

## Modification 91 à l'Accord-cadre

### Introduction

La RAMQ vous informe que les parties négociantes ont convenu de la Modification 91 à l'Accord-cadre.

À moins d'avis contraire dans l'infolettre, les dispositions de la Modification 91 entrent en vigueur le **9 décembre 2019**.

Des modifications sont apportées à certaines règles du préambule général et à l'addendum de psychiatrie. Des changements importants touchent les actes d'électroencéphalographie. Une trentaine de nouveaux codes de facturation sont créés, dont environ la moitié concerne les actes d'électroencéphalographie. Une quinzaine de codes de facturation sont abolis. Des notes, des tarifs et des libellés sont modifiés.

De plus, des règles d'application et des plafonnements d'activités sont modifiés.

Certaines annexes à l'Accord-cadre sont modifiées. Notamment, des changements sont apportés à l'*Annexe 38 – Rémunération mixte* concernant la chirurgie générale, l'hématologie-oncologie médicale (groupe A), l'obstétrique-gynécologie, la neurologie, l'oto-rhino-laryngologie et la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Des lettres d'entente sont modifiées, adoptées ou abolies et certains protocoles d'accord sont également modifiés.

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

## Sommaire

- 1 Suivi et vérification du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes (Annexe 2)..... 2
- 2 Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)..... 2
- 3 Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)..... 3
- 4 Règles d'application, plafonnements de gains de pratique et d'activités (Annexe 8)..... 5
- 5 Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées ..... 6
- 6 Rémunération différente pour les services fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 19)..... 15
- 7 Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)..... 16
- 8 Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (Annexe 24)..... 19
- 9 Rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les médecins spécialistes (Annexe 25)..... 19
- 10 Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 32)..... 19
- 11 Rémunération mixte (Annexe 38)..... 20
- 12 Plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation (Annexe 45)..... 21
- 13 Protocoles d'accord modifiés..... 23

#### 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 au Québec 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)

---

## Instructions de facturation

---

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation à compter du **9 décembre 2019**.

Pour les dispositions qui entrent en vigueur rétroactivement, vous disposez de **90 jours** à compter du **9 décembre 2019** pour facturer ces nouvelles modalités.

Certaines dispositions ont une date d'entrée en vigueur à **portée déclaratoire**, ce qui signifie que l'entrée en vigueur est rétroactive à la date de début d'existence de la mesure ou du service.

---

## 1 Suivi et vérification du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes (Annexe 2)

---

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 2

À l'article 2.5 de l'[Annexe 2 de la Brochure n° 1](#), la référence à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe 24) est remplacée par « la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (Annexe 24) ».

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> avril 2018**.

---

## 2 Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)

---

◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLETS A ET B

### 2.1 Préambule général

#### 2.1.1 Règle 8.2 – Procédures diagnostiques et thérapeutiques

La règle 8.2 est abrogée.

L'équivalent de cette règle se trouve dorénavant dans la section *Électroencéphalographie* de l'onglet [C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#).

L'élément de contexte suivant est aboli :

*Électroencéphalogrammes de base et de sommeil exécutés au cours d'une même séance*

### 2.1.2 Règle 36.2 – Intervention clinique à la suite d’une demande d’aide médicale à mourir

Le premier paragraphe de la [règle 36.2](#) est remplacé par le suivant :

Les dispositions relatives à l’intervention clinique à la suite d’une demande d’aide médicale à mourir s’appliquent en établissement, en cabinet, en maison privée de soins palliatifs et à domicile.

Ce changement est apporté en concordance avec l’adoption de la *Lettre d’entente n° 161 C*, qui prévoit que les interventions en lien avec l’aide médicale à mourir sont permises en maison privée de soins palliatifs. Voir la section 5.9 de la présente infolettre.

### 2.1.3 Règle 41 – Supplément d’honoraires de plateau technique

À l’[Annexe 1 de la règle 41](#), le code de facturation **20254** est retiré de la liste *Frais de plateau moyen de 18 \$*.

## 2.2 Addendum 3 – Psychiatrie

À l’[article 3.2](#), la définition de « courte intervention » est remplacée par la suivante :

La courte intervention de suivi ne requiert aucune durée minimale. Elle est payable une fois par patient, par médecin, par jour.

Pour la facturation déjà reçue, aucune action n’est requise de votre part. La RAMQ réévaluera les services concernés.

Date d’entrée en vigueur : **À portée déclaratoire.**

## 3 Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)

### ◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L’ACTE

Vous pouvez consulter le [Tableau-synthèse des changements au tarif de la médecine et de la chirurgie](#) à la fin de l’infolettre et le [Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l’acte](#), disponible sous l’onglet *Manuels et guides de facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

La date d’entrée en vigueur des changements apportés par la Modification 91 est le 9 décembre 2019, à l’exception de ce qui suit :

- Le maximum de 1 par patient par site anatomique pour le même médecin pour les services médicaux **00215, 20117, 20118 et 20119** est à portée déclaratoire.

Biopsie (unique ou multiple) – Le nouveau titre « Maximum de 1 par patient, par jour, par site anatomique pour le même médecin » inséré au-dessus du service médical **00166** est à portée déclaratoire pour les services médicaux **00215, 20117, 20118 et 20119**. Ces biopsies seront réévaluées. Aucune action n’est requise de votre part.

Pour les autres services médicaux de cette section, le nouveau titre entre en vigueur le **9 décembre 2019**.

- La modification à la note du service médical **15706** entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> février 2019**.

Pour la facturation déjà transmise, aucune action n'est requise de votre part. Les services seront réévalués par la RAMQ.

- La modification au service médical **15670** entre en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2018**.
- La modification au service médical **15792** entre en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2018**.
- La modification au service médical **98006** entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2017**, mais l'application par la RAMQ commence le **1<sup>er</sup> juillet 2018**.
- Les modifications aux services médicaux **09165, 09281, 09160 et 09282** de l'onglet *Oto-rhino-laryngologie* entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2017**, mais l'application par la RAMQ commence le **1<sup>er</sup> juillet 2018**.
- Les modifications aux services médicaux **15850 à 15857** entrent en vigueur rétroactivement au **22 janvier 2018**.
- La modification au service médical **07159** entre en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2018**.
- Les modifications aux services médicaux **20183, 20258, 20259** entrent en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2018**.
- La modification au service médical **01029** entre en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2018**.
- La modification au service médical **04668** entre en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2018**.
- Le minimum d'heures pour le service **20237** (électroencéphalographie) passe de 6 h à 3 h rétroactivement au **10 décembre 2018**.

