



À l'intention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 150

Sous réserve des approbations gouvernementales, la Régie vous présente l'*Amendement n° 150* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération. Plusieurs des mesures inscrites dans cet amendement ont déjà été réalisées et intégrées à votre entente à la suite de documents administratifs reçus. L'information vous a été transmise dans de précédentes infolettres.

Dans cette infolettre, nous vous présentons uniquement les mesures qui n'ont pas été diffusées antérieurement. Vous y trouverez, entre autres, des modifications à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n° 40) qui tiennent compte de la mise en œuvre, le 11 avril 2016, du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

Les changements apportés par cet amendement entrent en vigueur à différentes dates qui vous sont précisées dans la présente infolettre. Vous trouverez le texte paraphé de l'*Amendement n° 150* et de ses annexes, en parties [I](#), [II](#) et [III](#).

Les changements aux services décrits aux onglets B et B1, en parties [II](#) et [III](#), visant des activités en CLSC et en UMF-CH seront remplacés par une nouvelle nomenclature. Vous serez informé prochainement par infolettre.

1 Manuel des médecins omnipraticiens

L'onglet *B – Consultation, examen et visite* est modifié afin de préciser que la facturation des examens est permise en UMF-CLSC, en plus de la facturation en CLSC et en UMF-CH. Les changements apportés sont présentés à la [partie II](#) de l'infolettre.

L'onglet *B1 – Activités cliniques préventives* est modifié afin de préciser que la facturation des actes est permise en UMF-CLSC, en plus de la facturation en CLSC et en UMF-CH. Les changements apportés sont présentés à la [partie III](#) de l'infolettre.

Les modifications entrent en vigueur le **1^{er} novembre 2015**.

2 Annexe I de l'annexe XXIII – Santé publique et Santé et sécurité du travail

- La section *Santé publique et Santé et sécurité du travail* de l'annexe I est identifiée *A – Santé publique et Santé et sécurité du travail*.
- L'avis sous le paragraphe 3.1 de l'annexe I – A est modifié comme suit :

AVIS : Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- [...]
- le numéro de la direction régionale de santé publique concernée dans la section Établissement :

<i>CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)</i>	94400	<i>CISSS de la Gaspésie (11)</i>	94413
<i>CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)</i>	94401	<i>CISSS de Chaudière-Appalaches (12)</i>	94414
<i>CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)</i>	94402	<i>CISSS de Laval (13)</i>	94415
<i>CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec (04)</i>	94403	<i>CISSS de Lanaudière (14)</i>	94416
<i>CIUSSS de l'Estrie – CHUS (05)</i>	94404	<i>CISSS des Laurentides (15)</i>	94417
<i>CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)</i>	94405	<i>CISSS de la Montérégie-Centre (16)</i>	94418
<i>CISSS de l'Outaouais (07)</i>	94410	<i>Nunavik (17)</i>	94179
<i>CIUSSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)</i>	94411	<i>Terres-Cries-de-la Baie-James (18)</i>	94183
<i>CISSS de la Côte-Nord (09)</i>	94412		

- Le paragraphe 3.2 de l'annexe I – A est modifié.

Pendant sa période de garde en disponibilité, les services rendus par le médecin lorsqu'il n'a pas à se déplacer peuvent être facturés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période minimale de 30 minutes consécutives.

Pour vous permettre de facturer les services rendus, depuis le 1^{er} juillet 2015, sans déplacement dont la durée d'intervention correspond à une période minimale de 30 minutes consécutives, la Régie vous alloue 90 jours à compter de la date de la présente infolettre pour transmettre votre facturation.

- Le sous-paragraphe 3.3.1 de l'annexe I – A est modifié.

En santé environnementale ou en maladies infectieuses, le médecin peut bénéficier d'une majoration sur les services rendus pendant certaines gardes en disponibilité en horaires défavorables même si les services dispensés ne requièrent pas de déplacement du médecin.

Aucune révision des services n'est requise. Cette modification sera appliquée sur la facturation rétroactive décrite dans l'encadré.

Les instructions de facturation s'adressant au médecin qui a migré vers la nouvelle facturation à l'acte seront disponibles prochainement dans le manuel et brochure sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous votre profession *Médecins omnipraticiens – Nouvelle facturation à l'acte*.

Les modifications entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

3 EP – Santé publique (n° 24)

- Le paragraphe 4.02 de l'entente particulière n° 24 est modifié.

Pendant sa période de garde en disponibilité, les services rendus par le médecin rémunéré selon l'*Entente particulière relative à la santé publique* (n° 24), lorsqu'il n'a pas à se déplacer peuvent être facturés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période minimale de 30 minutes consécutives.

Pour vous permettre de facturer les services rendus, depuis le 1^{er} juillet 2015, sans déplacement dont la durée d'intervention correspond à une période minimale de 30 minutes consécutives, la Régie vous alloue 90 jours à compter de la date de la présente infolettre pour transmettre votre facturation.

- Le sous-paragraphe 5.10.03 de l'entente particulière n° 24 est modifié.

En santé environnementale ou en maladies infectieuses, le médecin peut bénéficier d'une majoration sur les services rendus pendant certaines gardes en disponibilité en horaires défavorables même si les services dispensés ne requièrent pas de déplacement du médecin.

