

Introduction du mode de rémunération mixte pour les services de réadaptation rendus en CHSGS et en centre de réadaptation et autres changements aux dispositions de l'Entente

Amendement n° 164

La Régie vous présente les principales modifications à l'Entente introduites dans le cadre de l'*Amendement n° 164* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

L'*Amendement n° 164* introduit différents changements qui entrent en vigueur aux dates mentionnées.

Faits saillants

- Mode de rémunération mixte pour les services rendus aux patients en réadaptation dans un centre de réadaptation et dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) n'opérant pas une unité de courte durée ni un service d'urgence (**1^{er} février 2018**);
- Nouvelles situations exclues du calcul de la durée quotidienne maximale prévue d'une intervention clinique (paragr. 2.2.6 B du préambule général) (**1^{er} février 2018**);
- Facturation des visites en milieu psychiatrique pour les soins physiques et pour les soins psychiatriques (**1^{er} octobre 2017**);
- Tarification spécifique dans une unité ou un programme en gérontopsychiatrie d'un CHSP désigné (paragr. 2.2.6 D du préambule général et section C-3 de l'annexe I à l'annexe XXIII) (**1^{er} février 2018**);
- Modification à l'EP 29 – Malades admis en CHSGS (**1^{er} octobre 2017**);
- Modification à l'EP 40 – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (**1^{er} octobre 2017**);
- Modification à la *Lettre d'entente n° 310* (**1^{er} octobre 2017**);
- Modification à la *Lettre d'entente n° 315* (**1^{er} février 2018**);
- Introduction de la *Lettre d'entente n° 322* (**1^{er} février 2018**).

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

Sommaire

- 1 Ajout du mode de rémunération mixte pour les services de réadaptation rendus dans certains CHSGS et certains centres de réadaptation désignés..... 2
 - 1.1 Forfait horaire..... 2
 - 1.2 Supplément d'honoraires 3
 - 1.3 Rémunération pour les services de garde sur place 4
 - 1.4 Avis de service – Mode de rémunération mixte 4
- 2 Modifications diverses..... 5
 - 2.1 Intervention clinique – Situations exclues du calcul de la durée quotidienne maximale prévue 5
 - 2.2 Soins du patient dans un milieu psychiatrique 6
- 3 Modifications à certaines ententes particulières 8
 - 3.1 EP 29 – Malade admis en CHSGS 8
 - 3.2 EP 40 – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle 9
- 4 Lettres d'entente n^{os} 310, 315 et 322 9
 - 4.1 Lettre d'entente n° 310 9
 - 4.2 Lettre d'entente n° 315 9
 - 4.3 Lettre d'entente n° 322 10

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)

1 Ajout du mode de rémunération mixte pour les services de réadaptation rendus dans certains CHSGS et certains centres de réadaptation désignés

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

À compter du **1^{er} février 2018**, le mode de rémunération mixte est introduit pour les services rendus aux patients en réadaptation dans un centre de réadaptation et dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) n'opérant pas une unité de courte durée ni un service d'urgence.

L'unité de toxicomanie en CHSGS, le centre jeunesse et le centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ne sont pas visés par le mode mixte.

Les [sections E et E-1](#) sont ajoutées à l'annexe I de l'annexe XXIII. La section E concerne les services médicaux communs tandis que la section E-1 présente les modalités spécifiques pour le secteur *Réadaptation – Services de réadaptation rendus dans un CHSGS n'opérant pas une unité de courte durée et un service d'urgence et dans un centre de réadaptation dont la fonction principale est la réadaptation*.

Les secteurs de réadaptation visés sont :

- l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive et de soins subaigus d'un CHSGS désigné n'opérant pas d'unité de courte durée ni de service d'urgence (incluant la clinique externe);
- le centre de réadaptation en déficience physique;
- le centre de réadaptation en déficience intellectuelle;
- le centre de réadaptation en toxicomanie.