Vous avez **90 jours** à compter du **9 décembre 2019** pour facturer vos services dont la durée d'enregistrement est entre 3 heures et 6 heures.

**Ce service est aboli en date du 9 décembre 2019.**

### Informations supplémentaires

#### Onglet [B – Tarification des visites](#)

Lors de la facturation des forfaits pour Clinique de chimiothérapie (**15272** et **15403**), l'heure de début du service est maintenant obligatoire.

De plus, le médecin devra désormais inscrire une heure de début pour toutes les chirurgies, toutes les visites et tous les procédés diagnostiques et thérapeutiques facturés la même journée. Les services facturés sans heure de début seront considérés être rendus pendant la période couverte par le forfait.

#### Onglet [C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#)

La 1<sup>re</sup> note sous le code **20272** mentionne que cette interprétation ne peut être initiée par le médecin interprétant. Ainsi, dans le dossier du patient, il doit y avoir une mention de la demande, soit par l'équipe traitante qui a initié l'appel ou lors du rapport écrit.

## 4 Règles d'application, plafonnements de gains de pratique et d'activités (Annexe 8)

- ◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET *RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS*
- ◆ MANUEL DES SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT → ONGLET *RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS*
- ◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 8

### 4.1 Partie 1

Voir le [Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires \(Annexe 8\)](#) de la *Brochure n° 1*.

#### 4.1.1 Article 4 – Gains de pratique

La 1<sup>re</sup> phrase de l'article 4.1 est modifiée afin d'inclure dans les gains de pratique d'un médecin spécialiste la rémunération des services médicaux rendus dans le cadre de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (RLRQ, chapitre I-6).

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> avril 2018**.

L'article 4.2 est modifié afin de spécifier que les règles d'application des plafonnements d'activités et des plafonnements particuliers et généraux de gains de pratique tiennent compte de la rémunération des services médicaux rendus dans le cadre de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (RLRQ, chapitre I-6).

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> avril 2018**.

### 4.2 Partie 2

Voir les onglets [Règles d'application et plafonnements du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#) et [Règles d'application et plafonnements du Manuel des services de laboratoire en établissement](#).

#### 4.2.1 Règle d'application n° 6

La règle n° 6 établit la liste des services qui ne peuvent être majorés en urgence.

Le 25<sup>e</sup> tiret est remplacé par le suivant :

- Interprétation quotidienne d'un enregistrement d'électroencéphalogramme prolongé avec production d'un rapport (20268, 20269, 20270 et 20271).

Le 26<sup>e</sup> tiret suivant est ajouté :

- Production d'un rapport final d'un électroencéphalogramme prolongé (20273, 20274 et 20275).

#### 4.2.2 Règle d'application n° 7 – Chirurgie cardiovasculaire

La dernière phrase est remplacée par la suivante :

- Est également visée la chirurgie codée 04662.

Date d'entrée en vigueur : **10 décembre 2018**.

#### 4.2.3 Plafonnements d'activités (PA)

##### ○ PA 17 – Ophtalmologie

L'article 1 est remplacé par le suivant :

Le service médical « Bilan orthoptique : Interprétation ou enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme » (code 00579) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 750 par semestre.

Le libellé du code de facturation **00579** a été modifié dans le cadre de la Modification 87, mais le changement n'avait pas été fait dans cette règle.

Date d'entrée en vigueur : **10 décembre 2018**.

##### ○ PA 29 – Neurologie

La première phrase de l'article 1 est remplacée par la suivante :

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 actes par semestre, accumulées parmi les 4 services médicaux suivants :

La notion de 700 séances a été remplacée par 700 actes parmi les 4 codes listés.

Date d'entrée en vigueur : **10 décembre 2018**.

---

## 5 Lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées

---

### ◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXES 11 A ET B

---

Les lettres d'entente modifiées, adoptées ou abrogées sont présentées aux annexes 11. A et 11. B de la *Brochure n° 1*.

#### 5.1 Lettre d'entente n° 12

La [Lettre d'entente n° 12](#) est modifiée. L'article 1 est remplacé par le suivant :

1. En CLSC, on applique pour les visites, la même tarification qu'en centre hospitalier de soins prolongés, à l'exception des visites effectuées par un médecin spécialiste en pédiatrie, pour lesquelles on applique la tarification en clinique externe, en centre hospitalier de courte durée. Lorsque les activités sont réalisées dans le cadre d'une clinique externe et que le CLSC s'est vu octroyer la mission – CHSGS Consultations externes à son permis, le médecin spécialiste se prévaut de la tarification applicable en clinique externe, en centre hospitalier de courte durée.

Ainsi, pour le médecin spécialiste autre que celui en pédiatrie, à compter du **9 décembre 2019**, les activités de clinique externe effectuées dans un CLSC ayant la mission CHSGS – Consultations externes devront être facturées selon la tarification des visites en clinique externe. Les activités effectuées dans ce même CLSC qui ne sont pas liées à une clinique externe continuent d'être facturées selon la tarification des visites en centre hospitalier de soins de longue durée.

Ce changement est fait en lien avec l'abolition de la *Lettre d'entente n° 207*.

## 5.2 Lettre d'entente n° 31

La [Lettre d'entente n° 31](#) est modifiée. Le tableau des désignations à l'article 1 est abrogé. L'information qu'il contenait n'était plus à jour, puisque les désignations sont maintenant faites par des lettres administratives.

## 5.3 Lettre d'entente n° 112

La [Lettre d'entente n° 112](#) est modifiée. La notion d'« établissement » est remplacée par « installation ».

De plus, à l'article 1, une précision est apportée à l'effet que les activités d'un médecin dans le cadre de cette lettre d'entente doivent être réalisées dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de services). La RAMQ vous rappelle que le forfait de la *Lettre d'entente n° 112* ne peut être facturé dans l'installation indiquée par le médecin dans sa déclaration de territoire de pratique principale (Annexe 19).

À l'article 3, la mention selon laquelle le médecin qui exerce dans un établissement qui compte moins de 3 médecins de sa spécialité ne peut s'inscrire à cette lettre d'entente sauf sur autorisation des parties est retirée.