Aucune révision des services n'est requise. Cette modification sera appliquée sur la facturation rétroactive décrite dans l'encadré.

Les modifications entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2015**.

4 EP – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40)

Les paragraphes 4.12, 13.01 et 13.02 de l'EP – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) sont modifiés pour tenir compte de la mise en œuvre, au 11 avril 2016, du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) (voir l'[infolettre 009](#) du 7 avril 2016).

Les instructions de facturation s'adressant au médecin qui a migré vers la nouvelle facturation à l'acte seront disponibles prochainement dans les manuel et brochure sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous votre profession *Médecins omnipraticiens – Nouvelle facturation à l'acte*.

Les modifications entrent en vigueur le **11 avril 2016**.

4.1 Suppléments pour la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable ou non (paragraphe 4.12)

Le supplément visé par le paragraphe 4.12 doit être facturé à la même date que le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge du patient sans médecin de famille tant en cabinet privé, en établissement, en CLSC, qu'en UMF-CH et en UMF-CLSC.

Les modalités du paragraphe 4.12 sont ajustées pour tenir compte des patients attribués par le GAMF (voir les sections 4.2, 4.3 et 4.4).

4.2 Patient très vulnérable et attribué par le GAMF (paragraphe 13.01)

Le supplément pour le patient très vulnérable, prévu au paragraphe 13.01, peut être facturé en autant que le patient soit **attribué par le GAMF** et qu'il présente l'un des problèmes de santé suivants :

- un ou des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 (problèmes de santé mentale, troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)) de la présente entente particulière avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3 (troubles dépressifs majeurs récidivants);
- un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de la présente entente particulière (toxicomanie ou alcoolisme).

4.3 Maximum de 150 patients sans médecin de famille attribués par le GAMF ou le GACO (paragraphe 13.02)

Pour les fins du cumul du maximum des 150 patients, vulnérables ou non vulnérables, sans médecin de famille, les patients référés par les anciens guichets (GACO) avant le 11 avril 2016 et les patients attribués par le GAMF depuis le 11 avril 2016 doivent être considérés. Un outil informatique actuellement en développement permettra de faire le suivi du nombre de patients référés. Vous serez informé dès que cet outil sera opérationnel.

Lorsque le nombre maximum de 150 patients attribués est atteint, le supplément prévu au sous-paragraphe 4.12 C) ne peut plus être facturé par le médecin. Pour tous les patients subséquents, vulnérables ou non vulnérables, attribués ou non par le guichet d'accès, seuls les suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A) et 4.12 B) ainsi qu'au paragraphe 13.01 peuvent être facturés par le médecin.

La limite de 150 patients pour le supplément d'un patient sans médecin de famille attribué par le GAMF ne s'applique pas au médecin de famille au cours des quatre premières années de pratique. La première année de pratique débute le 1^{er} janvier suivant l'obtention du permis de pratique du médecin de famille.

Le coordonnateur médical local peut soumettre au comité paritaire toute situation particulière concernant l'attribution de patients à un médecin de famille par le GAMF. Le comité paritaire prendra les décisions nécessaires, comme faire cesser l'attribution à un médecin de famille par le GAMF, s'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité des services auprès de la clientèle.

Le médecin de famille qui prend en charge un patient attribué par le GAMF a accès aux conditions de santé du patient telles que décrites dans le GAMF en plus de son identité et de son numéro d'assurance maladie.

4.4 Précisions sur les modalités de facturation

4.4.1 Avant le 11 avril 2016

Avant la mise en œuvre du GAMF, le **11 avril 2016**, le coordonnateur médical local devait octroyer un numéro séquentiel au médecin ayant accepté la prise en charge d'un patient sans médecin de famille.

Pour les patients référés avec un numéro séquentiel, le médecin doit facturer le premier examen ou la première intervention clinique et le supplément donnant lieu à l'inscription du patient sur la même demande de paiement et inscrire la lettre « **A** » dans la case *C.S.* et les renseignements suivants dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* :

- le numéro du CISSS ou du CIUSSS (94XXX);
- la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ);
- le numéro séquentiel attribué par le CISSS ou le CIUSSS au patient sans médecin de famille.

Que le premier examen ou la première intervention clinique ait lieu avant ou à partir du 11 avril 2016, ces mêmes renseignements doivent se trouver sur la demande de paiement.

Pour le médecin qui a migré vers le service en ligne FacturActe, aucune information n'est requise au moment de la facturation.

Le médecin a trois mois à compter du 11 avril 2016 pour se prévaloir des suppléments pour les patients référés dans le cadre du GACO. Par conséquent, le médecin a jusqu'au **11 juillet 2016** pour effectuer l'inscription d'un patient référé par le GACO afin de se prévaloir du supplément pour patient référé. Le patient référé par le GACO et inscrit après le 11 juillet 2016 sera considéré comme étant non attribué et le médecin aura droit uniquement au supplément pour patient non attribué.

