



Modalités de rémunération liées à la COVID-19

Lettre d'entente n° 269

Introduction

Compte tenu du contexte de pandémie, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu de modifier la [Lettre d'entente n° 269](#) afin de mettre en place des mesures particulières de rémunération pour le médecin ayant des activités liées à la COVID-19.

Cette infolettre vous présente notamment :

- les modalités relatives aux services rendus à distance;
- les modalités applicables au médecin qui participe à des activités de coordination particulière et d'organisation liées à la pandémie rendues à distance.

À moins d'avis contraire, les modifications entrent en vigueur rétroactivement au **28 février 2020**.

c. c. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Agences de facturation
Chefs de départements régionaux de médecine générale
Établissements du réseau de la santé

Sommaire

1	Informations générales.....	2
2	Modalités de rémunération en établissement.....	3
3	Unité consacrée aux soins de patients infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être.....	4
4	Mesure particulière de compensation relative au congé de maladie dans le cadre de la COVID-19	4
5	Services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication	5
6	Services en première ligne : communication avec d'autres professionnels de la santé ou avec un médecin spécialiste (par. 3.14)	7
7	Soins intensifs en CHSGS (par. 3.15, 3.16 et 3.18)	8
8	Garde en disponibilité en CHSGS (par. 3.17)	8
9	Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 (par. 3.19).....	9
10	Garde en disponibilité (par. 3.20 et 3.21)	13
11	Retrait préventif (par. 3.22)	14
12	Soins préhospitaliers d'urgence (par. 3.23)	15
13	Soins intensifs à domicile en CLSC (par. 3.24)	15

1 Informations générales

Toute l'information dont dispose la RAMQ est présente dans cette infolettre. S'il y a lieu, vous serez informés de renseignements supplémentaires dans une prochaine infolettre. Pour toute question s'appliquant à votre situation, consultez la page www.ramq.gouv.qc.ca/covid.

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation à partir du **1^{er} mai 2020**. Vous avez **120 jours** à compter de cette date pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020** et pour facturer vos services rendus à distance rétroactivement au **16 mars 2020**.

1.1 Instructions de facturation

Pour plus de détails concernant les instructions de facturation, consultez l'[infolettre 354](#) du 18 mars 2020.

La [liste des lieux désignés consacrés à la COVID-19](#) est accessible à la rubrique *Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord)*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte

Le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte qui facture un service rendu dans une unité de soins consacrée à la COVID-19 désignée à la *Lettre d'entente n° 269* doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***.

Pour les services rendus à distance, le médecin doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*** et son lieu de dispensation habituel.

Médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire

Le médecin rémunéré à honoraire fixes ou à tarif horaire doit facturer ses heures sur sa demande de paiement habituelle et indiquer le numéro de l'établissement où il détient sa nomination régulière dans le champ *Établissement*.

Il doit également utiliser :

- l'emploi de temps **XXX346 Services cliniques – COVID-19** avec la nature de service habituelle pour les services rendus en présence du patient dans une unité de soins consacrée à la COVID-19;
- l'emploi de temps **XXX319 Services cliniques à distance (pandémie COVID-19)** avec la nature de service habituelle pour les services rendus à distance.

Pour les médecins qui ont facturé avec l'emploi de temps **XXX158 Services cliniques (grippe)**, comme indiqué dans l'infolettre 354, les demandes seront acceptées. Toutefois, à compter du 1^{er} mai 2020, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire **doit utiliser le nouvel emploi de temps XXX346 Services cliniques – COVID-19** pour les services rendus en présence du patient.

1.2 Choix du mode de rémunération

Lorsque le médecin exerce dans une unité de soins désignée consacrée à la COVID-19, il doit faire un choix quotidien pour son mode de rémunération :

- soit la rémunération à l'acte avec les codes de facturation et les tarifs applicables dans le lieu visé;
- soit le forfait horaire prévu à la *Lettre d'entente n° 269* (code de facturation **19680** au tarif de **186,15 \$**);
- soit son mode de rémunération habituel (à l'acte, mixte, à tarif horaire ou à honoraires fixes).

