

## Amendement n° 169 – Modifications apportées à votre entente

La Régie vous présente les principaux changements apportés à votre entente par l'*Amendement n° 169* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Les dispositions prennent effet à des dates différentes.

Cette infolettre traite des sujets suivants :

- ajout du congé d'adoption dans les absences comptabilisées pour le calcul du nombre de patients inscrits aux fins de la tarification bonifiée (paragraphe 2.2.6 A a) du préambule général) – **1<sup>er</sup> juin 2016**;
- modification à la communication avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé (paragraphe 2.2.6 A a) du préambule général) – **1<sup>er</sup> juin 2016**;
- rémunération pour les services médicaux liés à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et supplément compensatoire prévu à la *Lettre d'entente n° 326* (paragraphe 5.3 de l'annexe IX) – **22 janvier 2018**;
- retrait des codes de facturation liés à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en cabinet pour les suppléments d'honoraires visés aux sections B-1 et B-2 de l'annexe XXIII – **22 janvier 2018**;
- ajout du point de service du CLSC Quyon à l'annexe XII-A – **1<sup>er</sup> janvier 2018**;
- retrait de la toxicomanie des secteurs de pratique visés en CHSGS à l'alinéa f) du paragraphe 3.01 de l'annexe XXIII – **22 janvier 2018**;
- ajout du congé d'adoption aux fins du calcul du nombre de patients inscrits afin de bénéficier d'une compensation des frais de cabinet liés à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) (paragraphe 17.01 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) – **1<sup>er</sup> juillet 2017**;
- modification à la *Lettre d'entente n° 132* – **1<sup>er</sup> décembre 2017**;
- modifications à la *Lettre d'entente n° 327* – **1<sup>er</sup> avril 2018**;
- ajout des lettres d'entente n°s 330 et 331 relatives à la rémunération des activités en toxicomanie dans un CHSGS – **1<sup>er</sup> juillet 2018**.

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

## Sommaire

1	Congé d'adoption – Calcul du nombre de patients inscrits aux fins de la tarification bonifiée.....	2
2	Communication avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé.....	3
3	Interruption volontaire de grossesse par médicament.....	4
4	Point de service du CLSC Quyon – Municipalité de Pontiac.....	4
5	Autre modification à l'annexe XXIII.....	4
6	Congé d'adoption en lien avec les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ.....	4
7	Lettre d'entente n° 132.....	5
8	Lettre d'entente n° 327.....	5
9	Activités en toxicomanie dans un CHSGS.....	6
	9.1 Modalités générales.....	6
	9.2 Modalités de rémunération supplémentaires.....	7
	9.3 Autres dispositions.....	7
	9.4 Versement d'un montant forfaitaire.....	7

### Courriel, site Web et fils RSS

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca  
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels  
Abonnez-vous à nos fils RSS

### Téléphone

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

### Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30  
(mercredi de 10 h 30 à 16 h 30)

Vous pouvez consulter tous les documents dans le *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* et dans la *Brochure n° 1*, sous l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

## 1 Congé d'adoption – Calcul du nombre de patients inscrits aux fins de la tarification bonifiée

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Le congé d'adoption est introduit dans les absences comptabilisées aux fins de la tarification bonifiée prévue au [paragraphe 2.2.6 A a\)](#) du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*. Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2016**.

En ce qui concerne la tarification bonifiée, les modalités qui s'appliquent à un médecin absent pour un congé d'adoption sont les mêmes que celles pour un congé de maternité ou d'invalidité totale temporaire de plus de 13 semaines consécutives. Cette modification vise le médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an et qui s'est engagé auprès de son département régional de médecine générale (DRMG) ainsi que le médecin ayant plus d'un an de pratique. L'[infolettre 004](#) du 6 avril 2017 et l'[infolettre 223](#) du 31 octobre 2017 précisent les modalités de la tarification bonifiée.

Le médecin doit informer la Régie, par lettre, des dates de début et de fin de son congé d'adoption ainsi que de toute modification relative aux dates d'absence prévues, le cas échéant.

