09036, 09038, 09039, 09040, 09100, 09110, 09231, 09234, 09237, 09247, 15161, 15230;</p> <p>Autres services médicaux soit :</p> <p>09054, 09070, 09073, 09077, 15153, 15154, 15188, 19950;</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs;</p> <p>Dans les CLSC désignés, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit :</p> <p>8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les soins et les services médicaux de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ambulatoire (à l'exclusion des services au sein d'une unité de médecine familiale, du programme de santé mentale et du programme de soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs et des services rendus à l'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré), les services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse dispensés dans le cadre du programme de service médical ou de services cliniques au sein d'une installation d'un CLSC opéré par un CSSS.

Ces soins et services médicaux de médecine de famille de prise en charge et de suivi s'adressent à des patients ambulatoires exclusivement.

42088	Forfait horaire relatif aux services médicaux de médecin de famille et relatif au programme jeunesse (première heure complétée).....	57,12 \$
42089	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,28 \$
42090	Forfait horaire relatif à l'interruption volontaire de grossesse (première heure complétée)	57,12 \$
42091	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,28 \$

AVIS : Pour les forfaits horaires en CLSC et les périodes additionnelles, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour les actes **42089** et **42091**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (9XXX2 ou 8XXX5) dans la section Établissement.

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

AVIS : Se référer au paragraphe 2.04 des modalités spécifiques de l'annexe XXIII pour connaître la signification de plage horaire en CLSC.

AVIS : Inscrire le modificateur **154** pour chacun des services (forfait horaire et suppléments d'honoraires) relatifs au programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que dans le cadre du programme jeunesse ou relatifs au programme d'interruption volontaire de grossesse dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement.

2. Malgré les dispositions du paragraphe 2.03 de l'annexe XXIII de l'entente générale, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein du secteur de pratique de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle visé par la présente annexe peut être rémunéré selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base selon les dispositions de l'entente générale pour l'ensemble de ses activités dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous s'il rencontre les conditions ci-après énoncées :

- i) à la date de la mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux de médecine de famille en CLSC, il était rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option. Le médecin visé qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement peut exercer le choix prévu à la présente disposition dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé;
- ii) il manifeste son choix en même temps qu'il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause;

AVIS : *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur l'avis de service approprié (formulaire 1897 ou 3547).*

Inscrire le modificateur 001 pour chacun des services facturés au sans rendez-vous en médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle dans la section Actes et inscrire les honoraires demandés à 100 % du tarif.

La possibilité de conserver ainsi la rémunération à l'acte à 100 % pour les services médicaux en sans rendez-vous, est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode à la date de mise en vigueur de la présente annexe pour les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle en CLSC.

Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % pour ces activités qui subséquemment opte pour le mode de rémunération mixte pour les activités médicales en sans rendez-vous au sein d'une installation ne peut, au sein de la même installation, se prévaloir de nouveau de la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ces activités tout en demeurant au mode de rémunération mixte.

Le médecin qui se prévaut ainsi de la rémunération à l'acte à 100 % en vertu de la présente disposition ne peut, pour la même période de temps, réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné : sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse (IVG) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, UMF).

- 3. Les règles et modalités spécifiques énoncées à l'article 2 ci-dessus s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, à la rémunération du médecin pour des activités d'interruption volontaire de grossesse dans une installation d'un CLSC.

AVIS : *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur l'avis de service approprié (formulaire 1897 ou 3547).*

Inscrire le modificateur 002 pour chacun des services rendus en CLSC pour les activités d'interruption volontaire de grossesse dans la section Actes et inscrire les honoraires demandés à 100 % du tarif.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipratricien (1897) ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné : sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse (IVG) et inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, UMF).

4. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

4.1 19,12 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : Inscrire le modificateur **156** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 19,12 %.

4.2 33,82 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : Inscrire le modificateur **157** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 33,82 %.

4.3 33,82 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS : Inscrire le modificateur **158** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (CLSC ou point de service d'un CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 33,82 %.

4.4 44,12 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau.

AVIS : Inscrire le modificateur **159** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code de la **clinique réseau** – lieu physique unique (**8XXX5** ou **9XXX2**) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 44,12 %.