Ainsi, le médecin qui choisit d'être rémunéré selon le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269* ne peut, au cours de cette plage horaire, se prévaloir de la rémunération prévue à l'une des ententes particulières ou à l'un des protocoles d'accord mentionnés dans les sections qui suivent.

1.3 Rémunération à tarif horaire – Établissements

Les demandes de paiement doivent être contresignées, selon les dispositions de l'Entente, par le directeur des services professionnels, le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités de l'établissement qui figure sur la demande de paiement du médecin.

Signataires autorisés

Dans le cas où la personne qui doit contresigner les demandes de paiement ne figure pas au Registre des signataires autorisés de la RAMQ, l'établissement doit remplir le formulaire [Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé](#) (1907) et le transmettre **par courriel** à l'adresse sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca, plutôt que par la poste comme indiqué sur le formulaire.

Exceptionnellement, pour la durée de la pandémie, il n'est pas requis pour l'établissement de remplir la section *Avis de nomination des signataires autorisés*.

Autorisation des demandes de paiement en ligne

Pour autoriser des demandes de paiement transmises par les services en ligne, le responsable d'un établissement du réseau de la santé doit remplir et signer le formulaire [Demande d'accès au service en ligne Établissements du réseau de la santé](#) (4365) et le transmettre **par courriel** à l'adresse sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca, plutôt que par la poste comme indiqué sur le formulaire.

Afin que le professionnel puisse soumettre sa demande de paiement à la personne déléguée pour l'autoriser, une association entre le professionnel et la personne déléguée pour l'autoriser doit être faite dans le service en ligne par l'établissement.

2 Modalités de rémunération en établissement

Suppléments à l'examen ou à la visite

Au bénéfice du médecin qui choisit la rémunération à l'acte dans une unité de soins consacrée à la COVID-19, le paragraphe 1.1 c) i) de la *Lettre d'entente n° 269* a été modifié afin d'ajouter les visites ponctuelles mineures et complexes aux services qui donnent droit aux suppléments lorsque le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais pour rendre des services dans une unité de soins consacrée à la COVID-19 d'un établissement (clinique externe, CLSC ou GMF-U en établissement).

Examen admissible	Code de facturation	Tarif (\$)
Examen ordinaire ou visite ponctuelle mineure, tout groupe d'âge (code de facturation 00005, 08882, 08883, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771 ou 15772)	15300	7,65
Examen complet pour le patient de moins de 70 ans ou visite ponctuelle complexe pour le patient de moins de 80 ans (code de facturation 00056, 15773, 15774, 15775 ou 15776)	15301	13,35
Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus ou visite ponctuelle complexe pour le patient de 80 ans ou plus (code de facturation 09116, 15777, 15778, 15779 ou 15780)	15302	21,45

3 Unité consacrée aux soins de patients infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être

Un ajout est fait au paragraphe 3.1. Les dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la *Lettre d'entente n° 269* s'appliquent aux médecins affectés aux activités d'une unité consacrée aux soins de patients infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), en centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dans un site non traditionnel de soins (SNT) de même que dans une salle d'urgence en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde intégré désignés par les parties négociantes.

Selon le secteur de pratique où se situe l'unité de soins, le médecin concerné peut choisir quotidiennement de se prévaloir des dispositions de la *Lettre d'entente n° 269* ou de maintenir son mode de rémunération habituel.

La [liste des lieux désignés consacrés à la COVID-19](#) est accessible à la rubrique *Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord)*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

4 Mesure particulière de compensation relative au congé de maladie dans le cadre de la COVID-19

Un ajout est fait au paragraphe 3.5. Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui devient incapable d'accomplir ses tâches après le 1^{er} mars 2020 peut faire une demande de compensation. La période de référence utilisée aux fins du calcul correspond alors aux 12 mois de facturation ayant précédé la période couvrant les 5 mois précédant le 1^{er} mars 2020. Lorsque le médecin n'a pas un historique de rémunération de 12 mois, la période est réduite au nombre de mois existants.

5 Services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication

Pour les dispositions qui suivent, le médecin qui rend des services au bénéfice du patient par téléphone ou par voie de télécommunication est réputé avoir communiqué avec le patient même si la communication a eu lieu avec un parent ou un proche du patient, et ce, du fait que le patient ne peut pas se servir de ce moyen de communication en raison d'un handicap, de son inaptitude ou de son immaturité (par. 3.13.13).