## 5.4 Lettre d'entente n° 138

La [Lettre d'entente n° 138](#) est modifiée. L'article 13 suivant est ajouté et les articles subséquents sont renumérotés :

13. Lors de circonstances exceptionnelles, les parties négociantes peuvent déroger aux conditions prescrites aux articles 6, 8 et 11 de la présente lettre d'entente lorsqu'elles désignent un groupe de médecins. Cependant, les parties négociantes ne peuvent désigner que les groupes concertés de médecins qui assurent une prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'installation désignées pour une période minimale de 3 mois.

Date d'entrée en vigueur : **2 novembre 2018**.

## 5.5 Lettre d'entente n° 156

La [Lettre d'entente n° 156](#) est modifiée. Le titre de cette lettre d'entente est modifié comme suit en lien avec le changement du titre d'un des protocoles d'accord visés. Voir la section 13.3.1 de la présente infolettre.

Concernant l'application du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence et du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du centre antipoison du Québec (CAPQ) et du système d'évacuation aéromédicale du Québec (É.V.A.Q.).

Le premier « Considérant » est également modifié afin de refléter ce changement.

## 5.6 Lettre d'entente n° 160

La [Lettre d'entente n° 160](#) est abrogée. Cette lettre d'entente est devenue sans objet depuis que les plans d'effectifs des médecins spécialistes qui exercent en santé publique et en médecine préventive ou médecine du travail ne sont plus rattachés à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> décembre 2018**.

## 5.7 Lettre d'entente n° 161 A

La [Lettre d'entente n° 161 A](#) est remplacée par une nouvelle version.

Le 2<sup>e</sup> paragraphe de l'alinéa i) de l'article 2 est remplacé par le suivant :

Une demi-journée s'entend d'une période d'au moins trois heures et demie entre 7 h et 13 h ou entre 13 h et 19 h.

Des heures précises sont maintenant inscrites en remplacement de « en matinée ou en après-midi ».

De plus, les modifications suivantes sont effectuées :

- À l'article 4 ii), le maximum de 4 demi-journées par médecin par semaine n'est plus par Centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), mais pour l'ensemble des CPSC;
- Un nouvel article 6 est ajouté afin de permettre le remboursement des frais et du temps de déplacement de l'annexe 23 sous certaines conditions;
- Les articles 6 à 9 sont renumérotés 7 à 10;
- La lettre d'entente est prolongée de 3 ans; la date de fin est remplacée par le **31 mars 2023**.

## 5.8 Lettre d'entente n° 161 B

La [Lettre d'entente n° 161 B](#) est modifiée. À l'article 6, les montants prévus pour la garde en disponibilité (codes de facturation **19628** et **19629**) passent respectivement de 120 \$ à **126 \$** et de 240 \$ à **254 \$**.

Les forfaits **19628** et **19629** seront réévalués pour être payés au bon montant. Aucune action n'est requise de votre part.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> avril 2017**, mais l'application par la RAMQ commence le **1<sup>er</sup> juillet 2018**.

## 5.9 Lettre d'entente n° 161 C concernant la rémunération du médecin spécialiste qui dispense des services en soins palliatifs

La nouvelle [Lettre d'entente n° 161 C](#) est adoptée.

Cette lettre d'entente établit les modalités de rémunération du médecin **qui rend des services cliniques en soins palliatifs** dans une unité de soins palliatifs ou une maison privée de soins palliatifs. Les médecins et les lieux de dispensation de services en soins palliatifs sont désignés par les parties négociantes (article 1).

La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est majorable en vertu des dispositions de l'article 1 de l'Annexe 19.

Pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8, la rémunération en vertu de la présente lettre d'entente est considérée être payée en établissement.

### ○ Rémunération (article 2)

- Un montant forfaitaire de **455 \$** par demi-journée, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :
  - code de facturation **19914** si la majorité des activités sont réalisées l'avant-midi,
  - code de facturation **19915** si la majorité des activités sont réalisées l'après-midi;
- Une demi-journée s'entend d'une période d'activité de 3 h 30 entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés;
- Un supplément d'honoraires de **50 %** s'applique sur les services d'aide médicale à mourir (codes de facturation **17000 à 17006**) et de **100 %** sur le service de rédaction de déclaration de décès (code de facturation **09200**) lorsqu'ils sont rendus entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés;
- Un supplément de **garde en disponibilité** est payé au médecin qui est assigné de garde. Le supplément de garde est de **66,40 \$** par jour, du lundi au vendredi (code de facturation **19916**), et de **132,80 \$** par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié (code de facturation **19917**).

### ○ Autre rémunération (article 3)

Le médecin reçoit la rémunération à l'acte selon les dispositions des annexes 4 à 8 de l'Accord-cadre pour les services rendus le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

Toutefois, du lundi au vendredi entre 17 h et 7 h, à l'exception des jours fériés, pour les visites suivantes, le médecin doit utiliser les nouveaux codes de facturation suivants :

- **15858** pour la visite principale;
- **15859** pour la visite de contrôle;
- **15860** pour la visite de contrôle réalisée entre minuit et 7 h.

Un maximum de 2 visites peut être facturé par patient, par jour.

De même, le samedi, le dimanche ou un jour férié, pour la tournée des malades le week-end, le médecin doit utiliser le code de facturation **15861**.

Les majorations selon les dispositions de la Règle 14 du préambule général ne s'appliquent pas pour les services **15858, 15859, 15860** et **15861** lorsqu'ils sont effectués dans une unité de soins palliatifs.

## 5.10 Lettre d'entente n° 168

La [Lettre d'entente n° 168](#) est modifiée.

○ L'article 1 est remplacé par le suivant :

1. Le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui participe à une formation dans le cadre du programme AMPRO<sup>OB</sup> PLUS a droit au paiement d'un tarif horaire de 125 \$ l'heure, pour une période de service continue de 60 minutes, et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par année civile.

Le médecin qui réclame le paiement de ce tarif horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette même période.

L'ajout au 1<sup>er</sup> alinéa vient préciser que le médecin est rémunéré pour chaque tranche de 60 minutes continues de formation. Au 2<sup>e</sup> alinéa, l'exception qui était prévue pour le médecin qui était assigné de garde lorsqu'il devait s'absenter afin de répondre à une urgence n'existe plus. Par conséquent, aucuns autres honoraires ne peuvent être payés par la RAMQ au cours d'une période de formation.