5. Le médecin rémunéré selon le mode mixte ne peut facturer l'intervention clinique que pour un maximum de 90 minutes s'il n'exerce que pendant une plage horaire (a.m., p.m. ou soir) dans une journée ou d'un maximum de 180 minutes s'il exerce pendant plus d'une plage horaire dans une journée.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

6. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 *b*) i), ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42092 Activités médico-administratives (par. 2.01 *b*) i) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes
..... 23,78 \$

42093 Activités médico-administratives (par. 2.01 *b*) ii) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes
..... 23,78 \$

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- *XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte approprié dans la section Actes;*
- *la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;*
- *le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;*
- *le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);*
- *le numéro de l'établissement (9XXX2 ou 8XXX5) dans la section Établissement.*

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

7. Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable ou de co-responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.*

AVIS : *Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu au comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable. Ce forfait ne peut être facturé plus d'une fois par GMF du lundi au dimanche.*

Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- *le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte 19017 dans la section Actes;*
- *le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);*
- *le code identifiant le site du GMF dans la section Établissement;*
- *la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche);*

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

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et de ses modalités prévues au paragraphe 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer ses activités avec le code :*

072101 *Activités de fonctionnement en GMF*

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'une clinique réseau en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau*.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique réseau (**9XXX2** ou **8XXX5**) dans la section Établissement;

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

8. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

Section B-2

Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
62,15	<p>Les services décrits du paragraphe 2.1 au paragraphe 2.2.6 B inclusivement de même qu'au paragraphe 2.3 du préambule général de l'annexe V ainsi que ceux inscrits à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit : 00002, 00007, 00009, 00011, 00012, 00021, 00022, 00059, 00060, 00061, 00062, 00074, 00075, 08800, 08803, 08813, 08855, 08856, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 08870, 08871, 08872, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880, 08881, 08901, 08902, 08926, 08930, 08931, 09034, 09035, 09036, 09038, 09039, 09040, 09100, 09110, 09231, 09234, 09237, 09247, 15161, 15230;</p> <p>Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15153, 15154, 15188, 19950, 42096, 42097, 42098 et 42099;</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs.</p> <p>Dans les UMF situés en CH, l'ensemble des services d'ultrasonographie de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement;</p> <p>Dans les UMF situés dans un CLSC désigné, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>
%	Services médico-administratifs
40	42100, 42101
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
19,4	<p>Les services décrits du paragraphe 2.1 au paragraphe 2.2.6 B inclusivement de même qu'au paragraphe 2.3 du préambule général de l'annexe V ainsi que ceux inscrits à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit : 00002, 00007, 00009, 00011, 00012, 00021, 00022, 00059, 00060, 00061, 00062, 00074, 00075, 08800, 08803, 08813, 08855, 08856, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 08870, 08871, 08872, 08873, 08874, 08878, 08879, 08880, 08881, 08901, 08902, 08926, 08930, 08931, 09034, 09035, 09036, 09038, 09039, 09040, 09100, 09110, 09231, 09234, 09237, 09247, 15161, 15230;</p> <p>Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15153, 15154, 15188, 19950, 42096, 42097, 42098 et 42099;</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs.</p> <p>Dans les UMF situés en CH, l'ensemble des services d'ultrasonographie de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement;</p> <p>Dans les UMF situés dans un CLSC désigné, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>

ACTIVITÉS VISÉES

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les activités du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

Ces services médicaux s'adressent à des patients ambulatoires exclusivement.

42094 Forfait horaire (première heure complétée)	57,12 \$
42095 Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,28 \$

AVIS: Pour le forfait horaire en UMF et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait dans la case P.H.;
- pour l'acte **42095**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (UMF-CLSC ou UMF-CH) dans la section Établissement.

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

AVIS: Se référer au paragraphe 2.04 des modalités spécifiques de l'annexe XXIII pour connaître la signification de plages horaires en UMF.

AVIS: Inscrire le modificateur **155** pour chacun des services (forfait horaire et suppléments d'honoraires) relatifs aux unités de médecine familiale dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CLSC) dans la section Établissement.

2. L'annexe I prévue au paragraphe 1.04 de la section II de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant fait état de la liste des établissements opérant une unité de médecine familiale.

AVIS: La liste des établissements désignés à l'annexe I de l'EP – Médecin enseignant (n° 42) est disponible sur notre site au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

3. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévues au paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants :

- 3.1 Activité de supervision : cet acte comprend la période entière pendant laquelle un médecin enseignant est affecté à une activité de supervision. Il comprend la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des externes et des résidents. Elle peut inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision.