4.4.2 À compter du 11 avril 2016

Les patients qui sont enregistrés dans le GAMF et qui ont été attribués par liste au médecin sont considérés comme référés. Aux fins de la facturation, le médecin n'a pas à inscrire autre chose sur la demande de paiement que son service et le code d'acte correspondant au supplément auquel il a droit :

AVIS : *Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte [...] dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

Le supplément prévu au sous-paragraphe A) du paragraphe 4.12 peut être facturé lors du premier examen ou de la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription d'un patient non vulnérable que ce patient soit attribué ou non par le GAMF.

5 EP – Activités médicales particulières (AMP) (n° 51)

L'engagement du médecin dans le cadre de cette entente particulière peut viser la prestation en première ligne de services médicaux et de suivi de la clientèle. Le seuil de l'engagement est de **500 patients inscrits**, vulnérables ou non, ou selon les paramètres que peuvent déterminer les parties par voie administrative.

Le département régional de médecine générale (DRMG) reconnaît les heures d'AMP dans le secteur de la prestation en première ligne de services médicaux et de suivi de la clientèle lorsque les critères suivants sont atteints :

- un volume de 500 patients inscrits ou plus correspond à 12 heures par semaine ou 132 heures par trimestre;
- un volume de 250 à 499 patients inscrits correspond à 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre;
- un volume de 125 à 249 patients inscrits correspond à 3 heures par semaine ou 33 heures par trimestre.

L'article 2 de l'annexe II de l'entente particulière n° 51 ainsi modifié est en vigueur depuis le **1^{er} septembre 2015**.

6 Lettre d'entente n° 278 – Montants forfaitaires prévus pour le mode mixte en CLSC et en UMF

À la suite de la prolongation du délai d'adhésion au mode de rémunération mixte en UMF au 31 mars 2016, la période servant au calcul du versement d'un montant forfaitaire sera du 1^{er} novembre 2015 au 31 mars 2016 (voir l'article 6 de l'*Amendement n° 150*). La période visée par le versement compensatoire rétroactif n'est pas modifiée. Pour les détails sur la prolongation du délai d'adhésion en UMF, veuillez vous référer à l'[infolettre 303](#) du 7 mars 2016.

L'information relative au versement d'un montant forfaitaire découlant du mode de rémunération mixte en CLSC, en UMF-CLSC et en UMF-CH en vertu de la *Lettre d'entente n° 278* sera diffusée au cours de l'été 2016.

7 Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 150*

[Partie II](#) Extrait de l'onglet B – Consultation, examen et visite

[Partie III](#) Extrait de l'onglet B1 – Activités cliniques préventives

Texte paraphé de l'Amendement n° 150

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée comme suit :

- A) L'annexe V est modifiée de la façon suivante :
- a) L'onglet B « **CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE** » est modifié aux rubriques concernant les examens effectués auprès des patients de moins de 70 ans ou des patients de 70 ans ou plus, en cabinet ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe ou dans un CLSC pour les patients inscrits. Les modifications paraissent en annexe I du présent amendement.
 - b) L'onglet B-1 « **ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES** » est remplacé par l'annexe II du présent amendement.
- B) L'annexe XIII est modifiée en remplaçant, au paragraphe 3, le tarif de 19 \$ de l'acte « rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission » (code 09928) par le tarif de 20 \$.
- C) L'annexe XXI est modifiée en abrogeant au sous-paragraphe 1.06, le deuxième alinéa qui se lit comme suit :
- « Cette modalité s'applique également aux suppléments versés en vertu de la Lettre d'entente n° 245. »
- D) L'annexe XXII est modifiée de la façon suivante :
- a) En modifiant le paragraphe 3.02 de la façon suivante :
 - i) En remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« La rémunération à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département paraissant à un des paragraphes 2.01, 2.02, 2.03 et 2.04 ci-dessus, couvre, sous réserve du paragraphe 1.02 de la présente annexe, l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes : »
 - ii) En remplaçant le sous-paragraphe 3.02 c) par le suivant :

« c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel que paraissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9), 2.2.6 F 8) ou 2.2.6 G 7), du préambule général de l'annexe V de l'entente générale. »
 - b) En modifiant le paragraphe 4.01 de la façon suivante :
 - i) En remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« La rémunération à tarif horaire du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département paraissant à un des paragraphes 2.01, 2.02, 2.03 et 2.04 ci-dessus, couvre, sous réserve du paragraphe 1.02 de la présente annexe, l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes : »

ii) En remplaçant le sous-paragraphe 4.01 c) par le suivant :

« c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel que paraissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9), 2.2.6 F 8) ou 2.2.6 G 7), du préambule général de l'annexe V de l'entente générale. »

E) En modifiant l'annexe XXIII de la façon suivante :

a) En remplaçant le paragraphe 2.15 par le suivant :

« 2.15 Le médecin rémunéré à honoraires fixes peut se prévaloir de cette rémunération pour ses activités régulières et de garde sur place selon les modalités suivantes :

- a) Il détient une nomination de 35 heures par semaine ou deux nominations de 17,5 heures par semaine. Selon le cas, l'encadrement suivant s'applique :
- i) Le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option prévue au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale peut, lorsqu'il est rémunéré à honoraires fixes pour au moins 35 heures durant une semaine, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes. Il ne peut autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option pour le mode mixte de rémunération. Dans pareil cas, il peut alors choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes.
 - ii) Le médecin qui s'est prévalu de l'option prévue au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale peut, lorsqu'il est rémunéré à honoraires fixes pour au moins 35 heures durant une semaine et qu'il s'est prévalu des 220 heures de dépassement à honoraires fixes durant l'année civile, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes. Il ne peut autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visés par son option pour le mode mixte de rémunération. Dans pareil cas, il peut alors choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes.