Lors de la facturation de services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication, le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte doit indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, les services cliniques rendus par correspondance ou par voie de télécommunication doivent être facturés en utilisant l'emploi de temps **XXX319** Services cliniques à distance (pandémie COVID-19) avec la nature de service habituelle.

Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **16 mars 2020**.

5.1 En CHSLD, en centre de réadaptation ou dans un département de psychiatrie dans un CHSGS ou un CHSP (par. 3.13.8)

En CHSLD, le médecin peut facturer la visite de suivi exigeant un examen (code de facturation **15617**) à condition que les services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication auprès du patient correspondent aux exigences de la visite ponctuelle mineure (par. 2.2.6 A 4) du préambule général). Cette visite ne peut être facturée le même jour qu'une visite de suivi courant (code de facturation **15616**). Lors d'une séance différente, le médecin peut également facturer les autres visites admissibles à la prestation à distance prévues au paragraphe 2.2.6 E du préambule général.

En centre de réadaptation, le médecin peut facturer la visite de suivi exigeant un examen (code de facturation **15628**) à condition que les services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication auprès du patient correspondent aux exigences de la visite ponctuelle mineure (par. 2.2.6 A 4) du préambule général). Cette visite ne peut être facturée le même jour qu'une visite de suivi courant (code de facturation **15627**). Lors d'une séance différente, le médecin peut également facturer les autres visites admissibles à la prestation à distance prévues au paragraphe 2.2.6 F du préambule général.

Dans un département de psychiatrie d'un CHSGS ou d'un CHSP, le médecin peut facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (codes de facturation **08913** et **08942**) à condition que les services fournis par correspondance, par téléphone ou par voie de télécommunication auprès du patient correspondent aux exigences de la visite ponctuelle mineure (par. 2.2.6 A 4) du préambule général). Cette visite ne peut être facturée le même jour qu'une visite de suivi psychiatrique (code de facturation **08933**). Lors d'une séance différente, le médecin peut également facturer les autres visites admissibles à la prestation à distance prévues au paragraphe 2.2.6 G du préambule général.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

5.2 En ressource intermédiaire ou en résidence pour personnes âgées (par. 3.13.9)

Le médecin qui, à défaut d'un échange avec le patient, échange avec le personnel professionnel du milieu concernant les besoins d'un résident peut se prévaloir, pour chaque communication, de la rémunération prévue pour la communication avec d'autres professionnels de la santé (codes de facturation 15844 à 15846) ou pour la communication avec un médecin spécialiste (codes de facturation 15841 à 15843).

Cette disposition s'applique sans égard au nombre minimal de patients inscrits requis pour facturer ces services et sans y appliquer le nombre de maximal de forfaits pouvant être facturés par trimestre.

Si le médecin a le nombre de patients inscrits requis, il doit utiliser le code de facturation approprié. Si le médecin a moins de 500 patients inscrits, il doit utiliser le code de facturation 15841 si la communication est faite avec un médecin spécialiste ou 15844 si la communication est faite avec d'autres professionnels de la santé. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces codes et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

5.3 Dans un programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs (par. 3.13.10)

Le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte en soutien à domicile incluant les soins palliatifs (section B-3 de l'annexe I de l'annexe XXIII) qui échange par téléphone ou par voie de télécommunication avec un patient suivi à domicile dans le cadre de ce programme peut facturer l'échange interdisciplinaire ou avec les proches d'un patient, et ce, même si la durée de l'échange est de moins de 15 minutes (code de facturation 15909).

Lorsque la durée de la communication avec le patient dépasse 25 minutes, le médecin peut se prévaloir du service d'intervention clinique selon les modalités prévues au paragraphe 2.2.6 B du préambule général.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à ce service et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

5.4 Dans une clinique externe de centre hospitalier ou dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde (par. 3.13.11)

Le médecin qui rend des services par téléphone ou par voie de télécommunication peut facturer l'examen complet ou l'examen principal, même en l'absence d'examen, à condition que le service rendu à distance auprès du patient corresponde aux exigences de la visite ponctuelle complexe (par. 2.2.6 A 5) du préambule général).