Pour les activités de supervision, le médecin opte, pour l'ensemble de la demi-journée (3,5 heures), pour le mode de l'acte ou pour l'acte d'intervention de supervision :

- i) s'il opte pour le mode de l'acte, les conditions prévues aux paragraphes 2.06 et 2.11 de l'annexe XXIII de l'entente générale s'appliquent sous réserve de ce qui suit. Durant la demi-journée où le médecin supervise un ou plusieurs résidents, il peut lorsque requis, réclamer un seul acte d'intervention clinique à l'égard d'un des patients vus par les résidents. La durée de l'intervention clinique est alors celle qu'il aurait lui-même facturée. Par ailleurs, il réclame les autres services qu'il a effectués avec le concours des résidents durant cette même demi-journée selon les modalités du mode mixte. Le médecin doit identifier sur une demande de paiement que les services rendus l'ont été avec le concours d'un résident.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire le numéro d'inscription à la Régie du résident dans la case SON NUMÉRO. Le numéro d'inscription d'un résident comporte six chiffres et débute par le chiffre 5 qui représente la classe (5-XXXXX).*

AVIS : *Pour facturer une consultation, inscrire :*

- le numéro du médecin ayant demandé la consultation dans la case SON NUMÉRO du professionnel référant;
- le numéro du résident dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- la lettre « **A** » dans la case C.S.

- ii) s'il opte pour l'acte d'intervention de supervision, le médecin peut réclamer un seul acte d'intervention de supervision 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.

Intervention de supervision par période complète de 15 minutes23,78 \$

AVIS : *Pour facturer le forfait d'intervention de supervision, inscrire le code d'acte correspondant à la période de la journée dans la section Actes :*

- En matinée : **42096**;
- En après-midi : **42097**;
- En soirée : **42098**.

- 3.2 **Activité académique** : cet acte comprend l'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel, l'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique, le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques et la planification des activités académiques. Le médecin doit consacrer à ces activités au moins quinze (15) minutes consécutives.

Dans le cas où le médecin opte pour l'intervention de supervision durant la demi-journée (3,5 heures), les activités académiques effectuées pendant cette période sont incluses et sont rémunérées à titre d'activités de supervision. Au-delà de la demi-journée (3,5 heures) d'intervention de supervision, si le médecin poursuit ses activités académiques, le médecin réclame alors l'acte d'activité académique durant la période de prolongation concernée.

42099 **Activité académique** par période complète de 15 minutes23,78 \$

4. Malgré les dispositions du paragraphe 2.03 de l'annexe XXIII de l'entente générale, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein d'une unité de médecine familiale visé par la présente annexe peut être rémunéré selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base selon les dispositions de l'entente générale pour l'ensemble de ses activités dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous de l'unité s'il rencontre les conditions ci-après énoncées :

- i) à la date de la mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux en UMF, il était rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option. Le médecin visé qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement peut exercer le choix prévu à la présente disposition dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé;
- ii) il manifeste son choix en même temps qu'il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause;

AVIS : *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur l'avis de service approprié (formulaire 1897 ou 3547).*

*Inscrire le modificateur **004** pour chacun des services facturés au sans rendez-vous d'une unité de médecine familiale dans la section Actes et inscrire les honoraires demandés à 100 % du tarif.*

La possibilité de conserver ainsi la rémunération à l'acte à 100 % pour les services médicaux en sans rendez-vous, est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode à la date de mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux en UMF.

Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % pour ces activités qui subséquemment opte pour le mode de rémunération mixte pour les activités médicales en sans rendez-vous au sein d'une installation ne peut, au sein de la même installation, se prévaloir de nouveau de la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ces activités tout en demeurant au mode de rémunération mixte.

Le médecin qui se prévaut ainsi de la rémunération à l'acte à 100 % en vertu de la présente disposition ne peut, pour la même période de temps, réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) version papier pour chaque médecin concerné : sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII et inscrire le secteur de pratique Unité de médecine familiale ainsi que la période couverte par l'avis de service.*

Pour le médecin qui désire conserver le mode de l'acte à 100 % pour les services rendus en sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, UMF).

5. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

- 5.1 19,12 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **156** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 19,12 %.*

- 5.2 33,82 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur **157** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 33,82 %.*

5.3 33,82 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS : Inscrive le modificateur **158** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrive les honoraires demandés en y incluant la majoration de 33,82 %.

5.4 44,12 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau.

AVIS : Inscrive le modificateur **159** ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris examens et consultations) dans la section Actes et le code de la **clinique réseau** – lieu physique unique (UMF-CH ou UMF-CLSC) dans la section Établissement. Inscrive les honoraires demandés en y incluant la majoration de 44,12 %.