Les instructions de facturation sont présentées sous les paragraphes 2.01 *b*), 3.01 *g*) 1), 2) et 3) et 3.01 *h*) de l'[annexe XXIII](#) et à la section E-1 de son annexe I.

La [liste des établissements et des installations désignés](#) pour le nouveau secteur est disponible sous la rubrique *Annexes mises à jour en continu* de l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

1.1 Forfait horaire

Le forfait horaire permet de rémunérer l'ensemble des services médicaux de réadaptation rendus dans un centre de réadaptation et dans un CHSGS n'opérant pas une unité de courte durée ni un service d'urgence.

Les codes de facturation **42134** et **42135** correspondant au forfait horaire dans le secteur de pratique désigné sont créés.

Tableau 1 – Forfait horaire

Forfait horaire	Code de facturation	Tarif (\$)	Particularités
Services médicaux en réadaptation (article 1 de la section E-1 de l'annexe I)	42134	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42135	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes

1.2 Supplément d'honoraires

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base pour les services médicaux rendus, les services payés sur une base de temps et les services médico-administratifs énumérés au tableau des suppléments d'honoraires de la section E-1.

Pour la facturation des services médicaux rendus dans ce secteur, l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Réadaptation** doit être utilisé.

1.2.1 Majorations en horaires défavorables

Les majorations applicables en horaires défavorables sur les suppléments d'honoraires sont les suivantes :

- **19,77 %** de 20 h à 24 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- **34,98 %** de 20 h à 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié;
- **34,98 %** de 8 h à 24 h, les samedi, dimanche et jour férié.

Les majorations prévues à l'annexe XX de l'entente générale pour les services rendus en horaires défavorables ne s'appliquent pas sur le forfait horaire. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base, inscrits à l'annexe II de l'annexe XXIII, sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes et sur les suppléments d'honoraires facturés à l'acte selon les dispositions du paragraphe 2.14 de l'annexe XXIII. Toutefois, le médecin rémunéré selon le régime B du mode des honoraires fixes ne peut pas se prévaloir des modalités du mode mixte à moins de mettre fin à son adhésion au régime B.

1.2.2 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du [paragraphe 2.2.6 B](#) du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

1.2.3 Activités médico-administratives

Les codes de facturation **42136** (paragr. 2.01 *b*) i)) et **42137** (paragr. 2.01 *b*) ii)) sont créés et correspondent aux activités médico-administratives effectuées par période complète de 15 minutes en lien avec les services médicaux rendus en réadaptation.

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

Le tarif pour les activités médico-administratives est de **23,78 \$** par période complète de 15 minutes.

Tableau 2 – Activités médico-administratives

Activités médico-administratives	Code de facturation	Tarif (\$)	Particularités
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) i) de l'annexe XXIII)	42136	23,78	période complète de 15 minutes
Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i>) ii) de l'annexe XXIII)	42137	23,78	période complète de 15 minutes

1.2.4 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 et la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés à l'acte à 100 % du tarif de base. Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits par ces lois pour facturer le forfait horaire, comme stipulé au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

1.3 Rémunération pour les services de garde sur place

Dans certains établissements, la garde sur place obligatoire effectuée les samedi, dimanche et jour férié ainsi qu'entre 16 h et 8 h les jours de semaine est rémunérée à tarif horaire ou à honoraires fixes, et ce, même si le médecin est rémunéré selon le mode de rémunération mixte ou à honoraires fixes combiné à la rémunération mixte (paragraphe 2.16 de l'annexe XXIII)

Dans ces situations, l'établissement doit transmettre un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (1897) ou (3547) et sélectionner dans les informations additionnelles le secteur mentionnant la garde sur place seulement.

Les installations visées en réadaptation sont les suivantes :

- Hôpital de réadaptation Lindsay (04093);
- Institut de réadaptation de Montréal (00803);
- Hôpital juif de réadaptation (04213).

La nature de service à utiliser pour la facturation des heures de garde sur place obligatoire rémunérées à tarif horaire ou à honoraires fixes est **102XXX**.

