



Amendement n° 152 – Changements apportés à l'annexe I de l'annexe XXIII à la suite de l'introduction de l'Amendement n° 151

Sous réserve des approbations gouvernementales, la Régie vous présente les principaux changements apportés à votre entente par l'*Amendement n° 152* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Cet amendement entre en vigueur le **1^{er} juin 2016**.

Cet amendement fait suite à l'*Amendement n° 151* qui introduit, à compter du **1^{er} juin 2016**, une nouvelle nomenclature en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC. L'[infolettre 057](#) du 30 mai 2016 donne tous les détails de cette nomenclature qui remplace les examens et les consultations pour le médecin rémunéré à l'acte ou lorsque prévu, rémunéré selon le mode mixte. De ce fait, dans ces milieux de pratique, les examens et les consultations existants sont abolis.

Les informations de la présente infolettre touchent exclusivement les médecins qui ont choisi le mode de rémunération mixte en CLSC ou en UMF. Aucune modification n'a été apportée à la *Lettre d'entente n° 275*, et ce, malgré les changements à la nomenclature applicable en CLSC et en UMF. Les modifications apportées à l'encadrement de l'intervention clinique peuvent, toutefois, avoir un impact sur ces médecins.

1 Annexe I de l'annexe XXIII

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE GÉNÉRALE*, ANNEXE I À L'ANNEXE XXIII

1.1 Remplacement des sections B-1 et B-2 de l'annexe I

Les CLSC, UMF-CH et UMF-CLSC admissibles au mode de rémunération mixte sont des milieux donnant accès à la nouvelle nomenclature. Les sections *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 en CLSC* et *B-2 – Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH* sont modifiées afin de tenir compte de la nouvelle nomenclature dans ces secteurs de pratique.

1.1.1 Suppléments d'honoraires

Les modifications au préambule général de l'annexe V entraîne des changements au tableau des suppléments d'honoraires des sections B-1 et B-2 de l'annexe I à l'annexe XXIII (voir la [partie II](#) de l'infolettre).

- Médecin rémunéré au mode mixte
Le supplément applicable pour les services médicaux est de 63,58 % tandis que le supplément des services sur base de temps est de 62,15 %. Le pourcentage correspondant aux services médico-administratifs est maintenu à 40 %.
- Médecin rémunéré à honoraires fixes combinés au mode mixte
Le supplément pour les services médicaux est de 28,86 % tandis que le supplément des services sur base de temps est de 19,4 %.

1.1.2 Majorations en horaires défavorables

Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sont modifiés comme suit :

Majoration d'honoraires	Modificateur	Horaire
20,45 %	156	18 h – 22 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié
36,17 %	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
47,18 %	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

1.2 Intervention clinique – Sections C-1, C-2, C-4 et D-1 de l'annexe I

Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général. Le paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V a été modifié par l'*Amendement n° 151*.

Comme précédemment, pour permettre la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance doit durer au moins 25 minutes. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes peuvent être facturées par le médecin si la première période de la séance dure au moins 30 minutes. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas 90 minutes.

À compter du 1^{er} juin 2016, le médecin ne peut facturer plus de 180 minutes d'interventions cliniques pour une même journée, sous réserve des dispositions énoncées à la section 6 de l'[infolettre 057](#) du 30 mai 2016.

Cet encadrement remplacera celui qui s'appliquait auparavant, soit un maximum quotidien de 180 minutes par jour sans exception, modulé selon le nombre de plages horaires durant lesquelles le médecin exerçait au mode de rémunération mixte.

Cette modification entraîne le remplacement du paragraphe 4 des annexes I de l'annexe XXIII suivantes :

- C-1 : *Gériatrie – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS*
- C-2 : *Soins palliatifs – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS*

- C-4 : *Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis en établissement dans les secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP*
- D-1 : *Services auprès des patients admis en établissement de longue durée, dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSLD ou d'un CHSP*

Cette modification entraîne également la modification du paragraphe 5 de la section B-1 et du paragraphe 6 de la section B-2.