6. Le médecin rémunéré selon le mode mixte ne peut facturer l'intervention clinique que pour un maximum de 90 minutes s'il n'exerce que pendant une plage horaire (a.m., p.m. ou soir) dans une journée ou d'un maximum de 180 minutes s'il exerce pendant plus d'une plage horaire dans une journée.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

7. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i), ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42100 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes 23,78 \$

42101 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes 23,78 \$

AVIS : Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement (**4XXX1**, **9XXX2** ou **8XXX5**) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

FORMATION CONTINUE

8. Le médecin qui opte pour le mode mixte en UMF peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 7 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.*

AVIS : Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) et inscrire :

- le code de congé : **17**;
- sous durée (jours) : **1.00** ou **0.50**.

Pour les autres modes de rémunération, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et inscrire :

- sous **quantième** : la date de la journée de la formation continue;
- sous **mode de rémunération** : TH;
- sous **plage horaire** : la plage au cours de laquelle la formation a débuté;
- sous **code d'activité** : **051133** pour une demi-journée de formation continue;
051134 pour une journée complète de formation continue;
- sous **heures travaillées** : toujours inscrire 1 heure.

Il ne peut se prévaloir de la rémunération selon le forfait horaire prévu au paragraphe 1 ci-dessus pendant la période de formation.

CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

9. Le chef de l'unité de médecine familiale qui opte pour le mode mixte en UMF peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 8 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant pour les activités de gestion médico-administratives liées à ses activités de chef.*

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19909** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement désigné dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de vos services, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

Le chef de l'unité de médecine familiale qui assume également les fonctions de médecin responsable ou de co-responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement, est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.*

AVIS : Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu au comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable. Ce forfait ne peut être facturé plus d'une fois par GMF du lundi au dimanche.

Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19017** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code identifiant le site du GMF dans la section Établissement;
- la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche);

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

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues au paragraphe 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS : Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** ou à **tarif horaire** qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer ses activités avec le code :

072101 Activités de fonctionnement en GMF

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'une clinique réseau en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau*.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique réseau (**4XXX1**, **9XXX2** ou **8XXX5**) dans la section Établissement;

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

AUTRES MODALITÉS

10. Malgré les dispositions du paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, la rémunération versée en vertu des articles 8 et 9 ci-dessus est versée à 100 % du tarif prévu à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant*.
11. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents de travail sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

Autres changements administratifs relatifs à l'Amendement n° 142

1 Manuel des médecins omnipraticiens

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLETS *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT* ET
B-1 – ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

1.1 Onglet Rédaction de la demande de paiement

- À la section *4.2.6 Section 6 Facturation des actes*, sous le paragraphe 2), certaines plages horaires sont modifiées :

UMF-CH et CLSC à l'exception du programme de santé et sécurité du travail		Autres secteurs de pratique	
Plage horaire (P.H.)	Valeur	Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 0 h à 8 h (nuit)	5	de 0 h à 8 h (nuit)	5
de 8 h à 12 h (a.m.)	6	de 8 h à 12 h (a.m.)	6
de 12 h à 18 h (p.m.)	7	de 12 h à 20 h (p.m.)	7
de 18 h à 24 h (soir)	8	de 20 h à 24 h (soir)	8

- À la section *Annexe II 4.6.2 Liste des modificateurs*, sous Annexe XXIII, neuf modificateurs sont créés :

Section B

Paragraphe 4.1 : Majoration de 19,12 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié..... **MOD 156**

Paragraphe 4.2 : Majoration de 33,82 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié..... **MOD 157**

Paragraphe 4.3 : Majoration de 33,82 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h..... **MOD 158**

Paragraphe 4.4 : Majoration de 44,12 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services au sans rendez-vous d'une clinique réseau **MOD 159**

Section B-1

Paragraphe 1 : Services relatifs au programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que dans le cadre du programme jeunesse ou relatifs au programme d'interruption volontaire de grossesse **MOD 154**

Paragraphe 2 : Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus en CLSC au sans rendez-vous relatifs aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle **MOD 001**

Paragraphe 3 : Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus en CLSC pour les activités d'interruption volontaire de grossesse **MOD 002**

Section B-2

Paragraphe 1 : Services relatifs aux unités de médecine familiale **MOD 155**

Paragraphe 4 : Rémunération à 100 % du tarif pour les services médicaux rendus au sans rendez-vous en unité de médecine familiale (CLSC et CH) **MOD 004**