De plus, le médecin qui rend des services à distance peut se prévaloir de l'examen ordinaire à condition que le service corresponde aux exigences de la visite ponctuelle mineure (par. 2.2.6 A c) 4) du préambule général).

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation de ces services et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

5.5 Dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde adhérent à l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements (par. 3.13.12)

Le médecin de garde dans une urgence d'un centre hospitalier ou dans un CLSC du réseau de garde adhérent à l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* (43) qui assure le suivi ou la relance à distance de patients précédemment évalués à l'urgence et qui sont retournés à la maison peut se prévaloir du forfait de garde prévu à cette entente particulière. Le médecin doit facturer le forfait comme à l'habitude.

5.6 En cabinet, en CLSC ou en GMF-U (par. 3.13.14)

Le médecin qui exerce en cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile et qui fournit des services par correspondance, par téléphone ou par voie de communication peut facturer la visite de prise en charge (codes de facturation **15801**, **15802**, **15815**, **15816**, **15821**, **15822**, **15835** et **15836**) malgré qu'il ne soit pas en mesure d'effectuer l'examen requis à l'évaluation du patient. Lors d'une visite subséquente, il complète alors l'évaluation à l'aide d'un examen physique lorsque requis.

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* relatives à l'inscription d'un patient et à la facturation des forfaits et suppléments, y compris le supplément pour un patient sans médecin de famille, référé ou non. Lorsque le médecin remplit le formulaire *Inscription auprès d'un médecin de famille* (4096), il doit le signer à la date à laquelle le service est rendu à distance. Ensuite, lors d'une visite sur place subséquente, le médecin doit faire signer le formulaire par le patient.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

6 Services en première ligne : communication avec d'autres professionnels de la santé ou avec un médecin spécialiste (par. 3.14)

Le médecin qui exerce en première ligne en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U en établissement désigné à la *Lettre d'entente n° 269* ou qui rend des services par téléphone ou par voie de télécommunication et qui communique avec d'autres professionnels de la santé ou un médecin spécialiste peut se prévaloir de la rémunération prévue à cet effet, et ce, sans égard au nombre minimal de patients inscrits requis pour facturer ces services et sans y appliquer le nombre maximal de forfaits pouvant être facturés par trimestre (codes de facturation **15841** à **15846**).

Si le médecin a le nombre de patients inscrits requis, il doit utiliser le code de facturation approprié. Si le médecin a moins de 500 patients inscrits, il doit utiliser le code de facturation **15841** si la communication est faite avec un médecin spécialiste ou **15844** si la communication est faite avec d'autres professionnels de la santé. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces codes et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

Les communications téléphoniques effectuées par le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sont couvertes par sa rémunération.

7 Soins intensifs en CHSGS (par. 3.15, 3.16 et 3.18)

En CHSGS, dans le cas où des lits de soins intensifs doivent être ouverts dans un lieu physique à l'extérieur de l'unité de soins intensifs ou coronariens, le médecin est rémunéré à l'acte ou selon l'*Entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens* (3) si l'établissement est déjà désigné.

Toutefois, si une partie des soins intensifs est effectuée dans une unité pour le suivi de patients infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être, l'établissement concerné doit faire une demande au comité paritaire afin d'être désigné à la *Lettre d'entente n° 269*.

Le médecin qui rend des services auprès des patients de cette unité peut se prévaloir des dispositions de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens. Le médecin doit indiquer le secteur d'activité **Unité de soins intensifs** et l'élément de contexte **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsque les services sont rendus dans un lieu désigné à la *Lettre d'entente n° 269*, le médecin visé par l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens peut opter pour le forfait horaire prévu à la *Lettre d'entente n° 269* (code de facturation **19680**) ou choisir d'être rémunéré selon les dispositions du régime A de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens.

S'il fait le choix du forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269*, il ne peut facturer d'autres services rendus au patient. S'il choisit le forfait quotidien prévu à l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens, le médecin peut facturer l'acte d'intubation seule (code de facturation **00182**). Il peut alors se prévaloir de l'échange interdisciplinaire (code de facturation **15643**) pour le ou les échanges effectués à cette occasion.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**.

