Régie de l'assurance maladie Québec

INFOLETTRE

www.ramq.gouv.qc.ca

Amendement n° 154 – Deuxième partie

La Régie vous présente la deuxième partie des principaux changements apportés à votre entente par l'*Amendement n° 154* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Les dispositions présentées dans cette infolettre prennent effet à des dates différentes.

Faits saillants

Dans cette infolettre, nous traiterons de modifications apportées à :

- L'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (n° 42) (**1er janvier 2017**)
- La *Lettre d'entente n° 250* concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs en médecine de famille (**1er juillet 2016**)

Nous traiterons également d'une nouvelle entente particulière et de deux nouvelles lettres d'entente :

- L'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau* (n° 54) (**1er janvier 2017**)
- La *Lettre d'entente n° 299* concernant la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle d'un Centre de pédiatrie sociale en communauté (**1er septembre 2016**)
- La *Lettre d'entente n° 300* concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin dans le cadre du Projet vitrine sur l'intégration de l'IPS-SPL en CHSLD (**1er octobre 2016**)

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

Sommaire

1 EP – Médecin enseignant (n° 42) .. 2
1.1 Mode de rémunération 2
1.2 Activités de supervision 2
1.3 Activités académiques 4
1.4 Formation continue 5
1.5 Activités médico-administratives 5
1.6 Liste des médecins exerçant dans une UMF en cabinet privé 5
1.7 Pratique de groupe 5
1.8 Plafonds 6
1.9 Application Gestion des consultations du service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé 6
2 EP – GMF-R (n° 54) 7
2.1 Groupe de médecine de famille désigné réseau (GMF-R) 8
2.2 Entente entre un CISSS ou un CIUSSS-CLSC et un GMF-R 12
2.3 Mesures transitoires 13
3 Lettre d'entente n° 250 – Modalités particulières pour les chercheurs en médecine de famille 13
4 Lettre d'entente n° 299 – Rémunération dans un centre de pédiatrie sociale en communauté 13
5 Lettre d'entente n° 300 – Projet vitrine portant sur l'intégration de l'IPS-SPL en CHSLD 14
5.1 Modalités de rémunération ... 15
5.2 Services rendus du 1er mai 2015 au 30 septembre 2016 15

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

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

Télécopieur
Québec 418 646-9251

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

Avec la refonte des systèmes de rémunération à l'acte, les modifications apportées à l'Entente sont accessibles en ligne dans le *Manuel des omnipraticiens* et la *Brochure nº 1*, qui peuvent être consultés sur le site de la Régie dans l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Les textes surlignés en vert indiquent les ajouts ou les modifications. Les textes surlignés en rose et raturés indiquent les textes annulés.

1 EP – Médecin enseignant (nº 42)

◆ BROCHURE Nº 1 ➔ ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (nº 42) est modifiée avec l'ajout de la section III ***Activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale en cabinet privé***. La section III actuelle devient la section IV. Ces modifications entrent en vigueur au **1er janvier 2017**.

Cette section fait mention des conditions de rémunération du médecin qui effectue des activités professionnelles liées au programme de formation en médecine familiale et qui rend des services médicaux en cabinet privé auprès d'une unité de médecine familiale désignée qui est aussi un site reconnu d'un GMF universitaire (GMF-U).

Actuellement, aucun GMF-U en cabinet n'a été désigné par le comité paritaire (annexe II de la présente entente particulière).

Toutes les dispositions de la section I *Modalités spécifiques de rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe*, sauf les paragraphes 5.02 et 5.03, s'appliquent au médecin qui exerce sa profession dans un GMF-U exploitant un cabinet privé reconnu.

Vous pouvez consulter l'EP – Médecin enseignant (nº 42) et les avis administratifs afférents dans la *Brochure nº 1*.

1.1 Mode de rémunération

L'ensemble des services médicaux en cabinet, qu'ils soient ou non rendus dans le cadre de l'unité de médecine familiale (UMF), sont rémunérés selon le mode de l'**acte** en vertu des conditions prévues à l'entente générale.

1.2 Activités de supervision

1.2.1 Services rendus avec le concours d'un résident

Pour les **activités de supervision**, le médecin choisit, pour l'ensemble de la période visée (3,5 heures l'avant-midi ou 5 heures l'après-midi), d'être rémunéré selon le mode de l'**acte** ou de l'**intervention de supervision**.

Intervention de supervision

S'il choisit l'intervention de supervision, le médecin peut facturer un seul acte d'intervention de supervision, au tarif de **114,20 $** l'heure, divisible par périodes complètes de quinze minutes, pour une durée maximale de :

- 3,5 h pendant la plage horaire de l'avant-midi, de 8 h à 12 h (code de facturation **19996**);
- 5 h pendant l'après-midi, de 12 h à 18 h (code de facturation **19997**).