○ L'article 2 est remplacé par le suivant :

2. Le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui est membre de l'équipe de base de médecins formateurs a droit au paiement d'un tarif horaire de 189 \$ l'heure pour chaque période de service continue de 60 minutes au cours de laquelle il dispense cette formation, et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 49 heures par année civile.

Le médecin qui réclame le paiement de ce tarif horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette même période.

Les changements apportés sont de même nature qu'à l'article 1.

Pour la facturation des forfaits **19697** et **19699**, l'heure de début et de fin est maintenant obligatoire. Il n'est plus nécessaire d'indiquer la durée.

Une heure de début doit être inscrite pour tous les services facturés la même journée. Les services sans heure de début seront considérés être rendus pendant la période couverte par le forfait.

## 5.11 Lettres d'entente n° 171 et n° 172

L'article 7 de la [Lettre d'entente n° 171](#) est modifié en y ajoutant les alinéas suivants :

Le temps de disponibilité débute au moment où il arrive à la cour ou au tribunal administratif et se termine lorsqu'il quitte.

Le médecin qui est appelé à se déplacer afin de témoigner devant un tribunal afin de donner suite à une autopsie faite à la demande du coroner a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres, selon les modalités de l'Annexe 23. On compte la distance du point de départ situé au Québec où est situé l'hôpital où il exerce ses fonctions jusqu'au tribunal.

L'article 2 de la [Lettre d'entente n° 172](#) est également modifié en y ajoutant les alinéas suivants :

Le temps de disponibilité débute au moment où il arrive à la cour ou au tribunal administratif et se termine lorsqu'il quitte.

Le médecin qui est appelé à se déplacer afin de témoigner devant une cour ou un tribunal administratif afin de donner suite à un rapport d'évaluation a également droit au paiement de ses frais et de son

temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres, selon les modalités de l'Annexe 23. On compte la distance du point de départ situé au Québec où est situé l'hôpital où il exerce ses fonctions jusqu'à la cour ou au tribunal administratif.

Une précision est apportée concernant le calcul de la durée du temps de disponibilité. De plus, le médecin peut désormais se prévaloir des dispositions de l'Annexe 23 concernant les frais et le temps de déplacement pour se rendre à la cour ou au tribunal administratif.

### 5.12 Lettre d'entente n° 182

La [Lettre d'entente n° 182](#) concernant les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires des médecins rémunérés selon le mode du salariat est reconduite pour l'année 2019.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2019.**

### 5.13 Lettre d'entente n° 192

La [Lettre d'entente n° 192](#) est modifiée. Des changements sont apportés relativement aux nouvelles spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec ainsi qu'aux spécialités de classement accordées aux médecins visés aux fins de rémunération :

- À la colonne *Nouvelle spécialité reconnue*, la chirurgie vasculaire est retirée, puisque c'est une spécialité de classement.
- Il n'y a plus de distinction entre les maladies infectieuses adulte et enfant. La nouvelle spécialité reconnue *Maladies infectieuses* est dorénavant associée à la spécialité de classement *Microbiologie-infectiologie*.
- Il n'y a plus de distinction entre les soins intensifs adulte et pédiatrique. La nouvelle spécialité reconnue *Médecine de soins intensifs* est dorénavant associée à la spécialité de classement *Médecine interne*.

Date d'entrée en vigueur : **À portée déclaratoire.**

### 5.14 Lettre d'entente n° 207

La [Lettre d'entente n° 207](#) est abrogée. Cette abrogation doit être considérée en tenant compte des changements apportés à la *Lettre d'entente n° 12*. Voir la section 5.1 de la présente infolettre.

### 5.15 Lettre d'entente n° 221

La [Lettre d'entente n° 221](#) est modifiée.

- À l'article 3.1, le 1<sup>er</sup> paragraphe est remplacé par le suivant :

Le coordonnateur médical qui accomplit les activités visées à l'article 1.1 est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour une période de service continue de 60 minutes.

Date d'entrée en vigueur : **20 mars 2017.**

- À l'article 3.2, le 1<sup>er</sup> paragraphe est remplacé par le suivant :

Le médecin répondant qui accomplit les activités visées à l'article 1.2 (a), (b), (e) et (f) est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour une période de service continue de 15 minutes.

Date d'entrée en vigueur : **20 mars 2017**.

- À l'article 3.2, le 4<sup>e</sup> paragraphe est remplacé par le suivant :

Le médecin répondant qui accomplit les activités visées à l'article 1.2 (c) et (d) est rémunéré selon un tarif de 20 \$ par consultation, lequel s'applique du lundi au dimanche, ainsi que lors des jours fériés. Cependant, la rémunération ne peut être majorée selon les dispositions relatives à la Règle 14 du Préambule général.

Date d'entrée en vigueur : **20 mars 2017**.

**Vous avez 90 jours à compter du 9 décembre 2019 pour facturer la consultation 15299 si réalisée la fin de semaine ou un jour férié.**

- Sous l'article 4.1 e), un avis est ajouté pour préciser qu'un élément de contexte doit être ajouté sur la facture de services médicaux lors de la facturation du supplément d'honoraires de 50 % (code de facturation **15299**).

Vous devez utiliser le nouvel élément de contexte ***Service dispensé selon le mode de rémunération mixte – LE 221*** si vous facturez le service **15299** entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, et que vous travaillez dans un établissement en mixte ou si vous facturez un *per diem* ou deux demi-*per diem* au cours de cette même journée.

Les consultations **15299** sans heure ou sans l'élément de contexte seront considérées être faites entre 7 h et 17 h et pourraient être refusées. Si l'élément de contexte est présent, l'heure n'est pas obligatoire.

Puisque cette mesure est rétroactive, pour les services rendus **entre le 20 mars 2017 et le 8 décembre 2019**, l'élément de contexte sera ajouté par la RAMQ pour toutes les consultations **15299** effectuées entre 7 h et 17 h ou sans heure de début lorsqu'un *per diem* ou un demi-*per diem* sont facturés dans la journée. Des ajustements négatifs paraîtront à vos états de compte subséquents, le cas échéant. Aucune action n'est requise de votre part.