1.3 Annexe II de l'annexe XXIII

L'annexe II de l'annexe XXIII, *Liste des suppléments d'honoraires payés à 100 % de leur tarif de base et visés par le mode mixte* est modifiée par l'ajout de sous-titres afin de préciser les situations dans lesquelles le supplément peut être facturé (voir la [partie III](#) de l'infolettre).

De plus, le libellé des suppléments codifiés **19957**, **19958**, **19959** et **19960** sont modifiés par l'ajout de du terme « première visite » :

- Supplément pour le premier examen, **pour la première visite** ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille [...] référé [...] par un guichet d'accès (code [...]);

2 Autres changements apportés par l'Amendement n° 152

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les paragraphes 4.12 et 13.01 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) sont modifiés par l'ajout du terme « première visite ».

Les suppléments visés aux paragraphes 4.12 et 13.01 de cette entente particulière doivent être facturés à la même date que le premier examen, **la première visite** ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

3 Changements administratifs

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*

- À la **section 4.6.2**, la liste des modificateurs de la section B de l'annexe I de l'annexe XXIII est modifiée comme suit :

Paragraphe 4.1 : Majoration de **20,45 %** 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 **36,17 %** 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 **36,17 %** 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 **47,18 %** 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**

- À la section *Modificateurs multiples*, des modificateurs multiples sont modifiés comme suit :

Combinaison	Modificateur multiple	Constante
154 – 156	891	1,2045
154 – 157	892	1,3617
154 – 158	893	1,3617
154 – 159	894	1,4718
154 – 156 – 094	766	1,2045
154 – 157 – 094	767	1,3617
154 – 158 – 094	768	1,3617
154 – 159 – 094	769	1,4718
155 – 156	895	1,2045
155 – 157	896	1,3617
155 – 158	897	1,3617
155 – 159	898	1,4718
155 – 156 – 094	770	1,2045
155 – 157 – 094	771	1,3617
155 – 158 – 094	772	1,3617
155 – 159 – 094	773	1,4718

4 Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 152*

[Partie II](#) Extrait de l'annexe I de l'annexe XXIII

[Partie III](#) Annexe II à l'annexe XXIII

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

Texte paraphé de l'Amendement n° 152

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée, à l'annexe XXIII, comme suit :

- A) En remplaçant les annexes I – 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 en CLSC et I – B-2 Unités de médecine familiale en CH ou en CLSC par celles paraissant aux annexes I et II du présent amendement.
- B) En remplaçant l'annexe II – Liste des suppléments d'honoraires payés à 100 % de leur tarif de base et visés par le mode de rémunération mixte (paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, par celle paraissant à l'annexe III du présent amendement.
- C) Le paragraphe 4 de chacune des annexes
 - 1 – C-1 : *Gériatrie- Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS*
 - 1 – C-2 : *Soins palliatifs- Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS*
 - 1 – C-4 : *Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis en établissement dans les secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP*
 - 1 – D-1 : *Services auprès des patients admis en établissement de longue durée, dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSLD ou d'un CHSP*

est remplacé par le suivant :

« 4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale. »

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

A) En remplaçant le paragraphe 4.12 par le suivant :

« **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, la première visite 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, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient. »

B) En remplaçant le paragraphe 13.01 par le suivant :

« **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, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient. »

3. Le présent amendement entre en vigueur 1^{er} juin 2016. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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 des sections B-1 et B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII

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 en CLSC

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
63,58	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit :</p> <p>08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845 et 15846</p> <p>Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 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 : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>
%	Services sur base de temps
62,15	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit :</p> <p>08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787 et 15788.</p>
%	Services médico-administratifs
40	42092 et 42093
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
28,86	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit :</p> <p>08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845 et 15846</p>

	<p>Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 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: 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>
%	Services sur base de temps
19,4	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » soit :</p> <p>08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787 et 15788.</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 les 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 **CISSS ou un CIUSSS**.