Lors de la facturation, le médecin doit préciser la durée ainsi que l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention de supervision.

Cet acte d'intervention de supervision peut être facturé peu importe le nombre de résidents ou d'externes qui font l'objet d'une supervision par le médecin.

Lorsque le médecin choisit l'acte d'intervention de supervision durant une plage horaire, tous les services rendus dans l'UMF sont couverts par cet acte et aucun autre service ne peuvent être facturés au cours de cette période, à l'exception des forfaits et suppléments prévus à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n^{o} 40), s'il y a lieu.

Actuellement, le texte de la section III ne prévoit pas que le médecin qui a opté pour l'intervention de supervision puisse se prévaloir des forfaits et suppléments prévus à l'EP n^{o} 40. Cependant, **depuis le 1er janvier 2017**, les parties négociantes ont convenu que le médecin qui exerce en cabinet et qui facture l'acte d'intervention de supervision au cours d'une période visée peut se prévaloir de ces forfaits et suppléments, lorsque prévu à l'entente. Une modification sera apportée au texte de la section III lors d'un prochain amendement.

Acte d'intervention de supervision et accès au *Registre des consultations*

Afin notamment de maintenir le caractère actif des patients inscrits au sens de l'EP n^{o} 40, le médecin qui se prévaut de l'acte d'intervention de supervision (codes de facturation **19996** ou **19997**) peut saisir les consultations effectuées avec le concours d'un résident ou d'un externe dans le *Registre des consultations*. Le *Registre des consultations* permet entre autres d'assurer le suivi des visites de chaque patient inscrit auprès d'un médecin de l'UMF lorsque celles-ci ne sont pas associées et facturées, comme dans le cas de l'acte d'intervention de supervision, avec le numéro d'assurance maladie de chaque patient.

Cependant, l'enregistrement d'une consultation de l'un de ses patients ou de patients inscrits auprès d'un autre médecin faisant partie de son groupe de pratique en UMF n'est pas requis si l'un des forfaits ou suppléments prévus à l'EP n^{o} 40 ou le forfait de prise en charge et de suivi du patient en GMF est facturé lors de la visite.

Le médecin doit s'assurer de transmettre à la Régie tous les renseignements prévus par la présente disposition au plus tard 90 jours après le 31 décembre de l'année d'application.

Pour plus d'informations à ce sujet, consulter la section **1.9** de la présente infolettre.

Intervention clinique

Si le médecin ne choisit pas l'acte d'intervention de supervision, pendant la période où il supervise un ou plusieurs résidents, il peut facturer **un seul acte d'intervention clinique** à l'égard d'un des patients vus avec le concours d'un résident et d'une durée égale à celle qu'il aurait lui-même facturée. Les autres services qu'il effectue avec le concours d'un résident pendant la même période sont facturés selon les dispositions de l'entente générale.

Lors de la facturation, le médecin doit inscrire le numéro du résident qui a vu le patient pour lequel il facture des services ou son prénom et son nom.

1.2.2 Services rendus sans le concours d'un résident

Pendant la plage horaire de l'avant-midi ou de l'après-midi au cours de laquelle le médecin facture l'acte d'intervention de supervision, il peut également facturer les services qu'il rend lui-même auprès de patients **sans le concours d'un résident** si les conditions suivantes sont rencontrées :

- les services facturés doivent avoir été effectués avant ou après la période durant laquelle le médecin est rémunéré selon l'acte d'intervention de supervision;
- l'heure de début et l'heure de fin de chacun des services rendus auprès de patients, doivent être inscrites sur la facture, et ce, pour chaque plage horaire visée;
- le médecin ne peut facturer les services rendus avec le concours d'un résident pendant la plage horaire visée par l'acte d'intervention de supervision.

1.3 Activités académiques

L'activité académique comprend l'encadrement clinique et pédagogique incluant l'enseignement théorique formel, l'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique, le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques et la planification des activités académiques.

Les activités académiques doivent être d'une durée d'au moins quinze minutes consécutives. Elles sont rémunérées **à l'acte** au tarif de **28,55 $** par période complète de quinze minutes.

Lors de la facturation, le médecin doit inscrire :

- le code de facturation **19998** si les activités ont été réalisées en avant-midi (de 8 h à 12 h);
- le code de facturation **19999** si les activités ont été réalisées en après-midi (de 12 h à 18 h);
- la durée de l'activité.

Si le médecin a opté pour le mode de rémunération à l'**acte** pour les activités de supervision, les activités académiques qui ont lieu au cours d'une période de supervision sont rémunérées à part. Cependant, si le médecin a plutôt opté pour l'**intervention de supervision**, les activités académiques effectuées pendant la même période sont incluses dans les activités de supervision et donc rémunérées au même titre.

Toutefois, pendant une plage de supervision, si le médecin poursuit ses activités académiques au-delà de la durée maximale permise pour l'intervention de supervision, il facture l'intervention académique pour la période de prolongation.