Toutefois, si vous n'étiez pas en mixte lorsque vous avez rendu ce service, vous pourrez modifier votre facture dès que vous verrez les ajustements sur votre état de compte en ajoutant l'heure de début du service et en retirant l'élément de contexte.

- À l'article 4.1, l'alinéa g) suivant est ajouté :

g) Les activités visées par la présente lettre d'entente peuvent être réalisées à partir de tout lieu. En conséquence, nonobstant les articles 11 et 14 de l'Annexe 38, les activités visées par la présente lettre d'entente et rémunérées selon le mode de rémunération mixte sont payables peu importe le lieu où elles ont été effectuées.

#### Activités rémunérées à tarif horaire du médecin coordonnateur et du médecin répondant

Pour le médecin coordonnateur :

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) et inscrire le code d'activité **271XXX** (100 %). Si vous êtes rémunéré selon le **mode de rémunération mixte**, vous devez utiliser le code d'activité **272XXX** (50 %).

Vous êtes réputé être rémunéré selon le mode de rémunération mixte si :

- vous réalisez vos activités pour le (CRDS) entre 7 h et 17 h **dans une installation où vous détenez un contrat en rémunération mixte**, et ce, peu importe que vous ayez facturé ou non un *per diem* ou un *demi-per diem* pour cette journée;
- vous réalisez vos activités pour le CRDS entre 7 h et 17 h **ailleurs** que dans une installation où vous détenez un contrat en rémunération mixte et que vous avez facturé un *per diem* ou deux *demi-per diem* pour cette journée.

Pour le médecin répondant :

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) et inscrire le code d'activité **273XXX** (100 %). Si vous êtes rémunéré selon le **mode de rémunération mixte**, vous devez utiliser le code d'activité **274XXX** (50 %). Vous êtes réputé être rémunéré selon le mode de rémunération mixte si :

- vous réalisez vos activités pour le CRDS entre 7 h et 17 h **dans une installation où vous détenez un contrat en rémunération mixte**, et ce, que vous ayez facturé ou non un *per diem* ou un *demi-per diem* pour cette journée.
- vous réalisez vos activités pour le CRDS entre 7 h et 17 h **ailleurs** que dans une installation où vous détenez un contrat en rémunération mixte et que vous avez facturé un *per diem* ou deux *demi-per diem* pour cette journée.

Si les activités sont réalisées **ailleurs que dans le CRDS**, à compter du **9 décembre 2019**, le médecin coordonnateur ou le médecin répondant doit également inscrire la lettre *A* dans la case *C.S.* et le numéro d'établissement du CRDS dans lequel vous êtes désigné dans la section *Établissement*.

Pour le lieu où sont rendus les services, vous devez inscrire le numéro de l'établissement ou du cabinet, le code de localité, le code postal ou toute autre information pertinente ainsi que la date des services et le numéro de chaque activité correspondant à cette situation dans la section *Renseignements complémentaires*.

Vous avez **90 jours** à compter du **9 décembre 2019** pour facturer ces nouvelles modalités ou faire une demande de révision.

### Consultation 15299 réalisée dans le cadre d'un CRDS

Lorsque la consultation **15299** est réalisée **ailleurs que dans le CRDS**, à compter du **9 décembre 2019**, vous devez :

- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro du CRDS pour lequel vous agissez à titre de médecin répondant;
- pour le lieu en référence, choisir le type de lieu en référence *Lieu où le service est rendu par le professionnel* et inscrire le numéro du lieu de dispensation où la consultation dans le cadre du CRDS a été effectuée.

Date d'entrée en vigueur : **20 mars 2017**.

- À l'article 4.1, l'alinéa h) suivant est ajouté :

h) La rémunération pour les activités visées à l'article 1.2 c) et d) n'est pas sujette à la majoration de rémunération différente prévue à l'annexe 19 de l'Accord-cadre.

### 5.16 Lettre d'entente n° 231

La nouvelle [Lettre d'entente n° 231](#) est adoptée. Cette lettre d'entente établit les critères qui permettront aux parties négociantes de suivre l'évolution des coûts liés aux modifications apportées aux modalités de rémunération des activités d'interprétation d'électroencéphalographie par la Modification 91.

### 5.17 Lettre d'entente n° 232 concernant les bris ponctuels de services médicaux spécialisés jugés essentiels dans certaines installations en pénurie d'effectifs

La nouvelle [Lettre d'entente n° 232](#) est adoptée. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative exceptionnelle et ponctuelle de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation de services médicaux spécialisés jugés essentiels dans certaines installations en pénurie d'effectifs.

Selon certains critères, les parties négociantes désignent les médecins qui peuvent se prévaloir des modalités de rémunération de cette lettre d'entente et les installations visées.

Un montant forfaitaire de **844 \$** par jour est versé au médecin désigné, en sus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où il se rend dans l'installation désignée afin d'assurer la prestation des services médicaux dans sa discipline. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'une installation désignée.

Le montant forfaitaire n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juin 2019**.

## 5.18 Lettre d'entente A-91

La [Lettre d'entente A-91](#) est modifiée. Le paragraphe suivant est ajouté à la suite du dernier paragraphe :

Compte tenu que ces services ont été rendus en installation, le montant versé par la Régie n'est pas considéré aux fins de tout plafonnement.

Date d'entrée en vigueur : **10 décembre 2018.**

## 5.19 Lettre d'entente A-92

La nouvelle [Lettre d'entente A-92](#) est adoptée afin de payer à un médecin radiologiste des honoraires pour des services rendus au CISSS des Îles-de-la-Madeleine du 30 novembre au 4 décembre 2018.

Date d'entrée en vigueur : **5 décembre 2018.**

---

## 6 Rémunération différente pour les services fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 19)

---

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 19

---

À l'article [2. Prime de rétention](#), l'article 2.2 est remplacé par le suivant :

Cette prime s'applique exclusivement au médecin établi en régions éloignées et dont l'installation principale est située à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec. Pour la santé publique et médecine préventive, l'installation principale peut également être un établissement principal.

Par installation ou établissement principal, on entend le lieu où le médecin gagne la majorité de ses revenus en établissement.

La notion d'installation est introduite afin de refléter les changements liés à la réorganisation du réseau de la santé. Un ajout est fait afin de pouvoir payer la prime de rétention aux médecins en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui exercent en établissement.