- À la section *Modificateurs multiples*, des modificateurs multiples sont créés :

Combinaison	Modificateur multiple	Constante
001 – 046	876	1,2300
001 – 046 – 094	774	1,2300
001 – 094	879	1,0000
001 – 410	882	1,1300
001 – 410 – 094	777	1,1300
001 – 411	885	1,2300
001 – 411 – 094	780	1,2300
001 – 412	888	1,3000
001 – 412 – 094	783	1,3000
002 – 046	877	1,2300
002 – 046 – 094	775	1,2300
002 – 094	880	1,0000
002 – 410	883	1,1300
002 – 410 – 094	778	1,1300
002 – 411	886	1,2300

Combinaison	Modificateur multiple	Constante
002 – 411 – 094	781	1,2300
002 – 412	889	1,3000
002 – 412 – 094	784	1,3000
004 – 046	878	1,2300
004 – 046 – 094	776	1,2300
004 – 094	881	1,0000
004 – 410	884	1,1300
004 – 410 – 094	779	1,1300
004 – 411	887	1,2300
004 – 411 – 094	782	1,2300
004 – 412	890	1,3000
004 – 412 – 094	785	1,3000
154 – 156	891	1,1912
154 – 157	892	1,3382
154 – 158	893	1,3382
154 – 159	894	1,4412
154 – 094	817	1,0000
154 – 156 – 094	766	1,1912
154 – 157 – 094	767	1,3382
154 – 158 – 094	768	1,3382
154 – 159 – 094	769	1,4412
155 – 156	895	1,1912
155 – 157	896	1,3382
155 – 158	897	1,3382
155 – 159	898	1,4412
155 – 094	899	1,0000

Combinaison	Modificateur multiple	Constante
155 – 156 – 094	770	1,1912
155 – 157 – 094	771	1,3382
155 – 158 – 094	772	1,3382
155 – 159 – 094	773	1,4412

1.2 Onglet Messages explicatifs

Le message explicatif **895** est créé :

895 En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte facturé ne peuvent être payés (réf. : annexe XXIII).

1.3 Onglet B-1 – Activités cliniques préventives

- Sous le code d'acte **15161**, l'avis est modifié :

AVIS : Pour facturer, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identité usuelles;
- le code d'acte **15161** dans la section Actes ou dans la section Visites;
- le code de localité, ou le numéro de cabinet (6XXX ou 54XXX) ou le numéro d'établissement (4XXX1, 8XXX5 ou 9XXX2) dans la section Établissement;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

Étant donné l'obligation d'inscrire la plage horaire correspondant au service rendu, le médecin ne peut facturer le code d'acte **15161** dans la section Visites s'il est rémunéré selon le mode mixte (annexe XXIII).

- Sous le code d'acte **15230**, l'avis est modifié :

AVIS : Pour facturer, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identité usuelles;
- le code d'acte **15230** dans la section Actes;
- le code de localité, ou le numéro de cabinet (6XXX ou 54XXX) ou le numéro d'établissement (4XXX1, 8XXX5 ou 9XXX2) dans la section Établissement;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

2 Brochure n° 1

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLETS *ENTENTE ET ENTENTES PARTICULIÈRES*

2.1 Onglet Entente – Annexe XXIII

À la suite du retrait du paragraphe « 3.02 a) 6) la toxicomanie » des services admissibles au mode de rémunération mixte en CLSC, le paragraphe 3.02 a) est renuméroté.

- À l'article 2.00 *Modalités spécifiques*, l'avis administratif sous le paragraphe 2.04 est modifié :

AVIS : Le médecin autorisé au mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII doit remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire **obligatoirement, en tout temps, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu dans le secteur de pratique de l'établissement désigné dans la case P.H.** :

UMF-CH et CLSC à l'exception du programme de santé et sécurité du travail		Autres secteurs de pratique	
Plage horaire (P.H.)	Valeur	Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 0 h à 8 h (nuit)	5	de 0 h à 8 h (nuit)	5
de 8 h à 12 h (a.m.)	6	de 8 h à 12 h (a.m.)	6
de 12 h à 18 h (p.m.)	7	de 12 h à 20 h (p.m.)	7
de 18 h à 24 h (soir)	8	de 20 h à 24 h (soir)	8

L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) est obligatoire même si les services sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.

