

Mode de rémunération mixte pour les soins de courte durée gériatrique, les soins palliatifs et les soins de longue durée rendus auprès des patients admis en établissement désigné

Amendement n° 146

La Régie vous présente les principales modifications à l'Entente dans le cadre de l'*Amendement n° 146* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Cet amendement entre en vigueur le **15 février 2016** et introduit à l'annexe I de l'annexe XXIII, le mode de rémunération mixte pour les services rendus aux patients admis d'un établissement désigné dans les trois secteurs de pratique suivants :

- Services de gériatrie rendus dans un secteur désigné d'un CHSGS soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive;
- Services de soins palliatifs rendus dans un secteur désigné d'un CHSGS soit l'unité de soins palliatifs et la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CIUSSS, un CIUSSS ou un CHSGS;
- Services rendus en établissement de longue durée soit l'unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), d'un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP).

L'*Amendement n° 146* apporte également des changements au **paragraphe 2.2.6 A du préambule général** concernant l'examen à domicile du patient en perte sévère d'autonomie. Deux nouveaux codes d'acte pour cet examen sont ajoutés à l'onglet *B – Consultation, examen et visite*.

Sommaire

1 Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie – Annexe V de l'Entente	3
2 Généralités pour le mode de rémunération mixte	4
3 Nouveaux secteurs de pratique introduits au mode de rémunération mixte	8
4 Particularités du mode de rémunération mixte pour les nouveaux secteurs de pratique ...	10
5 Gériatrie – Secteurs désignés d'un CHSGS (annexe I de l'annexe XXIII)	11
6 Soins palliatifs – Secteurs désignés d'un CHSGS (annexe I de l'annexe XXIII)	13
7 Services auprès des patients admis en établissement de longue durée	16
8 Instructions de facturation pour le mode de rémunération mixte	18
9 Autres changements administratifs relatif à l'Amendement n° 146 ...	20

Documents de référence

- [Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 146*
- [Partie II](#) Annexe I à l'annexe XXIII – Sections C et C-1
- [Partie III](#) Annexe I à l'annexe XXIII – Sections C et C-2
- [Partie IV](#) Annexe I à l'annexe XXIII – Sections D et D-1
- [Partie V](#) Annexe II à l'annexe XXIII
- [Partie VI](#) Annexe XXIII avec avis administratifs (sur le site Web de la Régie)

1 Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie – Annexe V de l'Entente

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLETS *PRÉAMBULE GÉNÉRAL* ET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*

1.1 Préambule général

Le 2^e alinéa du paragraphe 2.2.6 A du préambule général est modifié afin de prévoir, qu'à compter du **15 février 2016**, un médecin peut effectuer une évaluation dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie de courte durée d'un CHSGS ou d'un CHSLD lors d'une visite initiale ou d'une visite annuelle à domicile pour un patient en perte sévère d'autonomie (art. 1 A) *a*) de l'*Amendement n^o 146*).

Les services rendus par le médecin sont considérés comme s'ils étaient rendus en établissement. Le médecin n'a pas à remplir le formulaire *Fiche d'information – Patient perte d'autonomie* (3726). Cet examen peut être facturé plus d'une fois par jour pour un même patient mais lors de séances et de déplacements différents.

1.2 Nouveaux codes d'acte – Onglet B – Consultation, examen et visite

Deux nouveaux codes d'acte sont créés pour l'examen à domicile du patient en perte sévère d'autonomie de moins de 70 ans (code d'acte **15762**) et de 70 ans et plus (code d'acte **15763**).

Ces codes d'acte seront intégrés à l'onglet *B – Consultation, examen et visite* sous le code d'acte **00075** dans les sous-sections *Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie* (patients de moins de 70 ans) et *Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie* (patients de 70 ans et plus) (art. 1 A) *b*) de l'*Amendement n^o 146*).

Les actes codifiés **15762** et **15763** sont payables au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique ou de soins de longue durée ou d'hébergement d'un établissement désigné en vertu de l'une ou l'autre de ces annexes. Les listes des établissements et installations désignés pour la rémunération à l'acte des paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E de l'annexe XXII ou pour le mode de rémunération mixte, à l'annexe III de l'annexe XXIII relative aux sections C-1 et D-1 sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes. Veuillez utiliser le numéro de l'installation désignée **0XXX2**, **0XXX4**, **1XXX5** ou **2XXX5**.

Aux fins de la facturation, cet examen est réputé être accompli au sein de l'établissement (paragr. 2.03 de l'annexe XXIII). Le médecin doit facturer son service en indiquant le numéro de l'établissement ou de l'installation où il détient sa nomination. De plus l'examen à domicile est soumis à la majoration en horaires défavorables selon le secteur de pratique concerné que le médecin soit rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.

La Régie sera prête à recevoir votre facturation relative aux nouveaux examens à compter du **16 février 2016**. Afin d'éviter un refus de paiement et une refacturation, nous vous demandons de retenir votre facturation du 15 février 2016 jusqu'au lendemain.

1.3 Indemnité de déplacement

Le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte qui se rend à domicile peut se faire rembourser les frais de kilométrage en vertu du paragraphe 2.4.2 du préambule général. La distance unidirectionnelle se mesure à compter de huit kilomètres du point de départ en inscrivant le code postal de ce point de départ et, s'il y a lieu, celui du point d'arrivée, dans la case *DISTANCE*. Ce médecin doit facturer ses services et le kilométrage avec le numéro de l'établissement ou de l'installation où il détient une nomination en gériatrie.

Le médecin rémunéré selon le mode mixte a droit au forfait horaire lors de son déplacement vers le domicile du patient.

2 Généralités pour le mode de rémunération mixte

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

2.1 Dispositions générales

2.1.1 Forfait horaire et supplément d'honoraires

Le mode de rémunération mixte établi à l'annexe XXIII est constitué d'un forfait horaire et d'un supplément d'honoraires (pourcentage du tarif) facturé sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200). Il est rémunéré à l'acte à l'exception des modalités spécifiques à la rémunération à honoraires fixes.

Le forfait horaire rémunère les services médicaux convenus pour la première heure complétée en continu et, par la suite, par période de 15 minutes complète au cours d'une même journée.

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 les pourcentages du tarif de l'acte applicable selon le service rendu dans le secteur de pratique admissible. Pour les services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII, le pourcentage de l'acte applicable est de 100 % du tarif régulier.

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 à la rémunération à honoraires fixes.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui délaisse ce mode de rémunération pour adhérer au mode de rémunération mixte et dont la nomination dans ce secteur est la seule à honoraires fixes perd son droit acquis. Il ne pourra de nouveau choisir la rémunération à honoraires fixes, sauf s'il informe l'établissement dans les trois mois suivant la date de son choix du mode de rémunération mixte de son intention de revenir à la rémunération à honoraires fixes dans les douze mois suivant la date de ce choix.

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.

2.1.2 Période couverte par le mode de rémunération mixte

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.

2.1.3 Activités médico-administratives

Une rémunération spécifique est prévue pour les activités médico-administratives effectuées dans le cadre du mode de rémunération mixte sous forme de supplément d'honoraires. Cette rémunération couvre les activités du département clinique et de services cliniques ainsi que les activités aux réunions à titre de membre de comité (art. 2.01 *b*) de l'annexe XXIII).

2.1.4 Choix de l'option du mode de rémunération mixte

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 ce mode 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).

Le 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 à ce mode 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 de la rémunération à tarif horaire.

2.1.5 Ententes particulières (EP) non visées par les nouvelles modalités

Les services rémunérés en vertu des ententes particulières suivantes sont exclus des dispositions de l'annexe XXIII (paragr. 3.03) :

- 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).

2.2 Particularités pour le médecin rémunéré à tarif horaire

À compter de la date où le médecin opte pour le mode de rémunération mixte, le médecin met fin à sa rémunération à tarif horaire dans ce secteur de pratique. Par conséquent, il ne peut plus se prévaloir du dépassement du nombre maximal d'heures à tarif horaire, ni obtenir la prime de responsabilité associée à ses heures d'activités professionnelles. Toutefois, lorsque le médecin assure durant les périodes fixées, la garde sur place obligatoire en milieu psychiatrique dans un des six établissements visés au paragraphe 2.16, il y est obligatoirement rémunéré à tarif horaire et il reçoit la prime de responsabilité équivalant à 95 % des heures payées pour cette garde sur place durant les périodes fixées.