AVIS : Pour bénéficier des modalités générales du mode de rémunération mixte :

- le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option décrite au paragraphe 15.01 b) doit avoir complété 35 heures par semaine à honoraires fixes selon les dispositions de l'Entente;

- le médecin qui a choisi l'option décrite au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale doit avoir cumulé un minimum de 220 heures additionnelles à honoraires fixes pour l'année civile en cours selon les dispositions prévues et avoir complété ses 35 heures par semaine.

Pour facturer les forfaits horaires ainsi que les suppléments d'honoraires prévus aux modalités générales du mode de rémunération mixte, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire la lettre « F » dans la case C.S.

b) Il détient une nomination de moins de 35 heures ou une nomination de 17,5 heures par semaine. Il peut se prévaloir de cette rémunération pour ses activités régulières et de garde sur place selon l'encadrement suivant :

Le médecin ne peut, sans égard au nombre d'heures rémunéré à honoraires fixes durant une semaine, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement

désigné au paragraphe 2.16 des présentes ni autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option pour le mode mixte de rémunération.

Toujours sans égard au nombre d'heures rémunéré à honoraires fixes durant une semaine, il ne peut choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte, soit selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes. »

b) En remplaçant le paragraphe 4.01 concernant les mesures transitoires par le suivant :

« Malgré le paragraphe 1.02, le médecin, sans attendre la date de renouvellement sa nomination, peut, au cours des trois premiers mois d'application de la présente annexe ou de la désignation à celle-ci d'un secteur de pratique dans lequel il exerce, opter pour le mode de rémunération mixte. De plus, le médecin rémunéré selon le mode des honoraires mixte et détenant un avis de service de moins de 35 heures par semaine lors de l'entrée en vigueur du mode mixte dans un secteur visée avant le 1^{er} avril 2016 peut, entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2016, sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, se prévaloir, dans le secteur en cause, des modalités du mode de rémunération mixte spécifiques aux médecins rémunérés à honoraires fixes.

Le médecin 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 l'alinéa précédent dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

Pour les fins des Lettres d'entente 276, 278, 284, 288 289 et 290, le médecin rémunéré à honoraires fixes en vertu d'un avis de service de moins de 35 heures par semaine qui en vertu du deuxième alinéa se prévaut de la possibilité d'adhérer aux modalités spécifiques du mode mixte bénéficie du traitement réservé au médecin temporairement absent pour une raison décrite au deuxième alinéa, lorsque son adhésion vise un secteur d'activité dont la date de mise en vigueur du mode mixte est antérieure au 1^{er} avril 2016. »

c) En modifiant l'annexe I de la façon suivante :

i) L'annexe I « **SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL** » est modifiée de la façon suivante :

1) En remplaçant la numérotation de l'annexe I concernant le secteur de pratique « **SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL** » par l'annexe I-A : « **A – SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL** ».

2) En ajoutant, au supplément d'honoraires de 40 %, les codes 42061, 42062, 42063 et 42064 décrits au paragraphe 5 de la présente annexe.

3) En ajoutant, au paragraphe 3.1, les directions régionales suivantes :

« Nunavik (17) (94179)
Territoires-Cries-de-la-Baie-James (18) (94183) »

4) En remplaçant le paragraphe 3.2 par le suivant :

« 3.2 Le médecin appelé à se déplacer ou à rendre sur place des services, pendant une période de garde en disponibilité, est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période à 100 % du tarif des actes paraissant ci-dessus.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente minutes consécutives. »

5) En remplaçant le sous-paragraphe 3.3.1 par le suivant :

« 3.3.1 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables, et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin. »

6) En ajoutant le paragraphe 5 ci-dessous et en renumérotant l'actuel paragraphe 5 qui devient le paragraphe 6 :

« 5. Pour le médecin qui, en santé publique ou en santé et sécurité du travail, détient une nomination du directeur régional de santé publique, les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII, sont rémunérés selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus :

Activités médico-administrative (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)

Santé publique

(42061) par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Santé et sécurité du travail

(42062) par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)

Santé publique

(42063) par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Santé et sécurité du travail

(42064) par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables selon l'annexe XX.

Pour la rémunération des activités médico-administratives, les établissements visés en santé publique et en santé et sécurité du travail sont ceux prévus à l'annexe III de l'annexe XXIII pour ces deux secteurs de pratique. »

ii) L'annexe I – B-2 est modifiée de la façon suivante :

1) En remplaçant l'alinéa ii) du sous-paragraphe 3.1 :

« ii) s'il opte pour l'acte d'intervention de supervision, le médecin peut réclamer un seul acte 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. Toutefois, le médecin qui se prévaut de la présente option peut, durant la demi-journée, réclamer les suppléments d'honoraires prévus à l'annexe II à l'annexe XXIII de l'entente générale. »

2) En remplaçant, au paragraphe 7, à l'acte « (...) Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) » le tarif de 3,78 \$ par celui de 23,78 \$.