1.4 Avis de service – Mode de rémunération mixte

Pour adhérer au mode mixte, le médecin doit demander à l'établissement ou aux établissements désignés où il exerce de transmettre un avis de service à la Régie, et ce, **pour chaque secteur de pratique admissible**, pour chaque installation ou centre au sein duquel il exerce dans un programme, une unité, un service, un département, ou leur regroupement, et pour lequel il choisit ce mode de rémunération.

La section [Rémunération mixte et mode combiné : rémunération mixte et à honoraires fixes](#) de la rubrique *Rémunération selon le mode mixte*, accessible sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, vous fournit de l'information concernant les avis de service requis.

Avant de transmettre votre facturation selon le mode mixte et **afin d'éviter tout refus de paiement**, vous devez attendre la lettre de confirmation de la Régie vous informant de la mise à jour de votre dossier avant de facturer les nouvelles visites.

Vous pouvez adhérer au mode mixte en tout temps, toutefois, le montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode mixte pour les activités de réadaptation est versé si l'adhésion se fait durant les trois premiers mois de son entrée en vigueur. La *Lettre d'entente n° 322*, présentée à la section 4.3 de la présente infolettre, vous donne les détails concernant le versement d'un montant forfaitaire.

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

2 Modifications diverses

- ◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL*
ONGLET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*
 - ◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*
-

Des modifications concernant les situations exclues du calcul de la durée quotidienne maximale prévue d'une intervention clinique et les possibilités de facturation des soins physiques et des soins psychiatriques pour un même patient au cours d'une même journée dans un milieu psychiatrique sont apportées.

De plus, une tarification spécifique pour la visite de prise en charge et la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion lorsqu'elle est effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme en gérontopsychiatrie est introduite.

2.1 Intervention clinique – Situations exclues du calcul de la durée quotidienne maximale prévue

Le [paragraphe 2.2.6 B](#) du préambule général est modifié par l'ajout de deux nouvelles situations qui sont exclues du calcul de la durée quotidienne maximale prévue de l'intervention clinique.

La durée d'une intervention clinique n'est pas comptabilisée aux fins de la durée quotidienne maximale de 180 minutes lorsqu'elle est effectuée :

- auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS.

Aux fins de la facturation, les deux éléments de contexte suivants sont créés et doivent être utilisés afin que ces situations soient exclues du calcul de la durée quotidienne maximale de l'intervention clinique :

- Intervention clinique effectuée auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin;
- Intervention clinique effectuée auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin.

La [liste des centres de réadaptation désignés](#) est disponible sous la rubrique *Annexes mises à jour en continu* de l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} février 2018**.

2.2 Soins du patient dans un milieu psychiatrique

2.2.1 Visites – Soins psychiatriques et soins physiques

Depuis le **1^{er} octobre 2017**, uniquement dans un milieu psychiatrique, deux médecins qui assument respectivement la responsabilité principale des soins psychiatriques et des soins physiques d'un même patient peuvent facturer, au cours d'une même journée, les visites prévues selon la nomenclature qui leur est applicable et le type de soins rendus.

Par exemple, le médecin responsable des soins physiques peut facturer la visite de prise en charge (code de facturation **15647**) selon le [paragraphe 2.2.6 D](#) du préambule général, alors que le médecin responsable des soins psychiatriques peut facturer la visite de prise en charge (code de facturation **08923**) selon le [paragraphe 2.2.6 G](#) du préambule général.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les services rendus ou pour modifier les factures transmises **depuis le 1^{er} octobre 2017**.

2.2.2 Médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de gérontopsychiatrie et rémunéré à l'acte

L'onglet [B – Consultation, examen et visite](#) est modifié par l'ajout d'une tarification distincte pour la visite de prise en charge et la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion effectuées par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de gérontopsychiatrie d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) désigné.