1.4 Formation continue

Les modalités relatives à la formation continue, prévues à l'article 7.00 de la section II *Activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale* de la présente entente particulière, s'appliquent au médecin enseignant visé à la section III.

Lors de la facturation de l'allocation forfaitaire rémunérée selon le mode de l'**acte**, le médecin doit utiliser :

- le code de facturation **19972** pour une demi-journée (174 $);
- le code de facturation **19973** pour une journée complète (388 $).

Le médecin doit conserver les pièces justificatives relatives à la formation pour une durée de cinq ans.

1.5 Activités médico-administratives

Les activités médico-administratives mentionnées à l'article 8.00 de la section II *Activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale* de la présente entente particulière s'appliquent au médecin enseignant visé à la section III.

Lors de la facturation des activités médico-administratives, le médecin doit :

- utiliser le code de facturation **19909** (67,65 $);
- indiquer le nombre de forfaits hebdomadaires.

Les noms du médecin chef de l'UMF ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir de la rémunération prévue pour les activités médico-administratives sont transmis à la Régie par le comité paritaire. Cependant, **un seul médecin** peut être désigné chef de l'UMF en vertu de l'article 8.04 de la section II, et ce, même si une UMF compte plus d'un site, d'un établissement ou d'un cabinet privé.

1.6 Liste des médecins exerçant dans une UMF en cabinet privé

Le chef de l'UMF en cabinet privé doit transmettre à la Régie, par lettre, les noms et numéros de pratique des médecins qui exercent dans l'UMF en précisant la date de début et, s'il y a lieu, la date de fin de la période de pratique dans l'UMF, ainsi que toute modification subséquente.

1.7 Pratique de groupe

Les dispositions du paragraphe 6.02 C) iii) b) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n^{o} 40) s'appliquent aux cabinets privés qui seront désignés à l'annexe II de la présente entente particulière.

Au regard du paragraphe 3.05, les médecins de l'UMF (GMF ou non) doivent former un groupe distinct composé uniquement des médecins de l'UMF. Le chef de l'unité de médecine familiale transmet à la Régie la liste des médecins visés au moyen du formulaire Consentement à la pratique de groupe – Paiement du tarif de la visite pour patient vulnérable ou du forfait de responsabilité (4060), disponible à la section *Formulaires* du site de la Régie, sur lequel il doit cocher la case UMF. Les médecins désignés dans le groupe peuvent ainsi profiter de l'exception prévue pour conserver le caractère actif d'un patient inscrit auprès d'un des médecins du groupe vu au cours de l'année par un autre médecin de l'UMF faisant partie du groupe de pratique.

L'ajout ou le retrait d'un médecin du groupe nécessite également l'utilisation de ce formulaire.

À titre de GMF reconnu, les cliniques désignées auront la possibilité de former un maximum de deux groupes de pratique. Comme il existe obligatoirement un groupe formé de l'ensemble des médecins de l'UMF, vous ne pourrez former qu'un seul autre groupe de pratique regroupant soit tous les médecins du GMF (UMF ou non), soit l'ensemble des médecins exerçant sur le site (GMF ou non) intéressés par la pratique de groupe (groupe mixte).