- iii) L'annexe I – C-4 est modifiée de la façon suivante :
- 1) En remplaçant, au préambule, le pourcentage de suppléments d'honoraires de 23,2 % par celui de 40,28 %.
 - 2) En remplaçant, au préambule, le premier alinéa des suppléments d'honoraires rémunérés à 70,16 % ainsi que le premier alinéa des suppléments d'honoraires rémunérés à 40,28 % par le suivant dans les deux cas :
« Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C, certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : »

- d) L'annexe II est modifiée de la façon suivante :

- i) en supprimant les suppléments d'honoraires suivants :

- 1) Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi d'un patient orphelin non référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (codes 19954, 19955)
- 2) Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi d'un patient orphelin référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (codes 19951, 19952, 19956)

- ii) en ajoutant les suppléments d'honoraires suivants :

- 1) Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille non vulnérable référé ou non par le guichet d'accès à un médecin de famille (code 19957)
- 2) Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable non référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (code 19958)
- 3) Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (code 19959)
- 4) Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille très vulnérable référé par le guichet d'accès à un médecin de famille (code 19960).

- e) L'annexe III intitulée « **Liste des établissements ou installations visés aux paragraphes 3.01 et 3.02 de l'annexe XXIII** » est modifiée en ajoutant à la colonne « santé publique » les établissements suivants :

« Région 17 – Nunavik

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (CHSGS Kuujjuak) (01603)

Centre de santé Inuulitsivik (CHSGS Puvirnitug) (07523)

Région 18 – Territoires-Cries-de-la-Baie-James

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (01623) »

2. **L'Entente particulière relative à la santé publique** est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 4.02 par le suivant :

« 4.02 Le médecin appelé à se déplacer ou à rendre sur place des services pendant une période de garde en disponibilité est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période selon le paragraphe 5.01 ci-dessous.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente (30) minutes consécutives. »

B) En remplaçant le sous-paragraphe 5.10.03 par le suivant :

« 5.10.03 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables, et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin. »

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

A) En ajoutant les paragraphes suivants :

« 4.12 En regard de la complexité des activités professionnelles requises du médecin pour prendre connaissance du dossier médical antérieur, des antécédents personnels et familiaux, de la validation et de la mise à jour du profil pharmacologique incluant les interactions médicamenteuses ainsi que la planification et de l'instauration du suivi longitudinal interdisciplinaire pertinent, le premier examen ou la première intervention clinique faite lors de la prise en charge du patient sans médecin de famille selon la définition paraissant au sous-paragraphe 4.13 ci-dessous donne lieu à un des suppléments suivants :

A) 22,75 \$ en cabinet privé et 18,90 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, lorsque le patient est non vulnérable;

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19957** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

B) Sous réserve des dispositions du sous-paragraphe 13.02, 70,00 \$ en cabinet privé et 58,10 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, lorsque le patient est vulnérable mais non attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille;

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19958** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

C) Sous réserve des dispositions du sous-paragraphe 13.02, 150,00 \$ en cabinet privé et 124,50 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, lorsque le patient est vulnérable et attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille;

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19959** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

4.13 Est considéré, comme un patient sans médecin de famille, le patient non inscrit auprès d'un autre médecin de famille ou qui répond à une des dispositions des sous-paragraphe 12.03, 12.04 ainsi que de 13.05 à 13.08 inclusivement.

4.14 Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par patient et par médecin de famille. »

B) En modifiant le paragraphe 6.03 de la façon suivante :

a) En remplaçant le premier alinéa par le suivant :

« **6.03 Discussion de cas** : la participation à une discussion de cas par le médecin qui exerce en cabinet, qui inscrit et assure le suivi d'une clientèle à domicile ou, par le médecin rémunéré à l'acte ou au mode mixte en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, est rémunérée selon les modalités suivantes : »

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

« B) Le tarif :

15153	Par période de 15 minutes	
	en cabinet	28,25 \$
	en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.....	23,75 \$
15154	Par période de 15 minutes si plus d'un patient sont concernés,	
	en cabinet	28,25 \$
	en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.....	23,75 \$

15155	Supplément de déplacement, en cabinet	28,75 \$
	en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC.....	23,75 \$

Note : en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, le supplément de déplacement n'est pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

Cette activité est rémunérée pour un maximum de soixante (60) minutes si un seul patient est concerné et pour un maximum de cent vingt (120) minutes si plus d'un patient sont concernés.

C) En remplaçant le paragraphe 13.00 par le suivant :

« **13.00 Modalités spécifiques à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille**

13.01 Un supplément de 300,00 \$ en cabinet privé et de 248,95 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, associé à la catégorie de patients très vulnérables peut être accordé, lorsque le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille, et ce, à la condition que le patient alors attribué présente un ou des problèmes de santé ci-après décrits :

- le patient présente un ou des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 de la présente entente avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3;
- le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de la présente entente particulière.

Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19960** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas;

13.02 Sur la base d'une année civile, un nombre maximum de patients attribués à un médecin de famille par le guichet d'accès à un médecin de famille et inscrits par ce médecin peuvent faire l'objet des suppléments prévus au sous-paragraphe 4.12 C). Ce nombre est atteint lorsque le médecin a inscrit les 150 premiers patients attribués par le guichet donnant droit aux suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A) et 4.12 C) ainsi qu'au paragraphe 13.01. Une fois ce nombre maximal atteint, pour tous les patients subséquents, vulnérables ou non vulnérables, attribués ou non par le guichet d'accès à un médecin de famille, seuls les suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A), 4.12 B) et 13.01 peuvent être réclamés. Les suppléments prévus au paragraphe 13.01 peuvent alors être réclamés en autant que le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille et qu'il répond aux conditions décrites à ce paragraphe. Cette limite ne s'applique

pas à un médecin de famille au cours des quatre (4) premières années de pratique. L'année de pratique reconnue au médecin de famille est celle prévalant au 1^{er} janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice.

Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention. Le comité paritaire convient des correctifs requis, pouvant comprendre de faire cesser l'attribution de patients à un médecin de famille par le guichet d'accès, s'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité de ses services auprès de la clientèle.

13.03 Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, la Régie récupère la totalité du supplément à l'examen de prise en charge et de suivi versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze mois qui suivent la date d'inscription d'un patient :

- i) le médecin de famille a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- ii) le médecin de famille modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- iii) le médecin de famille prend sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou une aggravation de son état de santé.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin famille à compter de la date de la modification ou de la cessation de pratique.

13.04 Le guichet d'accès donne au médecin de famille prêt à prendre en charge le patient qu'il lui attribue, les informations suivantes :

- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les conditions de santé.

13.05 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille, suite à une attribution du guichet d'accès depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au médecin coordonnateur pour demander d'être admissible auprès d'un second médecin de famille pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin de famille, le médecin coordonnateur peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01. Le médecin coordonnateur avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du supplément réclamé par le premier médecin de famille.

Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au médecin coordonnateur pour demander d'être inscrit auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin coordonnateur peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du

versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du médecin coordonnateur, du lieu de pratique du médecin de famille auprès duquel il est inscrit.

13.06 Sur demande du coordonnateur médical ou, en ce qui concerne la radiation, sur avis du Collège des médecins,

- a) la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :
- i) le médecin de famille a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;
 - ii) le médecin de famille auprès duquel elle est inscrite est en invalidité totale depuis plus de cent quatre (104) semaines;
 - iii) le médecin de famille est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;
 - iv) le médecin de famille est en congé de maternité ou d'adoption pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines;
 - v) le médecin de famille déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le coordonnateur médical local, pour maintenir l'accessibilité des services;
 - vi) le médecin de famille est radié temporairement par le Collège pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines.
- b) la clientèle vulnérable inscrite d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :
- i) le médecin de famille est en invalidité totale laquelle se prolonge depuis plus de 26 semaines ou aura une durée de plus de 26 semaines selon le jugement du coordonnateur médical local sur la base du diagnostic;
 - ii) le médecin de famille fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle que soit la durée.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie avise le médecin de famille que l'indicateur d'admissibilité de sa clientèle aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 paraîtra à son Registre des patients inscrits.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin de famille.

Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin de famille qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux paraissant aux paragraphes 12.01, 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui le réinscrit ultérieurement.

13.07 Sur demande du médecin de famille lui-même auprès de la RAMQ et/ou de son coordonnateur de guichet, sa clientèle devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :

- i) le médecin de famille prend totalement sa retraite à une date connue, celle-ci au plus tard 24 mois suivant sa demande;
- ii) le médecin de famille est en invalidité partielle pour une période suffisamment importante;
- iii) le médecin de famille réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre qu'en première ligne.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie indique à son Registre des patients inscrits que les patients du médecin de famille concerné sont admissibles aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin de famille.

13.08 Le médecin de famille visé par un des paragraphes 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui revient à sa pratique initiale peut réinscrire un ancien patient précédemment inscrit à son nom et qui a fait l'objet d'une procédure de désinscription postérieurement au 1^{er} novembre 2011 ou d'une procédure d'admissibilité aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 selon les dispositions des paragraphes ci-dessus. Toutefois, les réserves suivantes s'appliquent :

- le médecin de famille ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions relatives au rétablissement d'inscription prévues au paragraphe 4.07 de la présente entente;
- il ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions du paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 avant une période de six (6) ans à compter de la date de la désinscription ou de la procédure d'admissibilité. »

4. *L'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement* entre en vigueur le 1^{er} avril 2015.

5. *L'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* est modifiée en remplaçant le point 2 de l'Annexe II par le suivant :

« 2. **Prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de la clientèle :**

- 500 patients inscrits (vulnérables et non vulnérables) ou selon les paramètres que peuvent déterminer les parties par voie administrative.