Les codes de facturation suivants au tarif de **160,85 \$** sont créés :

- **15667** – Visite de prise en charge effectuée par un médecin désigné (niveau B);
- **15668** – Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion effectuée par un médecin désigné (niveau B).

Les CHSP désignés sont :

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888) – CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) – CISSS de l'Outaouais.

Pour être désigné, le médecin intéressé doit s'adresser au comité paritaire, en l'occurrence à la FMOQ.

Avant de transmettre votre facturation et **afin d'éviter tout refus de paiement**, vous devez attendre la lettre de confirmation de la Régie vous informant de votre désignation par le comité paritaire et de la mise à jour de votre dossier avant de facturer les nouvelles visites.

Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} février 2018**.

2.2.3 Médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de gérontopsychiatrie et rémunéré selon le mode mixte

Une sous-section relative à la gérontopsychiatrie est ajoutée à la section C-3 – Soins physiques en psychiatrie de l'annexe I de l'annexe XXIII.

En plus de son forfait horaire, le médecin **désigné par le comité paritaire** dans une unité ou un programme de gérontopsychiatrie dans un établissement désigné reçoit, lors de la facturation des visites énumérées ci-dessous effectuées dans une telle unité ou programme, un supplément d'honoraires de 76,18 % du tarif de base s'il a opté pour le mode mixte, ou de 41,75 % s'il est rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte :

- visite de prise en charge (code de facturation **15667**);
- visite de suivi (code de facturation **15648**);
- visite de suivi subséquente (code de facturation **15649**);
- visite de transfert (code de facturation **15650**);
- visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (code de facturation **15668**).

Avant de transmettre votre facturation et **afin d'éviter tout refus de paiement**, vous devez attendre la lettre de confirmation de la Régie vous informant de votre désignation par le comité paritaire et de la mise à jour de votre dossier avant de facturer les nouvelles visites.

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

Vous devez utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Gérontopsychiatrie**.

Les majorations en horaires défavorables applicables aux suppléments d'honoraires pour les services visés rendus dans une unité ou un programme de gérontopsychiatrie sont les suivantes :

- **17,06 %** : de 20 h à 24 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- **30,19 %** : de 20 h à 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié;
- **30,19 %** : de 8 h à 24 h, les samedi, dimanche et jour férié.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures facturées à honoraires fixes et sur les suppléments d'honoraires facturés à l'acte selon les dispositions du paragraphe 2.14 de l'annexe XXIII.

Aucun avis de service n'est requis pour le médecin désigné qui est déjà rémunéré selon le mode mixte dans le secteur des soins physiques en psychiatrie.

Les CHSP désignés sont :

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888) – CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) – CISSS de l'Outaouais.

Pour être désigné, le médecin intéressé doit s'adresser au comité paritaire, en l'occurrence à la FMOQ.

Ces dispositions entrent en vigueur le **1^{er} février 2018**.

3 Modifications à certaines ententes particulières

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Des modifications sont apportées à l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés* (29) et à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40).

3.1 EP 29 – Malade admis en CHSGS

Le médecin rémunéré selon les dispositions des paragraphes 4.02 et 4.03 de l'[EP 29 – Malade admis en CHSGS](#) ne peut, au cours de la même journée, être rémunéré en vertu d'un avis de service à tarif horaire, à honoraires fixes ou selon le mode mixte pour les services rendus dans une unité ou un service de l'installation exclue de l'application de la présente entente particulière. Il peut rendre des services dans une telle unité, mais il doit alors adapter sa facturation pour les services rendus.

Cependant, le médecin qui se prévaut du demi-forfait durant la période de 8 h à 13 h peut, en dehors de cette période, être rémunéré dans un service ou une unité exclu de l'application de la présente entente particulière selon le mode de rémunération prévu à son avis de service.

Comme mentionné dans l'[infolettre 181](#) du 29 septembre 2017, dans la situation susmentionnée, le médecin qui exerce dans une unité ou un service de l'installation exclu de l'application de la présente entente particulière au cours de la même journée est rémunéré pour les actes qu'il pose selon les modalités prévues au préambule général, mais au pourcentage du tarif du régime A ou B applicable dans l'installation selon les dispositions de l'EP 29 – Malade admis en CHSGS.