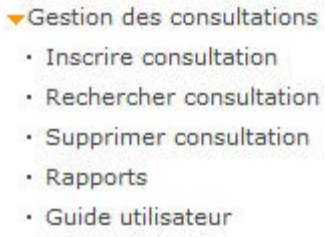
1.8 Plafonds

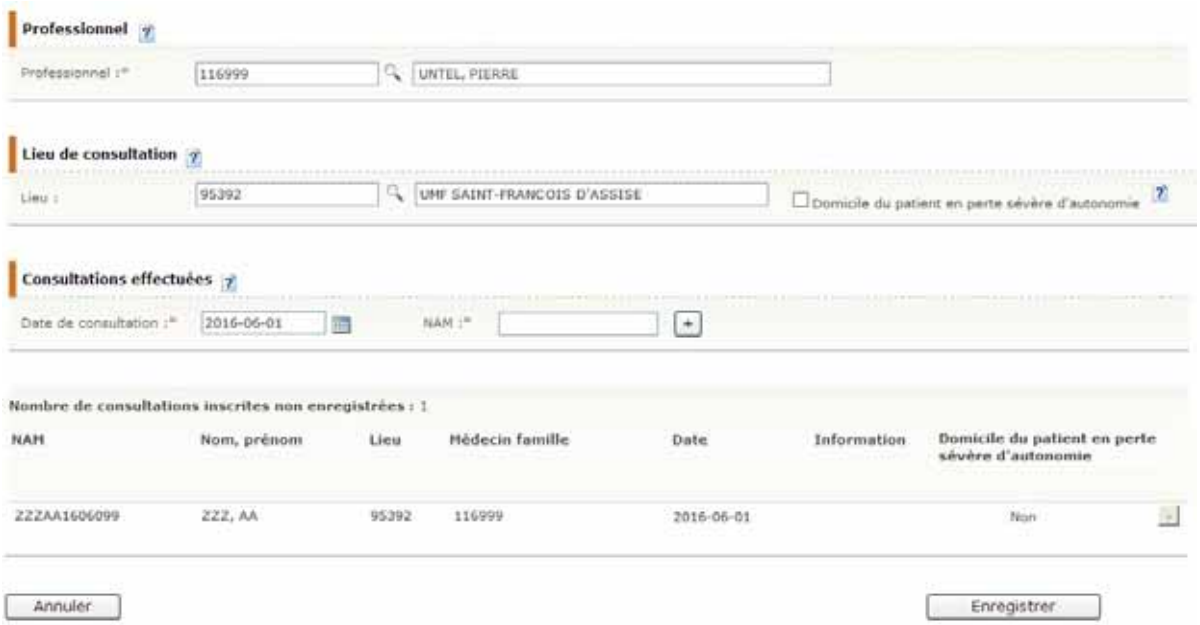
La rémunération versée pour l'ensemble des services médicaux rendus, ainsi que pour les activités de supervision, les activités académiques, la formation continue et les activités médico-administratives réalisées dans l'UMF, est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'*Annexe IX – Conditions d'application des tarifs de l'entente générale*.

1.9 Application Gestion des consultations du service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé

Le médecin rémunéré **à l'acte** peut désormais accéder à l'application *Gestion des consultations* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*. Le médecin inscrit aux services en ligne de la Régie peut l'utiliser immédiatement sans autre démarche.

Cette application permet au médecin, entre autres, de gérer ses consultations, c'est-à-dire d'inscrire, de rechercher ou de supprimer une consultation. Certains rapports, dont le *Registre des consultations*, qui liste les consultations effectuées pour une période donnée, ainsi qu'un guide de l'utilisateur sont également accessibles.





Services en ligne de la Régie

Le médecin ou son personnel autorisé peut accéder ou s'inscrire aux services en ligne de la Régie par la zone d'accès Services en ligne. Pour s'inscrire, votre personnel administratif peut obtenir le formulaire de demande d'accès approprié à sa situation sous Information et inscription de cette zone d'accès.

Pour toute question sur les services en ligne ou pour vous y inscrire, vous pouvez également communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels :

Région de Québec : 418 643-8210
Région de Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Après avoir établi votre identité, faites le 1 pour les services en ligne.

sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

2 EP – GMF-R (n° 54)

◆ BROCHURE N° 1 ➔ ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

La nouvelle *Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau* (GMF-R) (n° 54) entre en vigueur au **1er janvier 2017**. Les annexes XX et XXIII sont modifiées pour en tenir compte.

L'EP – GMF-R (n° 54) a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans le cadre des services **sans rendez-vous reconnus**, selon un horaire de quarts de garde établi dans un GMF désigné réseau.

La liste des GMF-R paraîtra à l'annexe I de l'EP – GMF-R (n° 54).

Vous pouvez consulter l' EP – GMF-R (n° 54) et les avis administratifs afférents dans la *Brochure n° 1*.

2.1 Groupe de médecine de famille désigné réseau (GMF-R)

Un GMF-R est une clinique médicale reconnue et désignée par le ministre, site d'un GMF, où des services de première ligne sont rendus auprès de toute clientèle, inscrite ou non, après la conclusion d'une entente avec un établissement dont relève la mission réseau, soit un CISSS, un CIUSSS ou un établissement non fusionné.

Exceptionnellement, avec l'autorisation du ministre, un point de services situé dans une installation rattachée à la mission CLSC ou à la mission UMF d'un CISSS ou d'un CIUSSS peut être considéré comme admissible aux dispositions de la présente entente particulière.

Un GMF-R doit offrir des services médicaux au moins douze heures par jour entre 7 h et 22 h, sept jours par semaine. Les services **sans rendez-vous** doivent être rendus en un **lieu physique unique**. En dehors des périodes où les services sans rendez-vous sont rendus, le médecin du GMF doit offrir des services sur rendez-vous conformes aux dispositions de l'entente conclue avec l'établissement.

L'offre de services d'un GMF-R est assurée par les médecins du GMF ainsi que par tout médecin qui ne fait pas partie du GMF qui désirent y participer. Le médecin responsable de la mission réseau doit transmettre au comité paritaire la liste des noms des médecins non-membres du GMF qui désirent participer à l'offre de services du GMF-R, ainsi que tout ajout ou retrait à cette liste.

2.1.1 Modalités de rémunération

Le médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF-R situé en cabinet est rémunéré selon le mode de l'**acte**.