Durant les 24 mois suivant son choix du mode de rémunération mixte, le médecin peut revenir à la rémunération à tarif horaire dans ce secteur de pratique au sein de l'installation, et ce, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination. Si durant cette période, le médecin s'absente en raison d'invalidité totale ou partielle ou pour un congé de maternité, le délai est prolongé de la durée de l'absence de façon à lui assurer le bénéfice de 24 mois d'exercice pour effectuer son choix (paragr. 1.03 *a*)).

Si le choix du mode de rémunération mixte est fait dans **les trois mois suivant** la mise en application de ce mode dans le secteur de pratique visé d'un établissement ou d'une installation en cause la possibilité de revenir à la rémunération à tarif horaire dans ce secteur est prolongée **au premier renouvellement** de nomination qui survient après les 24 premiers mois du début de son mode de rémunération mixte. Si cette limite survient lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'un congé d'invalidité totale ou partielle ou d'un congé de maternité, le délai est prolongé à la date du premier renouvellement de nomination qui survient après la fin de l'absence (paragr. 1.03 *b*)).

Au-delà du délai prévu, le médecin **ne peut plus se prévaloir de la rémunération à tarif horaire** au sein du secteur de pratique dans l'installation ayant fait l'objet de son choix du mode de rémunération mixte (paragr. 1.03).

2.3 Particularités pour le médecin rémunéré à honoraires fixes

Seul le médecin rémunéré à honoraires fixes ayant une nomination à temps plein de **35 heures** ou deux nominations à demi-temps de **17,5 heures** chacune (que l'un ou l'autre de ces médecins se soit prévalu ou non de l'option de 220 heures additionnelles à honoraires fixes), peut se prévaloir des modalités de la formule de rémunération mixte spécifique au mode de rémunération à honoraires fixes.

2.3.1 Formule spécifique à la rémunération à honoraires fixes (paragr. 2.12 de l'annexe XXIII)

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte dans un établissement et un secteur de pratique visé, maintient sa rémunération à honoraires fixes. À cette rémunération s'ajoutent les suppléments prévus aux tableaux de chaque section (annexe I de l'annexe XXIII).

Les activités clinico-administratives, décrites au paragraphe 2.01 *a*), 2^e alinéa et médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 *b*) i) ou ii) auxquelles le médecin rémunéré à honoraires fixes et au mode de rémunération mixte participe, doivent être facturées selon la rémunération à honoraires fixes.

À compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte, le médecin **n'a plus droit** :

- à la prime de responsabilité lorsque prévue à l'annexe XXII pour le secteur de pratique visé. Toutefois, lorsque le médecin assure durant les périodes fixées, la garde sur place obligatoire en milieu psychiatrique dans un des six établissements visés au paragraphe 2.16, il reçoit la prime de responsabilité équivalant à 95 % des heures payées pour cette garde sur place durant les périodes fixées ;
- de facturer les heures de dépassement du nombre maximal d'heures autorisées à tarif horaire selon le paragraphe 15.01 *a*) ou *b*) de l'entente générale.

2.3.2 Autre particularité de la rémunération à honoraires fixes (paragr. 2.15 et 2.16 de l'annexe XXIII)

Le médecin à honoraires fixes qui choisit la rémunération à honoraires fixes combinée au mode de rémunération mixte est rémunéré à honoraires fixes pour les 35 premières heures de la semaine. Il a également droit au supplément d'honoraires (pourcentage spécifique) pour les services précisés au tableau de l'annexe I de l'annexe XXIII pour le secteur de pratique concerné.

Le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option décrite au paragraphe 15.01 *b*) de l'entente générale peut, **après avoir facturé les 35 premières heures de la semaine à honoraires fixes**, choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte pour les heures excédentaires. Dans ce cas, le médecin facture le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 ainsi que le supplément d'honoraires, mais au pourcentage prévu pour le mode de rémunération mixte général dans son secteur de pratique.

Par ailleurs, le médecin qui a choisi l'option décrite au paragraphe 15.01 *b*) de l'entente générale, **doit d'abord cumuler et facturer ses 220 heures additionnelles** à honoraires fixes pour l'année civile en cours, avant de se prévaloir des modalités générales du mode de rémunération mixte **au-delà de la facturation de ses 35 premières heures hebdomadaires**.

Dans les deux situations décrites ci-dessus, pour facturer ses heures excédentaires selon les modalités générales du mode de rémunération mixte, soit le forfait horaire auquel s'ajoute les suppléments prévus aux tableaux de la section correspondant au secteur de pratique (annexe I de l'annexe XXIII), le médecin doit inscrire **en tout temps** la lettre « F » dans la case *C.S. sur chaque Demande de paiement – Médecin* (1200) lors de la facturation des forfaits horaires et services rendus.

2.3.3 Majorations en horaires défavorables pour le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode de rémunération mixte (paragr. 2.14 de l'annexe XXIII)

Les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent pour le médecin qui a opté pour la rémunération à honoraires fixes combinée au mode de rémunération mixte. Le médecin doit inscrire ses heures à honoraires fixes et les secteurs de dispensation précisés dans l'avis administratif du paragraphe 4.02 de l'annexe XX. Pour les services rendus à l'acte, la majoration prévue à l'annexe XX est calculée sur le montant du supplément d'honoraires pour chaque service.

Lorsque le médecin rémunéré à honoraires fixes se prévaut des modalités générales du mode mixte pour ses heures excédentaires, les majorations en horaires défavorables applicables à ces heures excédentaires sont alors celles décrites à la section 2.5 ci-dessous.

2.4 Majorations – Annexes XII et XII-A (paragr. 2.10 de l'annexe XXIII)

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.

2.5 Majorations en horaires défavorables (paragr. 2.09 de l'annexe XXIII)

Les majorations prévues à l'annexe XX de l'entente générale pour les services rendus en horaires défavorables ne s'appliquent ni sur le forfait horaire ni sur les activités médico-administratives.

Cependant, un pourcentage différent de celui énoncé à l'annexe XX s'applique sur les suppléments d'honoraires prévus à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette annexe fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans chacun des secteurs de pratique (art. 3, sections C-1, C-2 et D-1).

Des modificateurs sont créés pour obtenir la majoration en horaires défavorables applicable dans chaque nouveau secteur admissible au mode de rémunération mixte (voir les sections 5.3, 6.3 et 7.3 de l'infolettre).

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.

2.6 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).

2.7 Autres dispositions

Exceptionnellement, le médecin qui assure la garde en disponibilité ou celui 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. Cependant, s'il rend des services **pour au moins 60 minutes en continu, entre 8 h à 24 h**, 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 choisit d'être 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. Il ne peut pas facturer son forfait horaire.

3 Nouveaux secteurs de pratique introduits au mode de rémunération mixte

L'*Amendement n° 146* entre en vigueur le **15 février 2016**. Cet amendement introduit par l'annexe I de l'annexe XXIII, les sections C-1, C-2, D et D-1 admissibles au mode de rémunération mixte et les modalités spécifiques pour les services rendus auprès des patients admis en établissement désigné pour les trois secteurs de pratique suivants :

- Services de gériatrie rendus dans un secteur désigné d'un CHSGS soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (section C-1);
- Services de soins palliatifs rendus dans un secteur désigné d'un CHSGS soit l'unité de soins palliatifs et la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS, un CIUSSS ou un CHSGS (section C-2);
- Services rendus en établissement de longue durée soit l'unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (section D-1).

L'adhésion du médecin au mode de rémunération mixte se fait **de façon distincte pour chacun des secteurs de pratique** dans chaque établissement ou installation désigné où il exerce.

Les services médicaux communs sont précisés aux sections C et D tandis que les sections C-1, C-2 et D-1 présentent les suppléments d'honoraires applicables et les modalités spécifiques pour les nouveaux secteurs de pratique désignés. Les services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII sont payables à 100 % du tarif régulier. Pour plus de détails, veuillez consulter les parties [II](#), [III](#), [IV](#) et [V](#) de l'infolettre.

Le médecin peut se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération dans les établissements et les installations désignés. Vous pouvez consulter les listes des établissements et installations visés pour chaque nouveau secteur de pratique sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

Choix du mode de rémunération mixte

Un médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte sans attendre le renouvellement de sa nomination du **15 février 2016 au 15 mai 2016** pour les nouveaux secteurs de pratique visés. Au-delà de cette date, le médecin devra attendre le renouvellement de sa nomination pour pouvoir choisir du mode de rémunération mixte.