Si l'unité de soins intensifs n'est pas désignée à la *Lettre d'entente n° 269*, le médecin facture selon les dispositions du régime A de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens. Il peut facturer l'acte d'intubation et se prévaloir de l'acte d'échanges interdisciplinaires (code de facturation **15643**).

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**.

L'établissement adhérent au régime B de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens peut modifier temporairement son adhésion pour celle du régime A lorsque le nombre de patients aux soins intensifs augmente de façon significative. La demande de modification temporaire de même que sa période, soit la date de début et de fin, doivent être transmises au comité paritaire.

8 Garde en disponibilité en CHSGS (par. 3.17)

Lorsqu'un CHSGS désigné à la *Lettre d'entente n° 269* exige qu'une garde en disponibilité soit assurée pour l'intubation des patients infectés par la COVID-19, le médecin qui assure cette garde peut se prévaloir des dispositions du paragraphe 4.01 de la *Lettre d'entente n° 352* (chef d'équipe en traumatologie) en plus de la rémunération des services qu'il rend dans le cadre de sa garde. La RAMQ sera informée des médecins qui pourront se prévaloir de ces dispositions. Ces dernières vous seront présentées dans une prochaine infolettre.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation de la *Lettre d'entente n° 352*, qui seront présentées dans une prochaine infolettre. De plus, le médecin doit indiquer l'élément de contexte approprié en lien avec la *Lettre d'entente n° 269*, soit :

- pour sa garde en disponibilité, ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***;
- pour les services rendus à distance, ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***;
- pour les services rendus sur place, en présence du patient, ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***.

Si le médecin se prévaut de l'acte d'intervention clinique pour l'intubation d'un patient durant sa garde, ce service n'est pas comptabilisé aux fins de la durée quotidienne maximale. Lors de la facturation, le médecin doit indiquer le nouvel élément de contexte ***Intervention clinique effectuée pour l'intubation d'un patient COVID positif durant sa garde*** en plus de l'élément de contexte ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***.

Le médecin qui se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 4.01 de la *Lettre d'entente n° 352* ne peut facturer de services dans un autre secteur d'activité durant la période visée ni se prévaloir de la rémunération d'une autre garde en disponibilité. De plus, un seul forfait par période de 24 heures est permis par établissement.

De façon à répondre aux demandes d'intubation de patients dans un court délai, soit un maximum de 20 minutes, le médecin de garde qui est sur place peut se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 4.01 de la *Lettre d'entente n° 352*.

9 Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 (par. 3.19)

Pendant la période d'urgence sanitaire annoncée par le gouvernement du Québec le 13 mars 2020, les activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 peuvent être effectuées à distance par téléphone, par visioconférence ou via une plateforme de communication collaborative, y compris les activités effectuées à l'extérieur de l'établissement pour lequel ces activités sont faites.

Le médecin qui effectue des activités de coordination liées à la COVID-19 en établissement et qui n'y détient pas de nomination doit, pour être désigné, s'adresser au chef de département de médecine générale ou au directeur des services professionnels de l'établissement, qui transmettra la liste des médecins visés au comité paritaire.

Toutefois, si le médecin est visé par les articles 3.19.5 ou 3.19.6 de la *Lettre d'entente n° 269*, la demande de désignation doit être transmise à l'établissement. Ensuite, l'établissement doit transmettre à la RAMQ un avis de service l'avisant de la nomination du médecin.

Lors de la facturation de services fournis par téléphone, par visioconférence ou via une plateforme de communication collaborative, le médecin rémunéré à l'acte, qu'il soit sur place ou à distance, doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***.

9.1 Département régional de médecine générale (par. 3.19.1 à 3.19.3)

Chef de département régional de médecine générale

En plus de la facturation de ses activités à titre de chef du département régional de médecine générale (DRMG), le médecin concerné doit facturer quotidiennement le forfait prévu au paragraphe 5.01 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale* pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 (code de facturation **19906**). Les forfaits doivent être facturés selon le jour où ces activités ont lieu à raison d'un maximum de 2 forfaits par heure d'activités réalisées. La banque annuelle de forfaits sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation du paragraphe 5.01 de ce protocole d'accord. Qu'il soit sur place ou à distance, pour ses activités liées à la COVID-19, il doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*** ainsi que le numéro du CISSS ou du CIUSSS. Comme le forfait doit être facturé quotidiennement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269*, la date de service doit correspondre à la date à laquelle l'activité a été effectuée.