Si le GMF-R est situé dans un CLSC, dans une UMF-CH ou dans une UMF-CLSC, les modalités de rémunération qui s'appliquent sont celles prévues à l'EP – CLSC (n^{o} 17), à l'EP – Médecin enseignant (n^{o} 42) ou à l'annexe XXIII de l'entente générale.

En vertu de la présente entente particulière, les modalités de rémunération du médecin se résument ainsi :

- En cabinet : seul le mode de l'**acte** est permis. Toutefois, selon le paragraphe 8.01 de la présente entente particulière, le médecin rémunéré **à honoraires fixes dans un CLSC** peut être rémunéré à honoraires fixes pour les heures effectuées dans le site réseau cabinet d'un GMF-R **si une entente** intervient entre le GMF-R concerné et le CISSS ou le CIUSSS responsable du CLSC.
- En CLSC : pour les services sans rendez-vous rendus dans le site réseau, le médecin peut maintenir son mode du tarif horaire ou des honoraires fixes. Il peut aussi choisir de rendre les services sans rendez-vous selon le mode de l'acte, comme le permet l'EP – CLSC (n^{o} 17).
- En UMF-CH ou en UMF-CLSC : pour les services sans rendez-vous rendus dans le site réseau, le médecin peut maintenir son mode du tarif horaire ou des honoraires fixes. Il peut aussi choisir de rendre les services sans rendez-vous selon le mode de l'acte, comme le permet l'EP – Médecin enseignant (n^{o} 42).
- En CLSC ou en UMF : le mode de rémunération **mixte** étant permis en CLSC ou en UMF (B-1 ou B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII), le médecin peut y choisir ce mode de rémunération. Toutefois, pour l'ensemble des services rendus dans le CLSC ou l'UMF, le mode de rémunération mixte s'applique tant dans la partie réseau sans rendez-vous que dans la partie autre du CLSC ou de l'UMF.

Exclusion des plafonds

Le médecin rémunéré à l'acte doit utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné réseau (GMF-R)** lors de la facturation des services rendus **au sans rendez-vous du lieu physique unique** du GMF-R, ceux-ci étant exempts du plafond trimestriel (voir l'avis administratif sous le paragraphe 3.01 e)).

Le médecin rémunéré selon le mode mixte dans les secteurs de pratique CLSC, UMF-CH ou UMF-CLSC désigné GMF-R doit utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné réseau (GMF-R)** lors de la facturation des services rendus **au sans rendez-vous du lieu physique unique** du GMF-R, en plus de celui précisant son secteur de pratique.

2.1.2 Particularités pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes

Lors de la facturation de services rendus au **sans rendez-vous dans le lieu physique unique** désigné d'un GMF-R, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire doit inscrire le code d'activité **269110** Services cliniques **sans rendez-vous**, ceux-ci étant exempts du plafond trimestriel (voir paragr. 3.07).

Lors de la facturation de services **sur rendez-vous**, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire doit inscrire le code d'activité **269111** Services cliniques **sur rendez-vous**.

2.1.3 Horaires défavorables

2.1.3.1 Médecin rémunéré à l'acte ou au mode mixte

Supplément de garde

Le médecin affecté au service du **sans rendez-vous** d'un GMF-R a droit à un supplément de garde de **135 $** pour chaque quart de quatre heures effectué en horaires défavorables. L'annexe II de l'annexe XXIII est modifiée en conséquence.

Lors de la facturation, le médecin doit utiliser :

- le code de facturation **19893** si la garde a été effectuée du lundi au vendredi (sauf un jour férié), de 18 h à 22 h;
- le code de facturation **19894** si la garde a été effectuée le samedi, le dimanche ou un jour férié, de 8 h à 22 h.

Il peut se prévaloir d'un seul supplément de garde par quart de quatre heures.

Ce supplément :

- s'ajoute à la rémunération pour les services médicaux que le médecin rend pendant ou à l'occasion d'une garde en horaires défavorables.
- est divisible en heures. Ainsi, le médecin est payé au prorata du temps pendant lequel il a assuré la garde.
- est exclu des majorations du paragraphe 4.01 de l'annexe XX de l'entente générale.

Services sans rendez-vous

Les dispositions des paragraphes 4.01 i) et ii) de l'annexe XX de l'entente générale s'appliquent au paragraphe 3.01 e) de la présente entente particulière.

Toutefois, en vertu des dispositions du paragraphe 4.01 iv) de l'annexe XX, **dans le lieu physique unique désigné d'un GMF-R**, une majoration de 30 % s'applique les samedis, dimanches et jours fériés pour les services **sans rendez-vous** rendus entre 8 h et 24 h. Lors de la facturation, le médecin rémunéré à l'acte ou au mode mixte doit :

- inscrire l'heure de début du service;
- utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné réseau (GMF-R)**.

Le paragraphe 4.01 iv) de l'annexe XX de l'entente générale est modifié en concordance avec l'article 8 de la présente entente particulière.