Le médecin absent durant cette période 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 suivant la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

3.1 Avis de service requis – Mode de rémunération mixte

Pour accéder au mode de rémunération mixte, le médecin doit demander à son ou à ses établissements de transmettre un avis de service à la Régie **pour chaque secteur de pratique** admissible, centre, programme, unité, service ou département, ou leur regroupement, pour lesquels il choisit ce mode dans un établissement ou une installation désigné.

Pour le médecin rémunéré **à l'acte** ou **à tarif horaire** qui désire mettre fin à son mode de rémunération et choisir le mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique, l'établissement ou l'installation doit transmettre un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte* (3547). Le choix du mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique aura pour effet de mettre fin à la nomination à l'acte ou à tarif horaire dans ce même secteur.

Le médecin rémunéré **à honoraires fixes** à temps plein à 35 heures/semaine ou à deux demi-temps de 17,5 heures (que l'un ou l'autre de ces médecins se soit prévalu ou non de l'option de 220 heures additionnelles à honoraires fixes) peut choisir le mode de rémunération mixte tout en conservant son mode de rémunération actuel :

- Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes à temps plein (35 heures/semaine), l'établissement doit transmettre le formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte* (1897).
- Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes à deux demi-temps de 17,5 heures/semaine qui choisit le mode de rémunération mixte, chaque établissement où le médecin opte pour le mode de rémunération mixte doit transmettre le formulaire 1897. Le médecin peut faire le choix du mode de rémunération mixte dans un ou dans les deux établissements.

Un médecin rémunéré à honoraires fixes peut cumuler son temps plein dans plusieurs installations. Il détient une nomination principale à temps plein et des nominations complémentaires pour les autres installations pour lesquelles aucun nombre d'heure n'est indiqué. L'admissibilité au mode mixte est alors fonction de la possibilité ou non d'adhérer à ce mode dans le secteur où il détient sa nomination principale.

À titre d'exemple, le médecin dont la nomination principale est en maintien à domicile en CLSC (secteur non visé par le mode mixte) et la nomination complémentaire en gériatrie de courte durée, ne peut pas adhérer au mode mixte en gériatrie.

Dans le cas du médecin qui désire mettre fin à sa rémunération à **honoraires fixes** et opter exclusivement pour le mode de rémunération mixte, l'établissement doit également transmettre un formulaire 1897 pour mettre fin à la rémunération à honoraires fixes en plus d'un formulaire 3547 pour le mode de rémunération mixte.

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*.

Si votre nomination arrive à échéance entre le **15 février 2016** et le **15 mai 2016** et que vous optez pour le mode de rémunération mixte, votre établissement est invité à procéder au renouvellement au même moment.

Afin d'éviter tout refus de paiement, vous devez attendre une lettre de confirmation de la Régie vous informant de la mise à jour de votre dossier vous rendant admissible à la rémunération selon le mode mixte avant de transmettre votre facturation.

La Régie sera prête à recevoir votre facturation dans les nouveaux secteurs de pratique introduits par l'*Amendement n° 146* à compter du **16 février 2016**. Afin d'éviter un refus de paiement et une refacturation, nous vous demandons de retenir votre facturation du 15 février 2016 jusqu'au lendemain.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte, seule la facturation des services à l'acte doit être retenue et non la facturation des heures effectuées à honoraires fixes.

4 Particularités du mode de rémunération mixte pour les nouveaux secteurs de pratique

4.1 Rémunération pour les services de garde sur place de l'EP – Garde sur place – Certains établissements (n° 43)

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique, et qui assure également la garde sur place au service d'urgence de la même installation lequel est visé par l'article 5 (régime A) ou par l'article 6 (régime B) de l'EP – Garde sur place – Certains établissements (n° 43) doit, s'il est appelé à rendre des services à un patient admis dans ce même secteur de pratique, facturer ses services selon les modalités de cette entente particulière. Dans un tel cas, les modalités du mode de rémunération mixte ne s'appliquent pas et le médecin ne peut pas se prévaloir des forfaits horaires, des suppléments d'honoraires ni des activités médico-administratives.

4.2 Rémunération des services rendus dans le cadre de l'EP – Malades admis (n° 29)

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique et qui y rend des services en vertu du paragraphe 4.02 (régime A ou B) de l'EP – Malades admis (n° 29) doit facturer ses services selon les modalités de cette entente particulière. Dans un tel cas, les modalités du mode de rémunération mixte ne s'appliquent pas et le médecin ne peut pas se prévaloir des forfaits horaires, des suppléments d'honoraires ni des activités médico-administratives.

4.3 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.

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

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. 4, section C-1 de l'annexe I).

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

5 Gériatrie – Secteurs désignés d'un CHSGS (annexe I de l'annexe XXIII)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

La section C-1 est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les modalités pour le secteur *Gériatrie – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS*. Ce secteur inclut l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas.

Vous pouvez consulter la section C-1 et la section C pour les services médicaux communs à l'annexe I de l'annexe XXIII présentée à la [partie II](#) de l'infolettre. Vous y trouverez également les instructions de facturation afférentes.

Les services mentionnés à l'annexe II de l'annexe XXIII, présentée à la [partie V](#) de l'infolettre, donnent droit à la rémunération à 100 % de leur tarif de base, peu importe le moment où ils sont rendus (paragr. 2.11). Les modalités de facturation en vigueur pour chaque service doivent être respectées.

Le médecin peut se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération dans les établissements et les installations désignés. Vous pouvez consulter la liste des établissements et installations visés pour le secteur *Gériatrie – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS* sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

5.1 Forfait horaire

Le forfait horaire est prévu pour rémunérer l'ensemble des services médicaux en gériatrie dans ce secteur (art. 1, section C-1 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42106** et **42107** correspondant au forfait horaire dans le secteur de pratique désigné d'un CHSGS sont créés.

Tableau 1 – Forfait horaire

Services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique en gériatrie d'un CHSGS			
Forfait horaire	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Services médicaux en gériatrie (art. 1, section C-1 de l'annexe I)	42106	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42107	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes

5.2 Supplément d'honoraires

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base des services médicaux et médico-administratifs identifiés au tableau des suppléments d'honoraires. Ce tableau est présenté à la section C-1 de l'annexe I de l'annexe XXIII pour les services rendus en établissement en gériatrie d'un CHSGS désigné.

5.3 Modificateurs pour les majorations en horaires défavorables

Les modificateurs **440**, **441** et **442** correspondant aux pourcentages de majoration en horaires défavorables sont créés et présentés dans le tableau suivant pour les services rendus en gériatrie en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS (unité de soins de courte durée gériatrique, services gériatriques ambulatoires, hôpital de jour ou unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas).

Le forfait horaire et les activités médico-administratives ne peuvent être majorés en horaires défavorables.

Tableau 2 – Majorations applicables en horaires défavorables – Gériatrie en CHSGS

Majoration d'honoraires	Modificateur	Horaire
23,03 %	440	20 h – 24 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié
40,75 %	441	20 h – 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié
	442	8 h – 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié

5.4 Activités médico-administratives

5.4.1 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 *b*) de l'annexe XXIII

Les activités médico-administratives de l'annexe XXIII (paragr. 2.01 *b*) i) et ii)) sont rémunérées selon un **supplément d'honoraires** (art. 2, section C-1 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42108** et **42109** correspondant aux activités médico-administratives en lien avec les services médicaux rendus en gériatrie dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS sont créés.

Tableau 3 – Activités médico-administratives

Services médicaux rendus en gériatrie en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS			
Activités médico-administratives	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) i) de l'annexe XXIII)	42108	23,78	période complète de 15 minutes
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) ii) de l'annexe XXIII)	42109	23,78	période complète de 15 minutes

5.4.2 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

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 à l'acte à 100 % du tarif de base (art. 5, section C-1 de l'annexe I et annexe II de l'annexe XXIII)

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

6 Soins palliatifs – Secteurs désignés d'un CHSGS (annexe I de l'annexe XXIII)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

La section C-2 est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les modalités pour le secteur *Soins palliatifs – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS*. Ce secteur inclut l'unité de soins palliatifs et la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou un CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs.