Le médecin spécialiste en santé publique, médecine préventive ou médecine du travail qui n'avait pas fait sa 1<sup>re</sup> demande de prime de rétention doit envoyer une lettre au Service de la rémunération forfaitaire en précisant, pour la période de référence de 3 ou 6 ans, selon le cas, la localité de résidence ainsi que la date d'arrivée ou de départ. Pour ceux qui bénéficiaient déjà de la prime de rétention, la RAMQ a déjà révisé les demandes de paiement.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2016.**

## 7 Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)

### ◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE

#### 7.1 Indemnité de kilométrage

Aux articles 1.1 et 2.1 de l'onglet *Frais de déplacement et de séjour*, le tarif de l'indemnité de kilométrage passe de 0,88 \$ à **0,91 \$** au **1<sup>er</sup> octobre 2018** et de 0,91 \$ à **0,93 \$** au **1<sup>er</sup> avril 2019**.

La facturation de l'indemnité de kilométrage sera réévaluée ou révisée par la RAMQ pour être payée au bon taux. Aucune action n'est requise de votre part, **sauf** pour les médecins qui utilisent la *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte* (1606) et qui ont demandé le remboursement de l'indemnité de kilométrage pour une période qui chevauche les dates du 1<sup>er</sup> octobre 2018 ou du 1<sup>er</sup> avril 2019. Dans ce cas, vous devez faire une demande de révision pour séparer votre facturation :

- jusqu'au 30 septembre 2018 et à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018;
- jusqu'au 31 mars 2019 et à partir 1<sup>er</sup> avril 2019.

Aucune action n'est requise pour les médecins spécialistes en anatomo-pathologie.

#### 7.2 Définition de « centre hospitalier »

Le paragraphe suivant est ajouté au-dessus de l'article 1 :

Aux fins de l'application de la présente annexe, un centre hospitalier réfère également à un CLSC situé dans un des territoires isolés ou dans le territoire 5 de l'Annexe 19 ou, dans le cas de la santé publique et médecine préventive, à un site de mission.

Cet ajout au début de l'annexe permet d'alléger les articles 1, 2 et 3 en évitant les répétitions. Voir la section 7.3 de l'infolettre.

Le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui est appelé à se déplacer au site d'une mission a **90 jours** à compter du **9 décembre 2019** pour facturer. Il doit utiliser l'élément de contexte ***Dans le cadre d'une mission.***

Si vous avez transmis des factures de frais de déplacement qui ont été refusées, vous pouvez les modifier en ajoutant ce nouvel élément de contexte.

Date d'entrée en vigueur : **À portée déclaratoire.**

### 7.3 Articles modifiés à la suite de l'introduction de la définition de « centre hospitalier »

La définition de « centre hospitalier » présentée à la section 7.2 de l'infolettre permet d'alléger les articles suivants en retirant la référence à « un CLSC situé dans un des territoires isolés de l'Annexe 19 ou un CLSC situé dans le territoire 5 de l'Annexe 19 » :

- Article 1.1 – 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> paragraphes;
- Article 1.2;
- Article 2.1 – 1<sup>re</sup> phrase;
- Article 2.1 – alinéa b);
- Article 2.3 – alinéa a);
- Article 2.4 – 1<sup>er</sup> paragraphe;
- Article 3.1.

Date d'entrée en vigueur : **À portée déclaratoire.**

### 7.4 Autres modifications

#### 7.4.1 Article 1.3

L'alinéa f) suivant est ajouté :

f) d'un médecin spécialiste en anesthésiologie qui se déplace dans le cadre de l'annexe 45, à l'exception de la mesure prévue aux deuxièmes et troisièmes paragraphes de l'article 1.5.

Sous réserve de l'exception prévue pour l'article 1.5 de l'Annexe 45 (mesure afin d'éviter l'isolement), le médecin qui se déplace dans le cadre de l'Annexe 45 a droit à l'indemnité pour le temps de déplacement, même si le déplacement n'est pas dans un territoire désigné par le ministre de l'article 2 de l'Annexe 23.

Vous avez **90 jours** à compter du **9 décembre 2019** pour modifier vos factures de frais de déplacement afin d'ajouter le temps de déplacement au kilométrage déjà facturé et payé. Les factures de frais de déplacement déjà transmises seront réévaluées par la RAMQ. Aucune action n'est requise de votre part.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> mars 2018.**

#### 7.4.2 Article 2.1

En plus du changement annoncé à la section 7.3 de l'infolettre, à la première phrase de l'article 2.1, la référence à « soins » est remplacée par « services ».

Date d'entrée en vigueur : **À portée déclaratoire.**

### 7.4.3 Article 2.3

En plus du changement annoncé à la section 7.3 de l'infolettre, l'alinéa a) est remplacé par le suivant en ajoutant la notion d'un nombre de sièges à bord d'un vol nolisé :

#### a) Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par hélicoptère ou avion personnel ou nolisé de moins de 35 sièges, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).

Un vol nolisé de plus de 35 sièges peut donner droit à l'allocation pour compenser le temps d'attente. Selon votre mode de rémunération, vous devez indiquer que le moyen de transport utilisé comporte 35 sièges ou plus en utilisant l'élément de contexte *Vol nolisé de 35 sièges et plus* ou en l'indiquant dans la section *Renseignements complémentaires* de la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215).

### 7.4.4 Article 2.4

À la première phrase de l'article 2.4, la référence à « soins » est remplacée par « services ».

De plus, le deuxième paragraphe est remplacé par le suivant :

On lui accorde alors une indemnité de 115 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement). Cette indemnité est applicable entre 7 h et 21 h pour l'aller ainsi que pour le retour.

Selon votre mode de rémunération, vous devez indiquer que le temps d'attente imprévu est compris dans la plage horaire entre 7 h et 21 h en utilisant l'élément de contexte *Temps d'attente imprévu entre 7 h et 21 h* ou en inscrivant l'heure de début dans la section *Renseignements complémentaires* de la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215).

### 7.4.5 Article 3.1

En plus du changement annoncé à la section 7.3 de l'infolettre, l'article 3.1 est remplacé par le suivant :

3.1 Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander de frais de déplacement (transport et temps de déplacement) qu'une seule fois pour un même centre hospitalier, au cours d'une semaine, du dimanche au samedi.