- Au paragraphe 3.02 a) lorsqu'offert au sein d'une installation ayant pour mission un centre local de services communautaires, un avis est ajouté :

AVIS : **Rémunération à l'acte**, utiliser le numéro d'établissement 9XXX2 ou 8XXX5.

- Au paragraphe 3.02 a) 1) les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, un avis est ajouté :

AVIS : **Rémunération à honoraires fixes**, les codes d'activité sont :

002015 Examens relatifs à l'hépatite C

002030 Services cliniques

002031 Étude de dossiers

002032 Rencontres multidisciplinaires

002037 Planification – Programmation – Évaluation

002043 Tâches médico-administratives et hospitalières

002055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

002063 Garde sur place

- 002071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement).*
- 002079** *Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)*
- 002098** *Services de santé durant le délai de carence*
- 002132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

- Au paragraphe 3.02 a) 9) l'unité de médecine familiale, un avis est ajouté :

AVIS : Rémunération à honoraires fixes, les codes d'activité sont :

- 051015** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- 051027** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
- 051028** *Gestion administrative spécifique de l'UMF*
- 051030** *Services cliniques*
- 051031** *Étude de dossiers*
- 051032** *Rencontres multidisciplinaires*
- 051043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- 051068** *Encadrement clinique et pédagogique*
- 051069** *Activité supervision*
- 072101** *Activités de fonctionnement en GMF*
- 072103** *Activités cliniques en GMF*
- 076110** *Services cliniques sans rendez-vous*
- 076111** *Services cliniques avec rendez-vous*

- Au paragraphe 3.02 b) 1) l'unité de médecine familiale, un avis est ajouté :

AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement 4XXX1.

- Au paragraphe 3.02 b) 3) le sans rendez-vous au sein de l'unité de médecine familiale, un avis est ajouté :

AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement 4XXX1.

- Au paragraphe 3.02 c) 1) les directions régionales de santé publique, un avis est ajouté :

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

- Au paragraphe 3.02 c) 2) l'Institut national de santé publique du Québec, un avis est ajouté :

AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement 94559.

- Au paragraphe 3.02 c) 3) la Direction générale de santé publique, un avis est ajouté :

AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement 94509.

- Au paragraphe 3.02 d) les services en santé et sécurité du travail pour le compte de la CSST sous la responsabilité d'une direction régionale de santé publique, un avis est ajouté :

AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement 9XXX2, 8XXX5 ou 0XXX3.

2.2 Onglet Entente particulière – EP – Médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC (n° 17)

- Sous le paragraphe 3.05, un avis est ajouté :

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente Entente particulière en CLSC, cocher la case Centre de détention et inscrire la période couverte par l'avis de service.

- Sous l'article 4.00, l'avis est modifié :

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants en remplaçant les X par les chiffres appropriés, selon la situation :

Dans un CLSC = 002XXX

Dans le programme Toxicomanie = 263XXX

Dans le programme Itinérance = 264XXX

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX030 Services cliniques *

XXX031 Étude de dossiers

XXX032 Rencontres multidisciplinaires

XXX037 Planification – Programmation – Évaluation

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

XXX063 Garde sur place

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

XXX079 Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Programme Centre de détention :

088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre antipoison :

089030 Services cliniques

089067 Expertise conseil, information et coordination

* Pour la facturation des services cliniques effectués dans un GMF ou dans une clinique réseau, se référer aux ententes particulières concernées pour connaître le code d'activité à utiliser.

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

- Au paragraphe 6.03, sous le code d'acte **15155**, l'avis est modifié :

AVIS : *Pour facturer une discussion de cas pour une personne assurée, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15153** dans la section Actes par période de 15 minutes complètes;
- le nombre de périodes de 15 minutes complètes dans la case UNITÉS;
- le numéro de cabinet, d'établissement ou de localité dans la section Établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de discussion de cas dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

ou

Pour facturer une discussion de cas pour plus d'une personne assurée, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE d'une des personnes assurées;
- le code d'acte **15154** dans la section Actes par période de 15 minutes complètes;
- le nombre de périodes de 15 minutes complètes dans la case UNITÉS;
- le numéro de cabinet, d'établissement ou de localité dans la section Établissement;
- le numéro d'assurance maladie des autres personnes assurées et l'heure de début et de fin de la période de discussion de cas dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

*Lorsque vous devez vous déplacer pour effectuer une discussion de cas avec les intervenants désignés, utiliser le code d'acte **15155** et inscrire l'heure de départ pour l'établissement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*