Vous pouvez consulter la section C-2 et la section C pour les services médicaux communs à l'annexe I de l'annexe XXIII présentée à la [partie III](#) de l'infolettre. Vous y trouverez également les instructions de facturation afférentes.

Les services mentionnés à l'annexe II de l'annexe XXIII, présentée à la [partie V](#) de l'infolettre, donnent droit à la rémunération à 100 % de leur tarif de base, peu importe le moment où ils sont rendus (paragr. 2.11). Les modalités de facturation en vigueur pour chaque service doivent être respectées.

Le médecin peut se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération dans les établissements et les installations désignés. Vous pouvez consulter la liste des établissements et installations visés pour le secteur *Soins palliatifs – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS* sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

Pour une maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services mais non désignée dans la liste d'établissements, utiliser le code d'établissement du CISSS, du CIUSSS ou du CHSGS avec lequel l'entente de services a été conclue.

6.1 Forfait horaire

Le forfait horaire est prévu pour rémunérer l'ensemble des services médicaux pour les soins palliatifs dans ce secteur (art. 1, section C-2 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42110** et **42111** correspondant au forfait horaire dans le secteur de pratique désigné d'un CHSGS sont créés.

Tableau 4 – Forfait horaire

Services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique pour les soins palliatifs d'un CHSGS (incluant la clinique externe en soins palliatifs)			
Forfait horaire	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Services médicaux pour les soins palliatifs (art. 1, section C-2 de l'annexe I)	42110	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42111	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes

6.2 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 C-2 pour les services en soins palliatifs rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS.

Pour les services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII, le pourcentage de l'acte applicable est de 100 %. Vous pouvez consulter l'annexe II à la [partie V](#) de l'infolettre.

6.3 Modificateurs pour les majorations en horaires défavorables

Les modificateurs **443**, **444** et **445** correspondant aux pourcentages de majoration en horaires défavorables sont créés et présentés dans le tableau suivant pour les soins palliatifs en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS (unité des soins palliatifs et la maison privée liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou un CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs).

Le forfait horaire et les activités médico-administratives ne peuvent être majorés en horaires défavorables.

Tableau 5 – Majorations applicables en horaires défavorables – Soins palliatifs

Majoration d'honoraires	Modificateur	Horaire
23,84 %	443	20 h – 24 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié
42,17 %	444	20 h – 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié
	445	8 h – 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié

6.4 Activités médico-administratives

6.4.1 Activités médico-administratives (paragraphe 2.01 *b*) de l'annexe XXIII)

Les activités médico-administratives de l'annexe XXIII (paragr. 2.01 *b*) i) et ii)) sont rémunérées selon un **supplément d'honoraires** (art. 2, section C-2 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42112** et **42113** correspondant aux activités médico-administratives en lien avec les soins palliatifs dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP sont créés.

Tableau 6 – Activités médico-administratives

Services médicaux rendus pour les soins palliatifs en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS			
Activités médico-administratives	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) i) de l'annexe XXIII)	42112	23,78	période complète de 15 minutes
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) ii) de l'annexe XXIII)	42113	23,78	période complète de 15 minutes

6.4.2 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

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 à l'acte à 100 % du tarif de base (art. 5, section C-2 de l'annexe I et annexe II de l'annexe XXIII)

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

7 Services auprès des patients admis en établissement de longue durée

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

La section D-1 est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les modalités pour le secteur *Services auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP*. Ce secteur inclut la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou d'un CHSP.

Vous pouvez consulter la section D-1 et la section D pour les services médicaux communs à l'annexe I de l'annexe XXIII présentée à la [partie IV](#) de l'infolettre. Vous y trouverez également les instructions de facturation afférentes.

Les services mentionnés à l'annexe II de l'annexe XXIII, présentée à la [partie V](#) de l'infolettre, donnent droit à la rémunération à 100 % de leur tarif de base, peu importe le moment où ils sont rendus (paragr. 2.11). Les modalités de facturation en vigueur pour chaque service doivent être respectées.

Le médecin peut se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération dans les établissements et les installations désignés. Vous pouvez consulter la liste des établissements et installations visés pour le secteur *Services auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP* sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

7.1 Forfait horaire

Le forfait horaire est prévu pour rémunérer l'ensemble des services médicaux dans ce secteur. (art. 1, section D-1 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42114** et **42115** correspondant au forfait horaire dans le secteur de pratique désigné sont créés.

Tableau 7 – Forfait horaire

Services auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP			
Forfait horaire	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Services et soins dispensés à des patients admis dans une unité d'hébergement de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (art. 1, section D-1 de l'annexe I)	42114	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42115	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes

7.2 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 D-1 pour les services rendus auprès des patients admis en établissement de longue durée dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP.

Pour les services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII, le pourcentage de l'acte applicable est de 100 %. Vous pouvez consulter l'annexe II à la [partie V](#) de l'infolettre.

7.3 Modificateurs pour les majorations en horaires défavorables

Les modificateurs **446**, **447** et **448** correspondant aux pourcentages de majoration en horaires défavorables sont créés et présentés dans le tableau suivant pour les services rendus auprès des patients admis en établissement dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP).

Le forfait horaire et les activités médico-administratives ne peuvent être majorés en horaires défavorables.

Tableau 8 – Majorations applicables en horaires défavorables – Soins de longue durée en CHSGS, CHSLD ou CHSP

Majoration d'honoraires	Modificateur	Horaire
22,63 %	446	20 h – 24 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié
40,03 %	447	20 h – 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié
	448	8 h – 24 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié

7.4 Activités médico-administratives

7.4.1 Activités médico-administratives (paragraphe 2.01 b) de l'annexe XXIII)

Les activités médico-administratives de l'annexe XXIII (paragr. 2.01 b) i) et ii)) sont rémunérées selon un **supplément d'honoraires** (art. 2, section D-1 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42116** et **42117** correspondant aux activités médico-administratives en lien avec les services rendus auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP sont créés.

Tableau 9 – Activités médico-administratives

Services auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP			
Activités médico-administratives	Code d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)	42116	23,78	période complète de 15 minutes
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)	42117	23,78	période complète de 15 minutes

7.4.2 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

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 à l'acte à 100 % du tarif de base (art. 5, section D-1 de l'annexe I et annexe II de l'annexe XXIII).

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

8 Instructions de facturation pour le mode de rémunération mixte

La Régie sera prête à recevoir votre facturation dans les nouveaux secteurs de pratique introduits par l'*Amendement n° 146* à compter du **16 février 2016**. Afin d'éviter un refus de paiement et une refacturation, nous vous demandons de retenir votre facturation du 15 février 2016 jusqu'au lendemain.

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte dans les nouveaux secteurs de pratique désignés 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 au tableau des suppléments d'honoraires (C-1, C-2 ou D-1, selon la situation), le médecin doit inscrire sur la demande de paiement :

- **Forfait horaire** : le code d'acte approprié pour la première heure en continu complétée et 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*.

Advenant qu'un médecin exerce le même jour dans deux secteurs différents pour lesquels il a adhéré au mode mixte, il doit au minimum facturer une première heure complète dans chaque secteur pour lequel il compte demander un forfait horaire ou des périodes additionnelles.

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.

8.1 Modificateurs en horaires défavorables

Le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte dans les nouveaux secteurs de pratique désignés, doit utiliser les modificateurs inscrits aux sections 5.3, 6.3 ou 7.3 de l'infolettre pour facturer ses suppléments d'honoraires **en horaires défavorables**. Le forfait horaire et les activités médico-administratives ne peuvent être majorés en horaires défavorables.

Les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent pour le médecin rémunéré à honoraires fixes en association avec le mode de rémunération mixte.

8.2 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 pendant laquelle le service a été rendu dans le secteur de l'établissement où il est rémunéré selon ce mode. Selon le cas, les plages horaires suivantes doivent être inscrites :

Tableau 10 – Plages horaires

Plage horaire (P.H.)	Valeur
0 h – 8 h (nuit)	5
8 h – 12 h (a.m.)	6
12 h – 20 h (p.m.)	7
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 dans le secteur de l'établissement visé sont payables selon l'entente générale 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 mode de rémunération mixte.