À la date de son retour de congé d'adoption, de maternité ou d'invalidité totale de plus de 13 semaines consécutives et **pour une période de 90 jours**, le médecin ayant plus d'un an de pratique qui comptait au moins 500 patients inscrits lors de son départ pour l'un des congés visés a droit à la communication avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé comme s'il comptait 500 patients inscrits.

Actuellement, la Régie n'est pas en mesure d'appliquer les modalités aux fins de la tarification bonifiée dans son système informatique pour le médecin en congé d'adoption, en congé de maternité ou en invalidité totale temporaire de plus de 13 semaines consécutives. Ainsi, le médecin visé qui au retour d'un congé ne compte pas 500 patients inscrits doit continuer à se prévaloir de la tarification régulière.

Dès que les modifications au système seront terminées, le médecin concerné sera avisé et sa facturation sera rectifiée par la Régie, s'il y a lieu, pour les périodes pour lesquelles il était admissible à la tarification bonifiée. Aucune action n'est requise de la part du médecin concerné.

Tout comme les congés de maternité ou d'invalidité totale de plus de 13 semaines consécutives, les données visant le médecin qui a été absent pour un congé d'adoption depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 ne sont pas intégrées dans le rapport *Nombre de patients inscrits aux fins de la tarification* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*. Vous serez avisé lorsque le rapport sera mis à jour.

## 2 Communication avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Des modifications concernant les communications avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé sont apportées aux alinéas 13) et 14) du [paragraphe 2.2.6 A c\)](#) du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*. Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2016**.

Le médecin qui ne rencontre pas le nombre minimum de patients inscrits, mais qui bénéficie de la tarification bonifiée en raison d'une des situations visées au paragraphe 2.2.6 A a) du préambule général et qui compte entre 250 et 500 patients inscrits peut facturer **7 forfaits** par trimestre. L'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles applicables à chacune des situations visées au paragraphe 2.2.6 A a).

Le médecin visé est celui qui :

- détient un permis de pratique depuis moins d'un an et s'est engagé auprès de son DRMG pour les 4 trimestres complets suivants l'obtention de son permis de pratique;
- détient un permis de pratique depuis moins d'un an, s'est engagé auprès de son DRMG et s'absente pour un congé d'adoption, de maternité ou d'invalidité totale de 13 semaines ou plus avant la fin des 4 trimestres complets suivant l'obtention de son permis;
- détient un permis de pratique depuis 35 ans ou plus;
- a droit au crédit d'impôt pour personne handicapée;
- détient une dérogation du comité paritaire.

Ce médecin peut facturer les communications avec un médecin spécialiste (code de facturation **15841**) et les communications avec d'autres professionnels de la santé (code de facturation **15844**) en suivant les instructions de facturation décrites dans l'encadré ci-dessous.

### Instructions de facturation – Communications avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé dans l'ancien ou le nouveau système de rémunération (codes de facturation **15841** et **15844**)

Les communications effectuées depuis le **1<sup>er</sup> juin 2016** qui ont été refusées avec le message 864 doivent être facturées dans le nouveau système de rémunération à l'acte.

Les communications avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé qui n'ont pas été facturées **avant le 30 mai 2018** par le médecin qui avait entre 250 et 500 patients inscrits à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016 et qui répondait à une des situations mentionnées au paragraphe 2.2.6 A a) du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* peuvent être facturées.

Les services rendus seront payés et réévalués lorsque l'ensemble des modalités seront intégrées dans le système informatique de la Régie.

Toutefois, il n'y a aucun changement pour le médecin qui a 35 ans de pratique ou plus, car cette situation était déjà en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 dans le cadre de l'*Amendement n<sup>o</sup> 156*.

---

### 3 Interruption volontaire de grossesse par médicament

---

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

---

La rémunération versée pour les services médicaux liés à l'IVG (codes de facturation **15313, 15314, 15315, 15316, 15317, 15318, 15319** et **15320**) n'est pas comptabilisée dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin, ni le supplément compensatoire payé au médecin dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 326*.

À cet effet, les alinéas 31) et 32) sont ajoutés au paragraphe 5.3 de l'[annexe IX](#) de l'Entente.

Les codes de facturation **15313, 15315, 15317** et **15319** liés aux services d'interruption de grossesse en cabinet sont retirés des sections [B-1](#) et [B-2](#) de l'annexe I à l'annexe XXIII.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**.