Vous avez 90 jours, à compter de la date de la présente infolettre, pour facturer les services rendus depuis le **1^{er} octobre 2017**, dans pareille situation, au pourcentage du tarif du régime A ou B applicable dans votre installation.

Vous devez utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

Par contre, le médecin qui est rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou selon le mode mixte en vertu de l'annexe XXII ou de l'annexe XXIII dans une installation au moment de son adhésion à l'EP 29 – Malades admis en CHSGS, peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération au sein d'une unité visée par cette entente particulière.

Ainsi, le maintien de son mode de rémunération n'est possible que les journées ou les demi-journées où il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés par cette entente particulière et ne facture pas, au cours de cette même journée, le forfait régulier ou le demi-forfait entre 8 h et 13 h (paragr. 4.06.01, 4.06.02 et 5.02).

Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} octobre 2017**.

3.2 EP 40 – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

Le paragraphe 3.01 de l'[EP 40 – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle](#) est modifié par le retrait de « en clinique externe d'un CH » des lieux permettant l'inscription de la clientèle aux fins de la prise en charge et du suivi. Les cliniques externes visées par cette disposition sont celles des centres hospitaliers suivants :

- Hôpital Fleury;
- Hôpital Anna-Laberge;
- Hôpital Royal Victoria du CUSM.

Le médecin rémunéré selon l'*Accord n° 722* à la clinique externe du Centre hospitalier Kateri Memorial n'est pas visé par cette disposition.

De plus, des précisions sont apportées concernant le forfait de responsabilité pour le patient vulnérable inscrit auprès du médecin (paragr. 6.02 A) et 6.02 B)).

Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} octobre 2017**.

4 Lettres d'entente n^{os} 310, 315 et 322

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

Les lettres d'entente n^{os} 310 et 315 sont modifiées. De plus, la *Lettre d'entente n° 322* est introduite. Elle concerne le versement forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services rendus aux patients en réadaptation dans un CHSGS n'opérant pas une unité de courte durée ni un service d'urgence, et dans un centre de réadaptation.

4.1 Lettre d'entente n^o 310

La [Lettre d'entente n° 310](#) concernant les modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode mixte à instaurer dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement dont la fonction principale est la réadaptation est modifiée.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le régime B ne peut se prévaloir des modalités supplémentaires de rémunération de cette lettre d'entente. Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} octobre 2017**.

4.2 Lettre d'entente n^o 315

La [Lettre d'entente n° 315](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les activités en santé physique auprès de la clientèle psychiatrique d'un CHSGS ou d'un CHSP est modifiée.

Le médecin désigné par le comité paritaire, qui exerce dans une unité ou un programme de gérontopsychiatrie dans un milieu désigné et qui n'a pas adhéré au mode mixte au 31 décembre 2017, est visé par des modalités particulières.

Si ce médecin adhère au mode mixte dans l'unité ou le programme de gérontopsychiatrie du milieu où il exerce **avant le 1^{er} mai 2018**, il recevra un montant forfaitaire pour la période du **1^{er} avril 2015 au 31 janvier 2018**. Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} février 2018**.

Le montant forfaitaire pour le médecin visé par cette situation sera versé vers le 1^{er} novembre 2018.

Les heures effectuées lorsque le médecin était rémunéré à honoraires fixes selon le régime B sont exclues des heures retenues aux fins du calcul du montant forfaitaire. Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} octobre 2017**.

4.3 Lettre d'entente n° 322

Un montant forfaitaire sera versé vers le 1^{er} novembre 2018 en vertu de la [Lettre d'entente n° 322](#) concernant l'introduction du mode de rémunération mixte le 1^{er} février 2018 pour les activités de réadaptation dans un centre de réadaptation pour les services offerts aux personnes adultes.