9 Autres changements administratifs relatif à l'Amendement n° 146

- ◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*
- ◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

9.1 Onglet Rédaction de la demande de paiement

- À la section *4.6.2 Annexe II – Liste des modificateurs*, sous Annexe XXIII, trois modificateurs sont créés pour le secteur de pratique en gériatrie :

Paragraphe 3.1 : Majoration de 23,03 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les services en gériatrie rendus les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié **MOD 440**

Paragraphe 3.2 : Majoration de 40,75 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les services en gériatrie rendus le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié **MOD 441**

Paragraphe 3.3 : Majoration de 40,75 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les services en gériatrie rendus les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h **MOD 442**

- À la section *4.6.2 Annexe II – Liste des modificateurs*, sous Annexe XXIII, trois modificateurs sont créés pour le secteur de pratique en soins palliatifs :

Paragraphe 3.1 : Majoration de 23,84 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins palliatifs rendus les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié **MOD 443**

Paragraphe 3.2 : Majoration de 42,17 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins palliatifs rendus le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié **MOD 444**

Paragraphe 3.3 : Majoration de 42,17 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins palliatifs rendus les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h **MOD 445**

- À la section *4.6.2 Annexe II – Liste des modificateurs*, sous Annexe XXIII, trois modificateurs sont créés pour le secteur de pratique en longue durée :

Paragraphe 3.1 : Majoration de 22,63 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour le secteur de pratique de longue durée les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié **MOD 446**

Paragraphe 3.2 : Majoration de 40,03 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour le secteur de pratique de longue durée le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié **MOD 447**

Paragraphe 3.3 : Majoration de 40,03 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour le secteur de pratique de longue durée les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h **MOD 448**

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

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 – 440	500	1,2303
094 – 441	501	1,4075
094 – 442	502	1,4075
094 – 443	503	1,2384
094 – 444	504	1,4217
094 – 445	505	1,4217
094 – 446	506	1,2363
094 – 447	507	1,4003
094 – 448	508	1,4003

9.2 Onglet B – Consultation, examen et visite

- Pour le premier patient en perte sévère d'autonomie, sous le code d'acte **00007**, les codes suivants sont ajoutés :

EXAMENS À DOMICILE		DOMICILE	
Premier patient (en perte sévère d'autonomie)			
- De 0 h à 7 h		00008	174,65 \$
- En tout autre temps		00007	85,30 \$
- Unité de courte durée gériatrique et longue durée en CHSGS, CHSLD ou CHSP	00 – 69 ans	15762	85,30 \$
	70 ans et +	15763	85,30 \$

9.3 Onglet Entente – Annexe XXIII

Plusieurs avis administratifs sont ajoutés à l'annexe XXIII. Pour faciliter votre facturation, l'annexe XXIII et tous les avis administratifs paraissent à la [partie VI](#) (sur le site Web de la Régie seulement). Les avis administratifs relatifs aux trois nouveaux secteurs de pratique sont en grisé dans le texte.

Texte paraphé de l'Amendement n° 146

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

a) En remplaçant l'alinéa 2 du paragraphe 2.2.6 A de son Préambule général par le suivant :

« 2) Visite initiale ou annuelle : le médecin doit :

- être le médecin traitant, le remplaçant de celui-ci ou un médecin effectuant une évaluation dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie de courte durée d'un CHSGS ou d'un CHSLD;
- sous réserve de l'alinéa suivant, compléter, lors de la visite initiale et, par la suite, au moins une fois par année, la fiche d'information prescrite par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente ou le formulaire en usage au CLSC, et, lorsque cela lui paraît pertinent, en transmettre copie au programme de soutien à domicile du CLSC du territoire;
- dans le cas où le CLSC confirme au médecin que son programme de soutien à domicile ne couvre pas certaines unités d'habitation ou institutions religieuses, le médecin n'est pas tenu de compléter la fiche d'information ou le formulaire dont il est question à l'alinéa ci-dessus pour les services qu'il y dispense;
- le médecin effectuant une évaluation dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie d'un CHSGS ou d'un CHSLD est dispensé de l'obligation de compléter la fiche d'information décrite ci-dessus. »

b) En modifiant son onglet « Examens et consultations » de la façon suivante :

i) en ajoutant à la sous-section « Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (patients de moins de 70 ans) » sous le code 00075 les codes et libellés suivants :

« **15762** examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie par un médecin qui exerce dans le cadre d'un programme de gériatrie de courte durée dans un CHSGS ou un CHSLD (PG 2.2.9 A)..... 85,30 »

AVIS : L'acte codifié **15762** est payable au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode mixte de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique en CHSGS ou de soins de longue durée ou d'hébergement en CHSLD d'un établissement désigné en vertu de l'une ou l'autre de ces annexes. Pour connaître les établissements désignés, veuillez vous référer aux listes des établissements et installations désignés pour la rémunération à l'acte des paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E de l'annexe XXII ou pour la rémunération mixte, à l'annexe III de l'Annexe XXIII relative aux sections C-1 et D-1. Utiliser le numéro d'établissement désigné 0XXX2, 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.

ii) en ajoutant à la sous-section « Examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (patients de 70 ans ou plus) » sous le code 00075 le code et libellé suivants :

« **15763** examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie par un médecin qui exerce dans le cadre d'un programme de gériatrie de courte durée dans un CHSGS ou un CHSLD (PG 2.2.9 A)..... 85,30 »

AVIS : *L'acte codifié 15763 est payable au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode mixte de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique en CHSGS ou de soins de longue durée ou d'hébergement en CHSLD d'un établissement désigné en vertu de l'une ou l'autre de ces annexes. Pour connaître les établissements désignés, veuillez vous référer aux listes des établissements et installations désignés pour la rémunération à l'acte des paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E de l'annexe XXII ou pour la rémunération mixte, à l'annexe III de l'Annexe XXIII relative aux sections C-1 et D-1. Utiliser le numéro d'établissement désigné 0XXX2, 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

B) L'Annexe XXIII est modifiée de la façon suivante :

- a) En ajoutant à l'annexe I de l'Annexe XXIII, la section C-1 intitulée « Gériatrie – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS (soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas) » à la section C de l'Annexe XXIII. Elle est en annexe I du présent amendement.
- b) En ajoutant à l'annexe I de l'Annexe XXIII, la section C-2 intitulée « Soins palliatifs – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS (soit l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs) » à la section C de l'Annexe XXIII. Elle est en annexe II du présent amendement.
- c) En ajoutant à l'annexe I de l'Annexe XXIII, la section D intitulée « Services de longue durée en CHSGS, CHSLD et en CHSP ». Elle est en annexe III du présent amendement.
- d) En ajoutant à l'annexe I de l'Annexe XXIII, la section D-1 intitulée « Services auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP) ». Elle est en annexe III du présent amendement.

2. Le présent amendement entre en vigueur le 15 février 2016 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 à l'annexe XXIII

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

Section C – Services rendus en établissement autres que CLSC et UMF-CH

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;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographe » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

Section C-1

GÉRIATRIE – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS (*soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas*)

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
56,44	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15160, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15762 et 15763. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869 et 15652.
%	Services médico-administratifs
40	42108, 42109
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
32,56	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15160, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15762 et 15763. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869 et 15652.

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 services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique de gériatrie désignés d'un CHSGS (*soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas*).

42106 Forfait horaire relatif aux services médicaux en gériatrie (première heure complétée).....	57,12 \$
42107 Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en gériatrie 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 **42107**, 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 (OXXX2) dans la section Établissement.

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

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

42108 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) i) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes.....	23,78 \$
42109 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) 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 l'heure de début du forfait 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 (OXXX2) 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.

3. 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 :

3.1 23,03 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 440 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 (OXXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23,03 %.*

3.2 40,75 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 441 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 (OXXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,75 %.*

3.3 40,75 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur 442 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 (OXXX2) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,75 %.*

4. 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.

5. 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.

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 à l'annexe XXIII

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

Section C – Services rendus en établissement autres que CLSC et UMF-CH

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;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographe » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

Section C-2

SOINS PALLIATIFS – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS (soit l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs)

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
54,54	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650 et 15651. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869 et 15652.
%	Services médico-administratifs
40	42112, 42113
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
30,08	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650 et 15651. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	Services payés sur base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869 et 15652.

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 services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS en soins palliatifs (soit l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs).

42110 Forfait horaire relatif aux services médicaux en soins palliatifs (première heure complétée).....	57,12 \$
42111 Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en soins palliatifs 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 **42111**, 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 (4XXX0) dans la section Établissement.