Aux fins de la reconnaissance par le DRMG d'une région, des heures d'activités médicales particulières dans ce secteur de pratique, les critères suivants s'appliquent :

- un volume de 500 patients inscrits ou plus correspond à 12 heures par semaine ou 132 heures par trimestre;
- un volume de 250 à 499 patients inscrits correspond à 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre;

- un volume de 125 à 249 patients inscrits correspond à 3 heures par semaine ou 33 heures par trimestre. »

6. La Lettre d'entente n° 278 est modifiée en remplaçant le premier alinéa de l'article 1.00 par le suivant :

« 1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 octobre 2015, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans les secteurs visés par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse ou dans les services d'interruption volontaire de grossesse au plus tard le 31 janvier 2016 ou, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération auprès d'une unité de médecine familiale en CLSC ou en CH au plus tard le 31 mars 2016. »

7. Le présent amendement entre en vigueur aux dates paraissant ci-dessous. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Articles 1 B) et 4	1 ^{er} avril 2015
Articles 1 E) c) i), 1 E) e) et 2	1 ^{er} juillet 2015
Article 5	1 ^{er} septembre 2015
Articles 1 A), 1 E) c) ii), 1 E) d), 3 B) et 6	1 ^{er} novembre 2015
Articles 1 D) et 1 E) c) iii)	1 ^{er} décembre 2015
Article 1 C)	1 ^{er} janvier 2016
Articles 1 E) a) et 1 E) b),	1 ^{er} avril 2016
Articles 3 A) et 3 C)	4 avril 2016 (sauf avis contraire des parties par lettre administrative)

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

ce _____^e jour de _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

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

Extrait de l'onglet B – Consultation, examen et visite

Concernant les actes en cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

Code	Libellé	Tarif (\$)
Examen pour les patients de 60 ans mais de moins de 70 ans		
	(les tarifs des actes n'apparaissant pas ci-dessous sont ceux s'appliquant pour les patients de moins de 70 ans) (réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.3, 2.4.7)	
	au cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC	
	AVIS : En CLSC ou en UMF, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte. Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en UMF durant une période de garde en disponibilité.	
00009	ordinaire en cabinet	21,20
	en CLSC ou en UMF (1)	16,60
00006	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	70,55
00011	complet en cabinet	42,00
	en CLSC ou en UMF (1)	32,90
00057	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	70,55
00021	complet majeur en cabinet	77,85
	en CLSC ou en UMF (1)	61,00
00098	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	70,55
Il n'y a pas de modification pour le patient supplémentaire sous le même toit, à domicile (codes d'acte 00022 et 00074)		
Examen (patients de moins de 70 ans) (réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9 A et 2.4.7)		
Il n'y a pas de modification pour l'examen préanesthésique (codes d'acte 09092 et 15192)		
	au cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC	
	AVIS : En CLSC ou en UMF, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte. Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en UMF durant une période de garde en disponibilité.	
08870	ordinaire (patients de moins de 60 ans) en cabinet	19,90
	en CLSC ou en UMF (1)	15,60
00006	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	70,55

Code	Libellé	Tarif (\$)
08871	complet (<i>patients de moins de 60 ans</i>) en cabinet	40,00
	en CLSC ou en UMF (1)	31,35
00057	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	70,55
08872	complet majeur (<i>patients de moins de 60 ans</i>) en cabinet	73,95
	en CLSC ou en UMF (1)	57,95
00098	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	70,55
00059	examen de prise en charge de grossesse (<i>voir le paragraphe 7.01 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i>) en cabinet	81,60
	en CLSC ou en UMF	63,80
15159	supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse en cabinet (<i>voir le paragraphe 7.02 A) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i>)	45,35
	en CLSC ou en UMF	34,05
15144	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse en cabinet (<i>voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i>)	10,90
15145	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (<i>voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i>) en CLSC ou en UMF	8,55
08877	supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans en cabinet (<i>voir le paragraphe 8.01, de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle</i>)	16,30
	en CLSC ou en UMF	12,75
08901	psychiatrique complet en cabinet	47,10
	en CLSC ou en UMF (1)	36,90
08808	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	82,45
08902	psychiatrique complet majeur en cabinet	74,15
	en CLSC ou en UMF (1)	61,95
08810	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF, patient de moins de 70 ans (1)	82,45
00058	d'urgence avec déplacement en cabinet : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h	69,25
	(1) S'applique dans un service de consultation médicale en CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré. <i>(voir la règle 2.2.6 C Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré du préambule général et la section de l'onglet B : Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde).</i>	

	Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe (<i>patients de moins de 70 ans</i>)	
15158	Forfait de congé en établissement d'un patient admis (<i>voir le paragraphe 9.00 C</i>) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)	34,00
00059	Examen de prise en charge de grossesse (<i>voir le paragraphe 7.01</i> de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)	63,80
15159	Supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse (<i>voir le paragraphe 7.02 A</i>) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)	34,05
15145	supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (<i>voir l'article 7.02 B</i>) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)	8,55
	ordinaire	
	patient inscrit (2)	
00005	sans déplacement	13,90
00006	d'urgence avec déplacement	70,55
	complet	
	patient inscrit (2)	
00056	sans déplacement	29,30
00057	d'urgence avec déplacement	70,55
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08903	sans déplacement (PG. 2.2.9 A)	46,65
08806	d'urgence avec déplacement (PG. 2.2.9 A)	72,90
	patient inscrit (2)	
08807	sans déplacement	34,30
08808	d'urgence avec déplacement	82,45
	complet majeur	
	patient inscrit (2)	
00097	sans déplacement	53,05
00098	d'urgence avec déplacement	70,55
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08904	sans déplacement (PG. 2.2.9 A)	80,40
08907	d'urgence avec déplacement (PG. 2.2.9 A)	102,30
	patient inscrit (2)	
08809	sans déplacement	61,95
08810	d'urgence avec déplacement	82,45
(2) S'applique dans une clinique externe		