Services sur rendez-vous

Les dispositions des paragraphes 4.01 i), ii) et iii) de l'annexe XX de l'entente générale s'appliquent au paragraphe 3.01 f) de la présente entente particulière, de même que dans les autres sites que le lieu physique unique désigné du GMF-R.

2.1.3.2 Médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire

Services sans rendez-vous

Les dispositions des paragraphes 4.01 i), ii) et iii) de l'annexe XX de l'entente générale s'appliquent au paragraphe 3.01 e) de la présente entente particulière. Lors de la facturation, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire doit inscrire :

- le code d'activité **269110** Services cliniques **sans rendez-vous**;
- une seule plage horaire par ligne.

Les heures donnant droit à la majoration doivent être facturées sur des lignes distinctes et être associées aux secteurs de dispensation **23 à 27**, selon la plage horaire.

Le paragraphe 4.01 iv) de l'annexe XX est modifié en concordance avec l'article 8 de la présente entente particulière. **Dans le lieu physique unique désigné d'un GMF-R**, une majoration de 30 % s'applique les samedis, dimanches et jours fériés pour les services **sans rendez-vous** rendus entre 8 h et 24 h. Lors de la facturation, le médecin doit inscrire :

- le code d'activité **269110** Services cliniques **sans rendez-vous**;
- une seule plage horaire par ligne.

Les heures donnant droit à la majoration doivent être facturées sur des lignes distinctes et être associées au secteur de dispensation **28**.

Services sur rendez-vous

Les dispositions des paragraphes 4.01 i), ii) et iii) de l'annexe XX de l'entente générale s'appliquent au paragraphe 3.01 f) de la présente entente particulière, de même que dans les autres sites que le lieu physique unique désigné du GMF-R. Lors de la facturation des services **sur rendez-vous**, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire doit inscrire :

- le code d'activité **269111** Services cliniques **sur rendez-vous**;
- une seule plage horaire par ligne.

Les heures donnant droit à la majoration doivent être facturées sur des lignes distinctes et être associées aux secteurs de dispensation **23 à 27**, selon la plage horaire.

2.1.4 Activités médico-administratives

Quel que soit votre mode de rémunération, les activités médico-administratives en GMF-R, comme l'organisation des services de première ligne, la coordination avec l'établissement et les autres intervenants du réseau local de santé et de services sociaux (RLS), la confection des horaires de garde et le recrutement, sont rémunérées **à l'acte** selon le paiement de trois forfaits de **67,65 $** chacun par semaine.

Lors de la facturation, le médecin doit indiquer :

- le code de facturation **19895**;
- l'heure de début et l'heure de fin.

Ce forfait n'est pas divisible en heures.

Le médecin responsable du GMF-R se prévaut d'au moins deux des trois forfaits. Il répartit les forfaits résiduels entre les médecins qui effectuent des activités médico-administratives.

Lorsque le médecin effectue des activités médico-administratives en GMF-R, il ne doit facturer aucun service au cours de cette période. De plus, le temps consacré aux activités médico-administratives doit être déduit du forfait horaire (mode de rémunération mixte) ou des heures rémunérées à tarif horaire ou à honoraires fixes.

L'article 7 de la section B-1 et l'article 9 de la section B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII sont modifiés en conséquence.

2.1.5 Frais de cabinet

Services sans rendez-vous

Lors de la facturation des modalités de compensation pour les frais de cabinet, le médecin qui facture des services rendus pendant une période de garde pour la population générale dans la partie consacrée au **sans rendez-vous dans le lieu physique unique désigné d'un GMF-R** doit utiliser :

- le code facturation **19928** si les services ont été rendus à au moins 10 patients (inscrits ou non);
- le code de facturation **19929** si les services ont été rendus à au moins 20 patients (inscrits ou non);
- l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné réseau (GMF-R)**.

Services sur rendez-vous

Lors de la facturation des modalités de compensation pour les frais de cabinet, le médecin qui facture des services **sur rendez-vous** doit utiliser :

- le code de facturation **19928** si les services ont été rendus à au moins 6 patients inscrits;
- le code de facturation **19929** si les services ont été rendus à au moins 12 patients inscrits.

2.1.6 Annexe IX – Plafond trimestriel

La rémunération des **services rendus pendant une période de garde sans rendez-vous** (paragr. 3.01 d) et e) de la présente entente particulière) ainsi que des **activités médico-administratives** (art. 5) est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

Une correction du paragraphe 6.01 de la présente entente particulière paraîtra lors d'un prochain amendement.