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

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

42112 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes.....	23,78 \$
42113 Activités médico-administratives (paragr. 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 l'heure de début du forfait 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 (4XXX0) 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.

3. 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 :

- 3.1 23,84 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 443 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 (4XXX0) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23,84 %.*

3.2 42,17 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 444 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 (4XXX0) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 42,17 %.*

3.3 42,17 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS : *Inscrire le modificateur 445 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 (4XXX0) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 42,17 %.*

4. 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.

5. 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.

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 à l'annexe XXIII

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

Section D – Services de longue durée en CHSGS, CHSLD et en CHSP

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;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographe » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

Section 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 CHSGS, D'UN CHSLD OU D'UN CHSP (*incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP*)

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
57,45	<p>Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 E du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08811, 08812, 08813, 08926, 08998, 08999, 09087, 09100, 09246, 15615, 15616, 15617, 15618, 15619, 15762 et 15763.</p> <p>Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012.</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section D – Services médicaux communs.</p>
%	Services sur base de temps
62,15	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, certains services du paragraphe 2.2.6 E, ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15620 et 15621.</p>
%	Services médico-administratifs
40	42116, 42117
Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
32,77	<p>Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 E du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08811, 08812, 08813, 08926, 08998, 08999, 09087, 09100, 09246, 15615, 15616, 15617, 15618, 15619, 15762 et 15763.</p> <p>Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012.</p> <p>L'ensemble des services énumérés à la Section D – Services médicaux communs.</p>
%	Services sur base de temps
19,4	<p>Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, certains services du paragraphe 2.2.6 E, ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15620 et 15621.</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 de longue durée les services et les soins dispensés à des patients admis dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP).

42114 Forfait horaire relatif aux soins dispensés (première heure complétée)..... 57,12 \$

42115 Par période additionnelle complète de 15 minutes 14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en longue durée 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 **42115**, 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 (OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement.

Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.

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

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

42116 Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes..... 23,78 \$

42117 Activités médico-administratives (paragr. 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 l'heure de début du forfait 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 (OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement.

Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.

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.

3. 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 :

3.1 22,63 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 446 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 (OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 22,63 %. Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.*

3.2 40,03 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

AVIS : *Inscrire le modificateur 447 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 (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,03 %. Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.*

3.3 40,03 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h;

AVIS : *Inscrire le modificateur 448 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 (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 40,03 %. Pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, utiliser le numéro d'établissement 00798.*

4. 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.

5. 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.

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 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)

- 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 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 effectuée 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**);
- 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 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 un guichet d'accès (code **19957**);
- 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 un guichet d'accès (code **19958**);
- 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 un guichet d'accès (code **19959**);
- Supplément pour le premier examen ou la première intervention fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille très vulnérable référé par un guichet d'accès (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**).

ANNEXE XXIII (sur le site Web de la Régie)

Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés

1.00 Modalités générales

1.01 Le médecin, lorsqu'il exerce au Québec dans un des secteurs de pratique admissibles, centres, programmes, unités, services ou départements d'un établissement, identifiés au paragraphe 3.00 ci-dessous, peut opter pour le mode de rémunération mixte ou, pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, selon la formule spécifique à ce mode.

1.02 Au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination pour chacune des installations physiques d'un établissement, le médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte et cela, s'il y a lieu, pour chaque établissement, centre, programme, unité, service ou département, ou leur regroupement. Il peut modifier son option lors du renouvellement de sa nomination.

Toutefois, le médecin qui détient déjà une nomination dans un établissement lors de la mise sur pied d'un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination, peut opter pour le mode de rémunération mixte pour cette activité.

1.03 Le médecin qui a opté pour le mode mixte de rémunération peut modifier son mode de rémunération au moment du renouvellement de sa nomination.

Toutefois, le médecin qui détient ou a détenu un avis de service selon le mode de rémunération mixte peut, au sein de l'installation en cause, une seule fois opter pour le mode du tarif horaire selon l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- a) Sans égard à la date du renouvellement de sa nomination, le médecin qui se prévaut du mode mixte dans une installation visée peut opter pour le tarif horaire durant les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause. Si cette limite survient lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé de la durée de son absence temporaire durant ces vingt-quatre (24) premiers mois de façon à lui assurer le bénéfice des vingt-quatre (24) mois d'exercice pour effectuer son choix. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.
- b) Lorsque le choix du mode de rémunération mixte par le médecin est exercé dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de ce mode dans le secteur de pratique ou l'installation en cause, la possibilité de se prévaloir du tarif horaire est prolongée au premier renouvellement de nomination qui survient après les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode mixte dans l'installation en cause. Si cette limite est atteinte lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé à la date du premier renouvellement de nomination qui survient suite à la fin de l'absence du médecin pour invalidité ou maternité. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.

1.04 L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option exercée par le médecin.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin rémunéré exclusivement selon le mode de rémunération mixte, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique concerné et inscrire la période couverte par l'avis de service. Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes qui quitte ce mode pour être rémunéré exclusivement selon la rémunération mixte, l'établissement doit aussi faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) pour confirmer la fin de la nomination à honoraires fixes en plus du formulaire 3547 pour la rémunération mixte.*

2.00 Modalités spécifiques

Activités professionnelles rémunérées

2.01 La rémunération, selon le mode de rémunération mixte, prévue à la présente annexe, couvre les activités professionnelles suivantes :

a) L'ensemble des activités médicales du médecin en établissement que le médecin accomplit dans un secteur de pratique admissible dans lequel le mode de rémunération mixte est désigné par les parties.

Les activités médicales comprennent tant les activités cliniques portant sur les soins directs à des patients que les activités qui découlent de ceux-ci et elles comprennent également, les activités cliniques avec ou sans l'encadrement d'externes ou de médecins résidents.

AVIS : *Les activités clinico-administratives décrites au paragraphe 2.01 a), 2^e alinéa et médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i), ii) et iii) auxquelles le médecin rémunéré à honoraires fixes et mixte participe, doivent être facturées selon le mode des honoraires fixes.*

b) Les activités médico-administratives auxquelles le médecin participe, soient :

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

- *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 horaire 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 d'établissement désigné dans la section Établissement.*

i) les activités du département clinique et de services cliniques tenues au sein de l'établissement où le médecin exerce;

ii) les activités aux réunions, à titre de membre, de comités mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement;

iii) les activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement.

AVIS : *En santé publique et en santé et sécurité du travail, vous référer aux articles 5 et 6 de l'annexe I de l'annexe XXIII.*

Pour être rémunéré pour sa participation à distance aux activités médico-administratives, le médecin doit y participer par visioconférence tenue en établissement.

Formule de rémunération générale

2.02 Le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe constitue un mode de rémunération distinct. Sauf dérogation expressément prévue à la présente annexe, il constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui ont opté pour ce mode dans un secteur de pratique d'un établissement ou partie d'un établissement où ce mode est instauré par les parties.

Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et de leurs secteurs de pratique où le mode de rémunération mixte est désigné. Cette liste paraît à l'annexe III des présentes.

2.03 Le médecin qui a opté pour le mode de rémunération mixte, dans un secteur de pratique admissible, et qui y assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes, est rémunéré, de façon exclusive, selon une formule de rémunération mixte telle que décrite aux paragraphes ci-dessous.

Les activités cliniques du médecin sont réalisées dans l'établissement. Lorsque la nature des activités cliniques exige que celles-ci soient réalisées à l'extérieur du cadre physique de l'établissement dont notamment, des visites à domicile, des activités en milieu scolaire ou dans le cadre de la santé et sécurité du travail, celles-ci sont alors réputées être accomplies au sein de l'établissement.

2.04 Sous réserve du paragraphe 2.05, les modalités de rémunération relatives au mode de rémunération mixte prévues par la présente annexe couvrent l'ensemble des activités professionnelles que le médecin effectue dans le cadre d'une période d'activités entre 8 h et 24 h, et ce, chaque journée de la semaine, du lundi au dimanche incluant les jours fériés. En dehors de cette période soit, entre 0 h et 8 h, les activités faites sur place par le médecin sont rémunérées selon l'entente générale.

AVIS : *Le médecin autorisé au mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII doit 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. de la Demande de paiement – Médecin (1200) :*

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.*

2.05 Le médecin reçoit pour les services médicaux et les activités médico-administratives qu'il exerce au cours d'une journée donnée, un forfait horaire au montant de 57,12 \$ par heure d'activités complétée. Le forfait est divisible par période complète de quinze (15) minutes d'activité.