---

### 4 Point de service du CLSC Quyon – Municipalité de Pontiac

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE* – ANNEXE XII-A

---

Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas du paragraphe 7 de l'[annexe XII-A](#) de l'Entente sont modifiés. Le 2<sup>e</sup> alinéa permet au médecin membre du GMF du Pontiac qui répond à une des conditions paraissant au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII de recevoir 115 % de la rémunération prévue à l'Entente pour les services rendus au point de service du CLSC Quyon (80155), y compris les services rendus à domicile depuis ce point de service.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2018**.

Les services facturés par les médecins membres du GMF du Pontiac **depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018** au CLSC Quyon (80155) seront réévalués ou révisés. Aucune action n'est requise de leur part.

---

### 5 Autre modification à l'annexe XXIII

---

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

---

La toxicomanie est retirée des secteurs de pratique admissibles à la rémunération mixte en CHSGS à l'alinéa f) du paragraphe 3.01 de l'annexe XXIII.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**.

---

### 6 Congé d'adoption en lien avec les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

---

Le congé d'adoption est ajouté dans les absences comptabilisées aux fins du calcul du nombre de patients inscrits afin que le médecin puisse bénéficier d'une compensation des frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ au 2<sup>e</sup> alinéa du [paragraphe 17.01](#) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40). Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> juillet 2017**.

Le médecin qui assure la prise en charge et le suivi de clientèle en première ligne en cabinet hors GMF ou en GMF, de même que celui qui participe à l'offre de service du sans rendez-vous d'un GMF désigné réseau (GMF-R), et qui est absent en raison d'un congé d'adoption, d'un congé de maternité ou en invalidité totale temporaire de plus de 13 semaines consécutives peut, à son retour de congé, bénéficier d'une compensation pour les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ (codes de facturation **19976, 19977, 19978** ou **19979**). Cette modification vise le médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an et le médecin ayant plus d'un an de pratique, s'il satisfait aux dispositions énoncées à l'article 17.00. Cette compensation se facture à l'acte. Pour plus d'information, consultez l'[infolettre 225](#) du 2 novembre 2017.

Le médecin doit informer la Régie, par lettre, des dates de début et de fin de son congé d'adoption. La Régie doit également être informée de toute modification relative aux dates d'absence pour un congé d'adoption, le cas échéant.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017 dans le cadre d'un congé d'adoption.

Les données concernant l'atteinte des 150 patients au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application aux fins de la compensation des frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ visant le médecin qui a eu un congé d'adoption depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017 ne sont pas intégrées dans le rapport *Nombre de patients inscrits aux fins de la tarification*. Le rapport *Nombre d'inscriptions en cours* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* peut être utile et donner un aperçu du nombre de patients inscrits dans le contexte de la tarification modifiée.

---

## 7 Lettre d'entente n° 132

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

Exceptionnellement, par dérogation agréée par les parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent, un service d'urgence de première ligne d'un CLSC du réseau de garde intégré figurant à l'annexe I de l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré* (6) peut, s'il rencontre les conditions énoncées au paragraphe 3.01, être désigné aux fins de la *Lettre d'entente n° 132*.

Si le mode de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes est permis au service d'urgence de première ligne d'un CLSC désigné, la nature de service à utiliser pour la facturation est **075XXX**.

En conséquence, la [Lettre d'entente n° 132](#) est modifiée par l'ajout d'un alinéa au paragraphe 3.01. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> décembre 2017**.

---

## 8 Lettre d'entente n° 327

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

Des modifications et des précisions sont apportées aux paragraphes 3.01 et 7.03 de la [Lettre d'entente n° 327](#). Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2018**.

3.01 [...]

c) Le médecin doit être reconnu par le comité paritaire, prévu à l'article 7.00 des présentes, à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans l'installation visée, et ce, pour une période d'un (1) an.

[...]

e) [...]

Dans un tel cas, le médecin remplaçant identifié afin d'assurer la prestation des services médicaux peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues aux paragraphes 4.01 a), b), c) et f) en lieu et place du médecin qu'il remplace.