2.2 Entente entre un CISSS ou un CIUSSS-CLSC et un GMF-R

Malgré le fait que les modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF-R soient les mêmes que celles qui s'appliquent en cabinet, si le GMF-R est situé dans un CLSC, dans une UMF-CH ou dans une UMF-CLSC, les modalités de rémunération qui s'appliquent sont celles prévues à l'entente particulière relative aux CLSC (n^{o} 17), à l'entente particulière relative au médecin enseignant (n^{o} 42) ou à l'annexe XXIII de l'entente générale.

Toutefois, le médecin qui exerce régulièrement dans un CLSC et qui y détient une nomination à honoraires fixes peut continuer d'être rémunéré selon ce mode lorsqu'il exerce ses fonctions dans le cadre des services sans rendez-vous du lieu physique unique désigné d'un GMF-R situé dans un cabinet si une entente est conclue entre le CISSS ou le CIUSSS-CLSC et le GMF-R. Une copie de cette entente, ainsi que les noms des médecins visés, est transmise au comité paritaire, qui en informe la Régie.

Il peut également se prévaloir des dispositions prévues en horaires défavorables et de celles liées à l'application de l'annexe IX selon les modalités applicables au médecin qui exerce dans un GMF-R. Cependant, il ne peut se prévaloir des forfaits pour les activités médico-administratives réalisées au cours des périodes pendant lesquelles il est rémunéré en vertu de sa nomination en CLSC.

De plus, le nombre d'heures que le médecin peut consacrer à l'offre de services, ainsi que son horaire de travail, doit être convenu entre l'établissement et le GMF-R, avec l'accord du chef du service médical du CLSC. De plus, le suivi des heures effectuées et facturées par le médecin pour les services rendus au GMF-R doit être assuré par l'établissement.

Lors de la facturation, le médecin rémunéré à honoraires fixes doit :

- utiliser la *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (1216);
- inscrire le numéro d'établissement correspondant à sa nomination en CLSC;
- inscrire le code d'activité **269110** Services cliniques **sans rendez-vous**.

Pour avoir droit au pourcentage de majoration en horaires défavorables applicable sur les services rendus au sans rendez-vous dans le lieu physique unique du GMF-R, la fin de semaine et les jours fériés, le médecin doit en plus inscrire le secteur de dispensation **28**.

Les services cliniques rendus au lieu unique du GMF-R sont exempts du plafond trimestriel.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes visé peut exceptionnellement se prévaloir des forfaits **19893** et **19894**, qui doivent être facturés à l'acte, pour les services rendus en horaires défavorables au service sans rendez-vous dans le lieu physique unique désigné d'un GMF-R. Toutefois, dans ce cas, le médecin doit utiliser le code de lieu de dispensation attribué au cabinet du GMF-R.

2.3 Mesures transitoires

Le GMF désigné à l'annexe I de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau* (n° 39) doit faire une demande de désignation dans un délai de **deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière** pour être reconnu comme GMF-R. À compter de la date de sa désignation, le GMF dorénavant désigné réseau cesse de se prévaloir des modalités prévues à l'EP – Clinique réseau (n° 39).

3 Lettre d'entente n° 250 – Modalités particulières pour les chercheurs en médecine de famille

◆ BROCHURE N° 1 ➔ ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La *Lettre d'entente n° 250 ayant trait à la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs en médecine de famille* est modifiée. Ces modifications entrent en vigueur au **1er juillet 2016**.

Le paragraphe 4.2 est ajouté. Le médecin qui a déjà profité de la rémunération forfaitaire pendant une période de quatre ans peut soumettre une nouvelle demande. Si sa demande est acceptée en vertu du processus de sélection établi à l'article 3 de la présente LE n° 250, il est admissible à une deuxième période d'une durée maximale de quatre ans.

Vous pouvez consulter la Lettre d'entente n° 250 dans la *Brochure n° 1*.

4 Lettre d'entente n° 299 – Rémunération dans un centre de pédiatrie sociale en communauté

◆ BROCHURE N° 1 ➔ ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La *Lettre d'entente n° 299 concernant la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté* est ajoutée à l'entente générale. Elle entre en vigueur au **1er septembre 2016**.

Les annexes *Lieux de formation – Liste 1* et *Lieux de formation – Liste 2* de l'entente particulière relative au médecin enseignant (n° 42) sont modifiées pour ajouter les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC).

La *Lettre d'entente n° 299* concerne certaines modalités de rémunération du médecin omnipraticien qui rend des services cliniques dans un CPSC désigné et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

Pour le médecin qui rend des services dans un centre de pédiatrie sociale en communauté, ce centre est réputé être un CLSC. Ainsi, il peut choisir d'être rémunéré exclusivement selon le mode du tarif horaire, des honoraires fixes, de l'acte ou de rémunération mixte, et ce, peu importe le mode de rémunération choisi dans une autre installation de l'établissement où il détient une nomination. L'établissement informe la Régie de la nomination du médecin ainsi que du mode de rémunération choisi.