AVIS : *Pour les services médicaux et les activités médico-administratives, vous référer aux instructions de facturation paraissant dans les tableaux de l'annexe I à l'annexe.*

Malgré ce qui précède, le médecin ne peut réclamer le paiement du forfait horaire ci-haut prévu si au cours d'une journée donnée sa prestation de travail dans un secteur de pratique où il dispense alors des services est inférieure à soixante (60) minutes continues. En ce cas, le médecin réclame alors pour les services professionnels dispensés, les suppléments d'honoraires (pourcentages des actes) applicables par secteur de pratique indiqués aux annexes I et II des présentes.

Toutefois, le médecin qui rend des services lorsqu'il est en disponibilité est rémunéré selon l'entente générale. Advenant que lors de son déplacement le médecin dispense des services pour une période d'au moins soixante (60) minutes continues entre 8 h et 24 h, il peut alors choisir d'être rémunéré pour la totalité de ses services selon le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe.

AVIS : *Exceptionnellement, le médecin qui assure la garde en disponibilité ou celui qui n'est pas dans l'établissement, ni de garde en disponibilité et qui est appelé pour rendre des services sur place pour une période de moins de 60 minutes est rémunéré selon l'entente générale à 100 % du tarif de base. Il doit inscrire la lettre « E » dans la case C.S. afin d'être payé à 100 % du tarif de ses actes. Pour un déplacement de plus de 60 minutes lors duquel le médecin désire bénéficier du mode de rémunération mixte, ne pas inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

- 2.06** Pour la prestation des activités professionnelles visées par les présentes, le médecin reçoit, en plus du forfait horaire prévu en vertu du paragraphe 2.05, un pourcentage de la rémunération à l'acte (supplément d'honoraires) applicable au sein d'un secteur de pratique dans lequel le mode de rémunération mixte est instauré.
- 2.07** L'annexe I des présentes fait état, des codes d'acte des services médicaux visés ainsi que des suppléments d'honoraires (pourcentages des actes) applicables au sein d'un secteur de pratique dans lequel le mode mixte est instauré et, le cas échéant, l'annexe I énonce les règles et modalités particulières applicables à un secteur de pratique concerné.
- 2.08** Sous réserve du choix prévu au troisième alinéa du paragraphe 2.05, les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.
- 2.09** La rémunération versée, selon le pourcentage de l'acte (supplément d'honoraires) pour les services médicaux dispensés, accordée en vertu des paragraphes 2.06 et 2.07 ainsi que celle pour les actes payés à 100 % en vertu du paragraphe 2.11 est sujette aux dispositions de l'annexe XX de l'entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables. L'annexe I des présentes fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans chaque secteur de pratique. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base en vertu du paragraphe 2.11 ci-dessous sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX de l'entente générale.
- Toutefois, les dispositions de l'annexe XX ne s'appliquent pas à la rémunération versée selon le forfait horaire accordée en vertu du paragraphe 2.05 des présentes ainsi qu'à celle versée selon le pourcentage de l'acte (supplément d'honoraires) pour les activités médico-administratives accordée en vertu du paragraphe 2.01 b).
- 2.10** Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue à la présente annexe selon le lieu de dispensation des services.
- 2.11** Malgré le paragraphe 2.06 ci-dessus certains services donnent droit à la rémunération de 100 % de leur tarif de base. L'annexe II fait état de ces services médicaux.

Formule de rémunération spécifique au mode de rémunération à honoraires fixes

2.12 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour le mode mixte maintient son mode de rémunération auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des actes (supplément d'honoraires) qui est spécifique aux honoraires fixes. Aucune prime de responsabilité, et, dans le cas de la santé publique et de la santé et sécurité du travail, aucune prime horaire ne sont alors payables sur la rémunération à honoraires fixes dans un secteur visé. Les annexes I et II tel que précisé aux paragraphes 2.07 et 2.11 ci-dessus font état des pourcentages applicables ainsi que des règles et modalités applicables au secteur de pratique en cause.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes pour 35 heures par semaine ou pour deux demi-temps (que l'un ou l'autre de ces médecins se soit prévalu ou non de l'option de 220 heures supplémentaires par année) dans un ou des secteurs de pratique visés peut choisir, en plus de son mode actuel, d'être rémunéré selon le mode mixte. Dans ce cas, l'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897), sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique visé, cocher la case correspondant au mode de rémunération mixte (annexe XXIII, paragr. 2.12) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

2.13 Le paragraphe 2.10 s'applique au médecin rémunéré à honoraires fixes.

2.14 Durant les horaires défavorables, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes ainsi que sur les services rendus. Pour les services rendus à l'acte, la majoration de l'annexe XX se calcule sur le montant du supplément d'honoraires pour chaque service.

2.15 Le médecin rémunéré à honoraires fixes peut se prévaloir de cette rémunération pour ses activités régulières et de garde sur place selon l'encadrement suivant :

- a) 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.
- b) 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 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 applicables 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.

Garde sur place obligatoire

- 2.16** Malgré les dispositions de l'entente générale relative à la rémunération des services de la garde sur place, lorsque le médecin, pour les services rendus à la clientèle en cause, est rémunéré de façon exclusive par le mode de rémunération mixte prévu dans la présente annexe, les services de garde sur place, lorsque requis par l'établissement, sont rémunérés, de façon exclusive au tarif horaire ou aux honoraires fixes, les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 18 h à 8 h les jours de la semaine. Dans ce cas, malgré le paragraphe 2.12 une prime de responsabilité s'ajoute à 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés au présent paragraphe. Cette prime est de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013.

AVIS : *Les établissements visés sont les suivants :*

- En milieu psychiatrique

Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888), Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (Institut universitaire en santé mentale de Montréal) (00878), Hôpital Douglas (00698), Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal – Pavillon Albert-Prévost (07748), Hôpital Rivière-des-Prairies (00848), Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858)

AVIS : *Les natures de service à utiliser sont 027XXX Soins physiques en psychiatrie ou 265XXX Soins psychiatriques.*

Rémunération à tarif horaire, utiliser les codes d'activité suivants :

Les médecins qui ont opté pour le mode de rémunération mixte ou des honoraires fixes combiné au mode mixte selon l'annexe XXIII, et qui facturent de la garde sur place à tarif horaire, sont appelés « médecins visés par le paragraphe 2.16 ».

- ***Pour les médecins visés par le paragraphe 2.16 durant les heures de garde sur place obligatoire (18 h à 8 h du lundi au vendredi et 0 h à 24 h les samedi, dimanche et jours fériés) :***

- XXX270 Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)

en-dehors des heures de garde sur place obligatoire (8 h à 18 h du lundi au vendredi) :

- XXX063 Garde sur place

- XXX071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.

- ***Pour les autres médecins rémunérés à tarif horaire – en tout temps***

- XXX063 Garde sur place

- XXX071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.

Rémunération à honoraires fixes – en tout temps, utiliser les codes d'activité suivants :

- XXX063 Garde sur place

- XXX132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Les plages admissibles pour la garde sur place obligatoire sont :

Jours concernés

Heures concernées

Lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié

18 h à 8 h

Samedi, dimanche ou jour férié

0 h à 24 h

AVIS : Pour tous les médecins rémunérés selon le mode de rémunération mixte ou selon le mode de rémunération mixte combiné au mode de rémunération à honoraires fixes dans les établissements mentionnés précédemment, l'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour le mode du tarif horaire ou un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) pour le mode des honoraires fixes, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique concernant la garde sur place seulement et inscrire la période couverte par l'avis de service.

3.00 Secteur de pratique admissible

3.01 Sont admissibles au mode de rémunération mixte les programmes, unités, départements ou à leur regroupement tel que défini au paragraphe 2.00 de l'annexe XXII de l'entente générale et désignés ci-dessous :

- a) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :
- 1) l'unité de soins de courte durée gériatriques, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive;

AVIS : Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement **OXXX2**.