7.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il transmet à la Régie et à l'établissement le nom de l'établissement visé, le nom des médecins faisant partie du groupe concerté, la date de début et de fin de l'engagement, le nombre de forfaits alloué au groupe, le nom du médecin responsable et des médecins qui l'assistent ainsi que le nombre de forfaits alloué à chacun d'eux, le cas échéant, le nombre de forfaits alloué au médecin responsable du groupe concerté.

---

## 9 Activités en toxicomanie dans un CHSGS

---

◆ BROCHURE N° 1 → LETTRES D'ENTENTE

---

À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018, la [Lettre d'entente n° 330](#) ayant trait aux modalités supplémentaires de rémunération pour les activités en toxicomanie dans un CHSGS et la [Lettre d'entente n° 331](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire sont introduites.

### 9.1 Modalités générales

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon le régime A dans un programme de toxicomanie dans un CHSGS (OXXXO) qui détient un avis de nomination dans ce secteur en vertu de l'annexe XXII est visé par les modalités de rémunération supplémentaires pour ses activités dans le secteur visé.

La nature de service à utiliser pour la facturation des heures travaillées dans un programme de toxicomanie dans un CHSGS est 031XXX.

#### Registre électronique des consultations

Conformément au paragraphe 1.03 de la [Lettre d'entente n° 330](#), le médecin doit utiliser le registre électronique des consultations de la Régie pour inscrire les visites des patients visés, dans la mesure où ces patients détiennent une carte d'assurance maladie. Le médecin peut accéder au registre à partir du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels* de la santé et choisir dans le menu de gauche *Gestion des consultations*. Un guide de l'utilisateur est également disponible dans le menu de gauche sous *Gestion des consultations*.

Le médecin doit inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie du patient;
- la date du service;
- le numéro de l'établissement (OXXXO).

L'inscription d'une consultation au registre doit être effectuée dans les 90 jours suivant la fin de l'année d'application. Pour modifier une consultation, le médecin doit la supprimer et l'inscrire à nouveau avec la bonne information. La suppression d'une consultation doit être effectuée seulement lorsqu'il y a eu une erreur de saisie.

## 9.2 Modalités de rémunération supplémentaires

Le médecin visé reçoit une prime de 38,70 \$ par heure travaillée pour 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les activités en toxicomanie en CHSGS. Cette prime remplace la prime de responsabilité de 15,55 \$ prévue aux paragraphes 3.02 a) et 4.01 a) de l'annexe XXII de l'Entente.

La prime pour le trimestre du **1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2018** sera payée le **22 octobre 2018**. Pour les prochaines dates de paiement, consultez le [calendrier des versements des forfaits et des primes](#), disponible à la rubrique *Calendriers*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

## 9.3 Autres dispositions

Les majorations prévues aux annexes XII et XII-A de l'Entente concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération pour les activités en toxicomanie, y compris la rémunération supplémentaire. Par contre, aucune majoration en horaires défavorables prévues à l'annexe XX de l'Entente ne s'applique sur les modalités de rémunération supplémentaires prévues à la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 330*.

Les services rémunérés en vertu des ententes particulières suivantes sont exclus des dispositions de la présente lettre d'entente :

- EP 1 – Grand-Nord;
- EP 23 – Centre de santé Chibougamau;
- EP 32 – RRSSS Nunavik, CCSSS Baie James et CSSS Basse-Côte-Nord;
- EP 44 – CISSS des Îles.

La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est exclue du calcul du revenu brut trimestriel du médecin (paragr. 5.3 de l'annexe IX de l'Entente).

Le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le régime B qui désire se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente peut, dans les trois mois qui suivent la date de la présente infolettre, modifier son adhésion à ce régime sans attendre la date de renouvellement de sa nomination.

## 9.4 Versement d'un montant forfaitaire

Un montant forfaitaire sera versé vers le **1<sup>er</sup> avril 2019** en vertu de la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 331* au médecin rémunéré à honoraires fixes selon le régime A ou à tarif horaire pour les activités en toxicomanie dans un CHSGS pour la période du **1<sup>er</sup> avril 2015 au 30 juin 2018**.

L'information afférente à ce versement forfaitaire sera publiée dans une prochaine infolettre.