Cette modification vise à faciliter la compréhension du texte. La RAMQ l'appliquait déjà ainsi.

---

## 8 Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (Annexe 24)

---

◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET B

---

L'article [23. Majoration applicable](#) est ajouté :

### 23. MAJORATION APPLICABLE

Aucune majoration n'est applicable pour l'ensemble des codes de l'Annexe 24, à l'exception de la rémunération différente prévue à l'Annexe 19.

---

## 9 Rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les médecins spécialistes (Annexe 25)

---

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 25

---

L'[article 3.3](#) est remplacé par le suivant :

3.3 La garde multi-établissements correspond à la garde en disponibilité effectuée par un médecin spécialiste qui est assigné de garde dans un établissement afin de couvrir, à partir de cet établissement, la garde en disponibilité d'un ou de plusieurs autres établissements où un supplément de garde locale s'applique. Cette couverture peut impliquer un déplacement du médecin ou du patient.

Cet ajout permet au médecin de se déplacer dans les établissements dont il est responsable de la garde.

---

## 10 Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 32)

---

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 32

---

### 10.1 Article 1.1, alinéa c)

L'indication du montant en lettres est supprimée rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### 10.2 Article 1.2

La liste des spécialités reconnues au sein des établissements insuffisamment pourvus de professionnels de la santé est remplacée et peut être consultée à l'[Annexe 32](#).

---

## 11 Rémunération mixte (Annexe 38)

---

### ◆ BROCHURE N° 5

---

Pour prendre connaissance des textes officiels en lien avec les changements qui suivent, voir le [Manuel des médecins spécialistes – Brochure n° 5](#).

#### 11.1 Article 7 – Forfait réseau

L'article 7 est **abrogé**.

#### 11.2 Tableau de la chirurgie générale

##### 11.2.1 Supplément d'honoraires de 55 %

Les services médicaux **00304**, **00390** et **00391** sont ajoutés.

##### 11.2.2 Supplément d'honoraires de 69 %

Au 1<sup>er</sup> paragraphe, le service médical **05175** est ajouté.

Au 2<sup>e</sup> paragraphe, les services médicaux **01052**, **01053**, **01054** et **01055** sont ajoutés.

##### 11.2.3 Supplément d'honoraires de 75 %

Les services médicaux **05179**, **05180**, **05181**, **05210** et **05211** sont ajoutés.

#### 11.3 Tableau de l'hématologie-oncologie médicale (groupe A)

Le service médical **09779** est déplacé au supplément d'honoraires de **50 %**.

#### 11.4 Tableau de la neurologie

##### 11.4.1 Supplément d'honoraires de 40 %

Les services médicaux **00735** et **20236** sont retirés.

##### 11.4.2 Supplément d'honoraires de 50 %

Les services médicaux **20237** à **20240** sont retirés.

Les services médicaux **20260** à **20271** et **20273** à **20275** sont ajoutés.

##### 11.4.3 Supplément d'honoraires de 85 %

Les services médicaux **20237** à **20240** sont retirés.

Les services médicaux **20260** à **20271** et **20273** à **20275** sont ajoutés.

#### 11.4.4 Modalités particulières

Les modalités particulières sont abolies.

#### 11.5 Tableau de l'oto-rhino-laryngologie

Au supplément d'honoraires de **67 %**, les services médicaux **01318** et **01319** sont ajoutés.

#### 11.6 Tableau de la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

Aux **modalités particulières**, l'article 2 est remplacé par le suivant :

Aux fins de l'application du supplément d'honoraires ci-dessus mentionné ainsi que de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 de l'Annexe 38, on tient également compte des services médicaux suivants, lesquels peuvent être effectués en établissement ou au site d'une mission.

Date d'entrée en vigueur : **À portée déclaratoire.**

La RAMQ l'appliquait déjà ainsi. Voir les instructions de facturation présentées dans l'avis administratif sous l'article 2.

---

## 12 Plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation (Annexe 45)

---

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE 45

---

Vous pouvez consulter l'[Annexe 45](#) dans la *Brochure n° 1*.

### 12.1 Annexe 1

L'annexe 1 est abrogée. Les désignations pour la garde se font de façon administrative.

### 12.2 Article 2 – Garde en disponibilité

Le premier paragraphe est remplacé par le suivant :

Le second volet du plan de remplacement provincial en anesthésiologie vise la bonification de la rémunération de la garde en disponibilité dans les installations désignées par les parties négociantes dont le plan d'effectifs médicaux adopté en anesthésiologie est de cinq postes ou moins, peu importe le nombre de postes effectivement occupés.

Seules les installations dont le plan d'effectifs médicaux en anesthésiologie est de 5 postes ou moins sont visées par la garde bonifiée.

### 12.3 Article 3.3 – Modalités de rémunération (Mécanisme de soutien d'urgence)

Les paragraphes suivants sont ajoutés entre le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> paragraphe :

Le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement du montant forfaitaire pour une journée où il n'est pas déployé ne peut réclamer, au cours de la même journée, le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

- a) Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25;
- b) Les forfaits de prise en charge de l'unité et le forfait de prise en charge du patient prévus à l'Annexe 29;
- c) Les forfaits de disponibilité du Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné;
- d) Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin d'être déployé dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence.

Cependant, il peut tout de même facturer les modalités de rémunération prévues à l'Annexe 41.

Même si la rémunération prévue à l'Annexe 41 constitue un mode de rémunération exclusif, le médecin anesthésiologiste **non déployé** qui est rémunéré en vertu de l'Annexe 41 au cours d'une journée peut également facturer son forfait de soutien d'urgence.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> mars 2018**.

### 12.4 Article 4 – Mesure ciblée pour pallier les situations particulières

Le deuxième paragraphe est remplacé par les suivants :

Les parties négociantes désignent les installations et les périodes où cette mesure ciblée peut s'appliquer.

L'admissibilité des médecins au montant forfaitaire prévu au présent article est déterminée par les parties négociantes, et ce, selon le type de situation particulière.

Le montant forfaitaire est de 500 \$ pour chaque jour où le médecin offre des services dans le cadre de cette mesure. Cette mesure ne peut être cumulée à un forfait de jumelage prévu à l'article 1 ou au forfait de soutien d'urgence prévu à l'article 3.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> mars 2018**.