AVIS : Rémunération à honoraires fixes mixte,

CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL) :

- Utiliser le numéro d'établissement **07841**;

- Utiliser les codes d'activité pour le programme en gériatrie (Accord n° 434) :

073030 Services cliniques

073032 Rencontres multidisciplinaires

073037 Planification, programme et évaluation (élaboration et implantation de programmes/services)

073055 Communications (rencontres avec les proches)

073056 Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)

073067 Expertise professionnelle

073098 Services de santé durant le délai de carence

Pour les autres établissements visés :

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX2** ou selon les instructions de facturation reçues;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101070 Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

- 2) le département de psychiatrie (pour les soins physiques) incluant la clinique externe en psychiatrie (pour les soins physiques);
- 3) l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un centre de santé et de services sociaux ou un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés incluant la clinique externe en soins palliatifs;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 4XXX0.*

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes mixte,*

- *Utiliser le numéro d'établissement 4XXX0 ou selon les instructions de facturation reçues;*

- *Utiliser les codes d'activité suivants :*

053030 Services cliniques

053032 Rencontres multidisciplinaires

053043 Tâches médico-administratives et hospitalières

053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

053063 Garde sur place

053067 Expertise professionnelle

053098 Services de santé durant le délai de carence

053132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

AVIS : *Pour une maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services mais non désignée dans la liste d'établissements, utiliser le code d'établissement du CISSS, du CIUSSS ou du CHSGS avec lequel l'entente de services a été conclue.*

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

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 4XXX0.*

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes mixte,*

- *Utiliser le numéro d'établissement 4XXX0 ou selon les instructions de facturation reçues;*

- *Utiliser les codes d'activité suivants :*

053030 Services cliniques

053032 Rencontres multidisciplinaires

053043 Tâches médico-administratives et hospitalières

053055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

053063 Garde sur place

053067 Expertise professionnelle

053098 Services de santé durant le délai de carence

053132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

- 5) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

AVIS : Rémunération à honoraires fixes mixte,

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

- 6) le département de psychiatrie (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques.

AVIS : Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement **0XXX8.**

AVIS : Rémunération à honoraires fixes du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser les codes d'activité suivants :

- **265015 Examens relatifs à l'hépatite C**

- **265030 Services cliniques**

- **265032 Rencontres multidisciplinaires**

- **265037 Planification – Programmation – Évaluation**

- **265043 Tâches médico-administratives et hospitalières**

- **265055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)**

- **265063 Garde sur place**

- **265098 Services de santé durant le délai de carence**

- **265132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)**

- b) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est l'hébergement et les soins de longue durée :

- 1) l'unité de soins de courte durée gériatriques;

AVIS : Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement **0XXX2.**

AVIS : Rémunération à honoraires fixes mixte,

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX2** ou selon les instructions de facturation reçues;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 *Garde sur place*

101070 *Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*

101097 *Plan d'intervention pour le patient*

101098 *Services de santé durant le délai de carence*

101132 *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

c) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée incluant la clinique externe;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes mixte,*

- *Utiliser le numéro d'établissement OXXX8;*

- *Utiliser les codes d'activité suivants :*

027015 *Examens relatifs à l'hépatite C*

027030 *Services cliniques*

027032 *Rencontres multidisciplinaires*

027037 *Planification - Programmation – Évaluation*

027043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*

027055 *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

027063 *Garde sur place*

027098 *Services de santé durant le délai de carence*

027132 *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

2) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques;

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie*

- *Utiliser le numéro d'établissement OXXX8 ou selon les instructions de facturation reçues;*

- *Utiliser les codes d'activité suivants :*

265015 *Examens relatifs à l'hépatite C*

265030 *Services cliniques*

265032 *Rencontres multidisciplinaires*

265037 *Planification – Programmation – Évaluation*

265043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*

265055 *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

265063 *Garde sur place*

265098 *Services de santé durant le délai de carence*

265132 *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

3) l'unité de soins de courte durée et l'unité de lits en psychiatrie (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour en psychiatrie.

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie*

- *Utiliser le numéro d'établissement OXXX8 ou selon les instructions de facturation reçues;*

- Utiliser les codes d'activité suivants :

265015 Examens relatifs à l'hépatite C

265030 Services cliniques

265032 Rencontres multidisciplinaires

265037 Planification – Programmation – Évaluation

265043 Tâches médico-administratives et hospitalières

265055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

265063 Garde sur place

265098 Services de santé durant le délai de carence

265132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

d) Lorsqu'exploités par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

- 1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée, l'unité de soins palliatifs, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, l'unité de lits de transition ou de soins subaigus incluant la clinique externe en gériatrie ou en réadaptation;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes mixte,*

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

101032 Rencontres multidisciplinaires

101043 Tâches médico-administratives et hospitalières

101055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

101063 Garde sur place

101097 Plan d'intervention pour le patient

101098 Services de santé durant le délai de carence

101132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

e) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

- 1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes mixte,*

- Utiliser le numéro d'établissement **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

101015 Examens relatifs à l'hépatite C

101030 Services cliniques

- 101032** *Rencontres multidisciplinaires*
- 101043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- 101055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- 101063** *Garde sur place*
- 101097** *Plan d'intervention pour le patient*
- 101098** *Services de santé durant le délai de carence*
- 101132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

2) l'unité de soins de courte durée gériatriques;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement OXXX4, 1XXX5 ou 2XXX5.*

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes mixte,*

- *Utiliser le numéro d'établissement OXXX4, 1XXX5, 2XXX5 ou selon les instructions de facturation reçues;*

- *Utiliser les codes d'activité suivants :*

- 101015** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- 101030** *Services cliniques*
- 101032** *Rencontres multidisciplinaires*
- 101043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- 101055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- 101063** *Garde sur place*
- 101097** *Plan d'intervention pour le patient*
- 101098** *Services de santé durant le délai de carence*
- 101132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

f) Lorsqu'exploitée par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité de toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie;

g) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la réadaptation :

1) les centres de réadaptation en déficience physique incluant la clinique externe en déficience physique;

2) les centres de réadaptation en déficience intellectuelle incluant la clinique externe en déficience intellectuelle;

3) les centres de réadaptation en toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie;

4) les centres de protection de la jeunesse incluant la clinique externe;

h) Lorsqu'exploitée par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation;

3.02 Sont également admissibles au mode mixte de rémunération :

- a) lorsqu'offert au sein d'une installation ayant pour mission un centre local de services communautaires :

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

- 1) les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle;

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
- 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

- 2) le soutien à domicile;
- 3) le sans rendez-vous incluant celui de l'unité de médecine familiale;
- 4) les soins palliatifs;
- 5) les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
- 6) le programme jeunesse;
- 7) le programme de santé mentale adulte;
- 8) le programme de santé mentale jeunesse;
- 9) l'unité de médecine familiale;

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

b) lorsqu'opéré par un CHSGS :

1) l'unité de médecine familiale;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 4XXX1.*

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

2) la clinique de la douleur;

3) le sans rendez-vous au sein de l'unité de médecine familiale;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 4XXX1.*

c) les services dispensés en santé publique dans le cadre des instances suivantes :

1) les directions régionales de santé publique;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 0XXX3 ou 94XXX.*

2) l'Institut national de santé publique du Québec;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 94559.*

3) la Direction générale de santé publique;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 94509.*

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

XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

XXX025 Programme de dépistage de cancer du sein

XXX030 Services cliniques

XXX032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique

XXX037 Planification, élaboration et implantation des programmes

XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières

XXX047 Évaluation de l'impact des programmes

XXX067 Expertise conseil, information et coordination

XXX088 Programme de vaccination contre le méningocoque

XXX098 Services de santé durant le délai de carence

XXX148 Services cliniques : situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie

Remarque : Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, **XXX** peut correspondre à :

- **115** : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- **145** : les traumatismes non intentionnels;
- **155** : les maladies infectieuses;
- **165** : la santé environnementale;
- **175** : la santé en milieu de travail;
- **185** : autres secteurs d'activités;
- **195** : les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'entente particulière – Santé publique, sous-paragraphe 5.10.03 pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

- 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;

AVIS : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement 9XXX2, 8XXX5 ou 0XXX3.*

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

- 007031** Étude de dossiers
- 007032** Rencontres multidisciplinaires
- 007037** Planification – programmation – évaluation
- 007038** Coordination
- 007047** Exécution
- 007093** Programme pour une maternité sans danger

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

3.03 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu de l'Entente particulière relative au Grand-Nord, de l'Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, de l'Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau, ainsi que de l'Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles.

4.00 Dispositions transitoires

4.01 Malgré le paragraphe 1.02, le médecin, sans attendre la date du renouvellement de 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.

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 au paragraphe précédent dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.