Pour y rendre des services, le médecin doit détenir une nomination du CISSS ou du CIUSSS du territoire où un centre de pédiatrie sociale en communauté reconnu est implanté. Le CISSS ou le CIUSSS responsable doit transmettre à la Régie le formulaire *Avis de service – Honoraires fixes et rémunération mixte* (1897) ou *Avis de service – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte* (3547) en **version papier** pour chaque médecin qui exerce dans un CPSC.

Les modalités de rémunération des activités de supervision d'un résident ou d'un externe prévues à l'entente particulière relative au médecin enseignant (n° 42) s'appliquent.

Lors de la facturation, le médecin qui détient une nomination à tarif horaire doit utiliser la *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215) et le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes doit utiliser la *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (1216) et inscrire :

- le numéro d'établissement selon l'annexe I de la présente lettre d'entente;
- le code d'activité **268030 – Services cliniques**.

Comme précisé au paragraphe 3.02 de la présente lettre d'entente, les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n° 40) ne s'appliquent pas dans un CPSC. Un CPSC n'étant pas un lieu permis au paragraphe 3.01 de l'EP n° 40, il est impossible d'y inscrire un patient, de se prévaloir des visites réservées au médecin traitant ou de facturer les forfaits et suppléments prévus à cette entente particulière.

La rémunération des services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté peut être majorée selon les dispositions de l'annexe XII et les dispositions en horaires défavorables en CLSC du paragraphe 4.01 de l'annexe XX de l'entente générale. Ils sont également sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

La Régie vous alloue 90 jours à compter à compter de la **date de la présente infolettre** pour facturer les services rendus.

Vous pouvez consulter la Lettre d'entente n° 299 et les avis administratifs afférents dans la *Brochure n° 1*.

5 Lettre d'entente n° 300 – Projet vitrine portant sur l'intégration de l'IPS-SPL en CHSLD

◆ BROCHURE N° 1 ➔ ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La *Lettre d'entente n° 300 concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés* est ajoutée à l'entente générale. Elle entre en vigueur au **1er octobre 2016**.

Pour qu'un médecin puisse se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente :

- Le médecin doit conclure une entente de partenariat avec une IPS-SPL.
- Les noms du ou des médecins partenaires doivent avoir été transmis à la Régie par le comité paritaire.
- Le médecin doit informer le comité paritaire du mois pendant lequel une IPS-SPL commence à travailler dans un CHSLD visé de même que de tout changement à l'entente de partenariat.
- Le CHSLD doit être reconnu pour le projet vitrine et être inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

5.1 Modalités de rémunération

Les activités de supervision générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou d'observation des normes liées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL, incluant la discussion de cas, les rencontres d'équipe et la révision de dossiers, sont rémunérées **à l'acte** selon le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires :

- Si le médecin est rémunéré **à l'acte** ou selon le **mode mixte** dans le secteur de pratique en soins de longue durée, le montant du forfait est de **49,25 $**. Il doit utiliser le code de facturation **19793**.
- Si le médecin est rémunéré **à tarif horaire ou à honoraires fixes** au sein du CHSLD, le montant du forfait est de **22,30 $**. Il doit utiliser le code de facturation **19794**.

La section D-1 de l'annexe I de l'annexe XXIII de l'entente générale est modifiée pour ajouter le code de facturation **19793**.

Pour les activités rémunérées en vertu de la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à l'acte ou au mode mixte au sein du CHSLD ne peut facturer, en plus du forfait, l'acte d'échanges interdisciplinaires (codes de facturation **15620** et **15621**).

Une banque de 42 forfaits par mois est allouée pour l'intégration d'une IPS-SPL à temps plein en CHSLD. Si l'entente de partenariat prévoit que l'IPS-SPL effectue moins de 35 heures par semaine, la banque de forfaits est calculée selon le prorata des heures convenues. La banque de forfaits peut être répartie entre tous les médecins partenaires, jusqu'à un maximum de 42 forfaits par mois.

Le comité paritaire octroiera prochainement le nombre de forfaits disponibles pour chaque milieu et en informera les installations concernées.

La rémunération du médecin partenaire est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale, de même que des annexes XII et XII-A. Elle n'est cependant pas sujette aux majorations prévues pour les services rendus en horaires défavorables de l'annexe XX.

5.2 Services rendus du 1er mai 2015 au 30 septembre 2016

Pour la période comprise entre le 1er mai 2015 et le 30 septembre 2016, une rétroactivité découlant des dispositions de l'article 2.00 sera versée aux médecins partenaires répondant aux conditions de la présente lettre d'entente selon les modalités à convenir entre les parties. Les médecins concernés seront avisés en temps et lieu.

La Régie vous alloue 90 jours à compter à compter de la **date de la présente infolettre** pour facturer les services rendus **depuis le 1er octobre 2016**.

Vous pouvez consulter la Lettre d'entente n° 300 et l'avis administratif afférent dans la *Brochure n° 1*.