Examen (70 ans ou plus) (réf. : préambule général règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7)		
Il n'y a pas de modification pour l'examen préanesthésique (codes d'acte 09093 et 15193)		
	au cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC	
	<i>AVIS : En CLSC ou en UMF , les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte. Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode mixte. Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en UMF durant une période de garde en disponibilité.</i>	
09034	ordinaire 70 - 79 ans en cabinet	24,20
	en CLSC ou en UMF (1)	18,95
08884	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF , patient de 70 - 79 ans (1)	82,00
09035	complet 70 - 79 ans en cabinet	48,70
	en CLSC ou en UMF (1)	38,15
09117	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF , patient de 70 - 79 ans (1)	82,00
09036	complet majeur 70 - 79 ans en cabinet	89,05
	en CLSC ou en UMF (1)	69,80
09120	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF , patient de 70 - 79 ans (1)	82,00
09038	ordinaire 80 ans ou plus en cabinet	25,25
	en CLSC ou en UMF (1)	19,80
08885	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF , patient de 80 ans ou plus (1)	85,65
09039	complet 80 ans ou plus en cabinet	50,80
	en CLSC ou en UMF (1)	39,80
09117	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF , patient de 80 ans ou plus (1)	82,00
09040	complet majeur 80 ans ou plus en cabinet	93,05
	en CLSC ou en UMF (1)	72,95
09120	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF , patient de 80 ans ou plus (1)	82,00
08930	psychiatrique complet en cabinet (70 ans ou plus)	53,80
	en CLSC ou en UMF (1)	42,15
08993	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF (70 ans ou plus) (1)	84,85
08931	psychiatrique complet majeur en cabinet (70 ans ou plus)	80,85
	en CLSC ou en UMF (1)	63,80
08997	d'urgence avec déplacement en CLSC ou en UMF (70 ans ou plus) (1)	84,85
09240	d'urgence avec déplacement en cabinet : samedi, dimanche, jour férié, tout autre jour de 19 h à 7 h (70 ans ou plus)	74,25
	(1) S'applique dans un service de consultation médicale en CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré. (voir la règle 2.2.6 C Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré du préambule général et la section de l'onglet B : Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde).	

	Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe pour les patients inscrits (patients de 70 ans et plus)	
	AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant à l'âge du patient.	
15158	forfait de congé en établissement d'un patient admis (voir le paragraphe 9.00 C) de l'EP – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle)	34,00
	AVIS : Le code 15158 peut être facturé seulement lors du départ d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.	
	ordinaire	
	patient inscrit (2)	
	sans déplacement	
08882	ordinaire 70-79 ans	16,90
08883	ordinaire 80 ans ou plus	17,65
	d'urgence avec déplacement	
08884	ordinaire 70-79 ans	82,00
08885	ordinaire 80 ans ou plus	85,65
	complet	
	patient inscrit (2)	
09116	sans déplacement	31,05
09117	d'urgence avec déplacement	82,00
	complet majeur	
	patient inscrit (clinique externe) (2)	
09119	sans déplacement	56,75
09120	d'urgence avec déplacement	82,00
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	49,65
08979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	80,60
	patient inscrit (2)	
08992	sans déplacement	36,20
08993	d'urgence avec déplacement	84,85
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	85,60
08995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	111,90
	patient inscrit (2)	
08996	sans déplacement	63,80
08997	d'urgence avec déplacement	84,85
(2) S'applique dans une clinique externe.		

Extrait de l'onglet B1 – Activités cliniques préventives

PRÉAMBULE PARTICULIER

[...]

1. Soutien médical à l'abandon du tabagisme

Le soutien médical à l'abandon du tabagisme comprend un ensemble d'interventions faites en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC auprès d'un patient fumeur ou qui a cessé de fumer depuis moins de six (6) mois. Toutefois, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, le soutien médical à l'abandon du tabagisme ne peut être réclamé avant le 1^{er} novembre 2015.

[...]

2.2. L'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

[...]

Cette intervention peut être facturée lorsqu'elle est faite en cabinet, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC. Elle nécessite généralement plus d'une visite. Toutefois, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC, l'intervention préventive relative aux ITSS ne peut être réclamée avant le 1^{er} novembre 2015.

[...]

B1 – ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

15161	Soutien médical à l'abandon du tabagisme en cabinet	35,40
	en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	26,60

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).

15230	Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de 15 minutes en cabinet	29,45
	en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC	23,75

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 (6XXXX 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.

[...]