---

## 13 Protocoles d'accord modifiés

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *PROTOCOLES D'ACCORD*

---

### 13.1 Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers

Vous pouvez consulter le [Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers](#) dans la *Brochure n° 1*.

#### 13.1.1 Article 4 – Modalités de rémunération

L'article 4.6 est remplacé par le suivant :

4.6 Aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique et à l'égard des services de physiothérapie rendus par les médecins spécialistes en physiatrie pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

Pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.

Pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique « Procréation assistée » de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique Urologie – D) Procréation assistée de l'onglet Procédés diagnostiques et thérapeutiques, on ne tient compte que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

Pour les gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

Pour le surplus, le médecin est rémunéré à 1 % du tarif.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2017**.

#### 13.1.2 Article 5 – Moyenne annuelle de rémunération d'une spécialité

À l'article 5.1, les alinéas suivants sont ajoutés après le 5<sup>e</sup> alinéa :

Pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.

Pour les gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> janvier 2017**.

### **13.2 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus**

L'article 4.1 du [Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus](#) est remplacé par le suivant :

Les parties négociantes désignent le nombre d'heures maximal auquel chacun des établissements mentionnés en annexe a droit par année civile.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> septembre 2019**.

### **13.3 Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)**

Vous pouvez consulter le [Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence dans le cadre du Centre antipoison du Québec \(CAPQ\) ou du système d'évacuation aéromédicale au Québec \(É.V.A.Q.\)](#) dans la *Brochure n° 1*.

#### **13.3.1 Titre du protocole d'accord**

Le titre est remplacé par le suivant :

Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)

Le protocole d'accord ne concerne plus seulement la médecine d'urgence, mais également la médecine interne.

#### **13.3.2 Article 3.1 – Le Centre antipoison du Québec (CAPQ)**

L'article 3.1 est remplacé par le suivant :

##### **3.1 Le Centre antipoison du Québec (CAPQ)**

À ce titre, l'activité professionnelle visée est la suivante lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en médecine d'urgence ou en médecine interne :

3.1.1 Les activités de planification, de programmation, d'organisation et d'évaluation de programmes en toxicologie accomplies par le coordonnateur médical du Centre antipoison du Québec.

3.1.2 Les activités de planification, d'organisation et d'évaluation de programmes en toxicologie.

3.1.3 La prise en charge, de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée.

Aux articles 3.1.1, 3.1.2 et 3.1.3, les références à la médecine d'urgence sont retirées.

### 13.3.3 Article 4.2 – Montant forfaitaire

Le deuxième alinéa est remplacé par le suivant :

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.1.3, le montant forfaitaire est de 416 \$ pour une prise en charge de 8 heures du lundi au dimanche et de 624 \$ pour une prise en charge de 12 heures du lundi au dimanche. Un maximum de 2 montants forfaitaires de 12 heures est payable par jour ou un maximum de 3 montants forfaitaires de 8 heures est payable par jour.

Un montant forfaitaire de 416 \$ est ajouté pour une prise en charge de 8 heures de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée. Un maximum de 3 montants forfaitaires de 8 heures est payable par jour.

Vous devez utiliser le nouveau code d'activité **078300** et cocher la plage horaire au cours de laquelle la prise en charge a débuté. Inscrire *8 heures* dans la colonne *Heures travaillées* et préciser l'heure à laquelle la prise en charge a débuté dans la section *Renseignements complémentaires*.

De plus, le montant du forfait pour la prise en charge de 12 heures est augmenté à 624 \$.

Date d'entrée en vigueur : **1<sup>er</sup> juillet 2019**.

### 13.3.4 Article 4.3 – Déplacement

L'article 4.3 suivant est ajouté :

Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée à l'article 3.1.2 a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres selon les modalités de l'annexe 23. On compte la distance du point de départ situé au Québec où est située l'installation où il exerce ses fonctions principales jusqu'au Centre antipoison du Québec.

Les frais de déplacement sont maintenant payables au médecin appelé à se déplacer au Centre antipoison du Québec pour les activités prévues à l'article 3.1.2 (planification, organisation et évaluation de programmes en toxicologie).

## Tableau-synthèse des changements au tarif de la médecine et de la chirurgie

Onglet	Codes de facturation
<b>B – Tarification des visites</b>	
Modification de notes	sous 15706, 15272, 15403 et 16071 et de la première note sous 15854 et 15855
Modification de libellés	16067, 16072, 16073, 15850
Nouveaux codes de facturation	15403, 15798
Modification de tarifs	sous neurologie, neuropsychiatrie et électroencéphalographie : 09127, 09165, 09129, 09160
<b>C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques</b>	
Modification de texte	sous électroencéphalographie
Modification de libellé	20251
Modification de notes	20251, 20252, 20254, 20155
Déplacement de codes	00165, 20021, 00167, 00782, 00179, 00181, 00187, 00190, 00192, 00308, 20116, 00234, 00249, 00213, 00221, 00226, 00227, 00223, 00230, 00231, 00241, 00240, 00237, 00103, 00244, 00173, 00175, 00185, 09480, 00194, 00204, 00207, 00222, 00797, 00232, 00236, 00246, 00166, 00168, 00169, 00183, 00184, 00195, 00202, 00220, 00273, 00281, 00282, 00215, 20117, 20118, 20119, 00798, 00238, 20258, 20259, 20183, 20507, 20508
Abolition de codes	00735, 20236, 20237, 20238, 20239, 20240
Nouveaux codes de facturation	20260, 20261, 20262, 20263, 20264, 20265, 20266, 20267, 20268, 20269, 20270, 20271, 20272, 20273, 20274, 20275
Modification de titre	au-dessus de 00281
Modification de tarif	00554
Ajout d'un tarif en cabinet	20537, 20538 et 20153
<b>F – Peau-Phanères, Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses</b>	
Abolition de code	01431
Nouveaux codes de facturation	01318, 01319, 01052, 01053, 01054, 01055

Onglet	Codes de facturation
<b>G – Musculo-Squelettique</b>	
Abolition de codes	02499, 02442, 02465
<b>L – Système Digestif</b>	
Abolition de codes	05350, 05182, 05536, 05183, 05537
Nouveaux codes de facturation	05179, 05180, 05181, 051756, 05210, 05211