[...]

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 **20,45 %** 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 20,45 %.*

- 4.2 **36,17 %** 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 36,17 %.*

- 4.3 **36,17 %** 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 36,17 %.*

4.4 47,18 % 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 47,18 %.

5. Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

[...]

SECTION B-2

Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
63,58	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A d), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit :</p> <p>08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845 et 15846</p> <p>Autres services médicaux soit :</p> <p>09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 19950.</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs.</p> <p>Dans les UMF situées 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 situées dans un CLSC désigné à cette fin, 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 sur base de temps
62,15	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général, le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » ainsi que les services décrits aux paragraphes 3.1 ii) et 3.2 de la présente annexe soit :</p> <p>08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787, 15788, 42096, 42097, 42098 et 42099.</p>
%	Services médico-administratifs
40	42100 et 42101

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
28,86	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A d), alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit :</p> <p>08819 et 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845 et 15846</p> <p>Autres services médicaux soit :</p> <p>09054, 09070, 09073, 09077, 15188 et 19950.</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs.</p> <p>Dans les UMF situées 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 situées 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 :</p> <p>8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.</p>
%	Services sur base de temps
19,4	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général, le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » ainsi que les services décrits aux paragraphes 3.1 ii) et 3.2 de la présente annexe soit :</p> <p>08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15785, 15786, 15230, 42096, 42097, 42098 et 42099.</p>

[...]

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 **20,45 %** 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 20,45 %.*
- 5.2 **36,17 %** 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 36,17 %.*

5.3 36,17 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS : Incrire 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. Incrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 36,17 %.

5.4 47,18 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau.

AVIS : Incrire 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. Incrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 47,18 %.

6. Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

[...]

Annexe II à l'annexe XXIII

LISTE DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES PAYÉS À 100 % DE LEUR TARIF DE BASE ET VISÉS
PAR LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE (PARAGRAPHE 2.11 DE L'ANNEXE XXIII)

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par l'ensemble des médecins qui se prévalent des modalités du mode de rémunération mixte

- Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code **08875**);
- Forfait payable en horaires défavorables en clinique réseau (codes **19100, 19101**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189, 19074**);
- Forfait de formation pour un résident ou pour un externe (codes **19911, 19912, 19914, 19915, 19917, 19918, 19920, 19921**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une IPS (codes **19923, 19924, 19926, 19927**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une étudiante sage-femme (codes **19907, 19908**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite 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**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite 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**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite 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**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite 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**);
- Forfait de congé en établissement d'un patient admis (code **15158**);
- Constatation de décès (codes **00013, 00016, 15265**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes **09800** et **09801**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes **09825, 09826**);
- Services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (codes **09900, 09901, 09907, 09908, 09909, 09910, 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09919, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09936, 09937, 09938, 09939, 09942, 09944, 09946, 09947, 09948, 09949, 09954, 09955** (fin : 2016-01-31), **09970, 09971, 09975** (fin : 2016-01-31), **09977, 09978, 09981, 09982**);
- La réanimation cardio-respiratoire (codes **00828, 00829**);
- Supplément de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie lorsque l'examen est effectué à domicile (code **09063**);

- Rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code **09101**).

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par l'ensemble des médecins qui se prévalent des modalités du mode de rémunération mixte en association avec la facturation de l'intervention clinique individuelle ou de la psychothérapie individuelle

- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
- Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
- Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
- Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectué auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169, 15170**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189,19074**).

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par le médecin rémunéré à honoraires fixes qui se prévaut des modalités du mode de rémunération mixte en association avec la facturation de l'intervention clinique individuelle ou de la psychothérapie individuelle ou, durant la période visée par le forfait d'intervention de supervision en UMF, par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte

- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
- Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
- Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
- Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectué auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169, 15170**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189,19074**).