Médecin coordonnateur

En plus de la facturation de ses activités à titre de médecin coordonnateur du DRMG, le médecin concerné doit facturer quotidiennement le forfait prévu au paragraphe 5.06 du protocole d'accord pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 (code de facturation **19103**). Les forfaits doivent être facturés selon le jour où ces activités ont lieu à raison d'un maximum de 2 forfaits par heure d'activités réalisées. La banque annuelle de forfaits sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation du paragraphe 5.06 de ce protocole d'accord. Qu'il soit sur place ou à distance, pour ses activités liées à la COVID-19, il doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*** ainsi que le numéro du CISSS ou du CIUSSS. Comme le forfait doit être facturé quotidiennement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269*, la date de service doit correspondre à la date à laquelle l'activité a été effectuée.

Médecin autre que les chefs rémunérés sur une base forfaitaire

Le médecin visé par le paragraphe 4.02, 4.03 ou 4.04 du protocole d'accord qui participe à des activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 peut facturer les activités prévues à ces articles. Le médecin doit préciser que les activités sont liées à la COVID-19 en utilisant le nouveau code d'activité prévu à cet effet. De plus, il ne doit pas être rémunéré pour la même période pour des activités médico-administratives hors établissement liées à la COVID-19. La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Le médecin doit utiliser le code d'activité **103324** COVID-19 et indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS.

9.2 CISSS, CIUSSS ou établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (par. 3.19.4)

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit obtenir l'approbation du comité paritaire pour l'utilisation de la banque d'heures aux fins de la rémunération des activités liées à la COVID-19.

Sous réserve de cette approbation, le médecin qui effectue des activités de coordination liées à la COVID-19 en établissement peut se prévaloir de la rémunération pour les activités cliniques décrites au paragraphe 4.02 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-cries-de-la-Baie-James*.

Le médecin doit préciser que les activités sont liées à la COVID-19 en utilisant les codes prévus à cet effet. De plus, il ne doit pas être rémunéré pour la même période pour des activités médico-administratives en établissement en lien avec la COVID-19. La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Le comité paritaire informe la RAMQ des médecins qui peuvent se prévaloir de ces modalités.

Selon la situation, le médecin doit utiliser le code d'activité :

- **049342** Participation à une réunion – COVID-19;
- **049343** Exécution d'un mandat – COVID-19.

Le médecin doit indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS.

9.3 Département clinique de médecine générale (par. 3.19.5)

Le chef de département clinique de médecine générale d'un CHSGS ou le médecin qui l'assiste doit facturer quotidiennement le forfait prévu au paragraphe 4.01 de l'*Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* (27) pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 (code de facturation **19064**).

Les forfaits doivent être facturés selon le jour où ces activités ont lieu à raison d'un maximum de 2 forfaits par heure d'activités réalisées. Les règles usuelles de partage des forfaits entre le chef et le médecin qui l'assiste ne s'appliquent pas aux activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19. La banque annuelle sera ajustée ultérieurement par les parties.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation du paragraphe 4.01 de cette entente particulière. Qu'il soit sur place ou à distance, pour ses activités liées à la COVID-19, il doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***. Comme le forfait doit être facturé quotidiennement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269*, la date de service doit correspondre à la date à laquelle l'activité a été effectuée.

9.4 Service d'urgence (par. 3.19.6 et 3.19.7)

Chef du service d'urgence ou médecin qui l'assiste

Le chef du service d'urgence d'un CHSGS ou le médecin qui l'assiste doit facturer quotidiennement les forfaits prévus à l'article 3.00 de l'*Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement* (50) pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 (code de facturation **19040**).

Les forfaits doivent être facturés selon le jour où ces activités ont lieu à raison d'un maximum de 2 forfaits par heure d'activités réalisées. Les règles usuelles de partage des forfaits entre le chef et le médecin qui l'assiste ne s'appliquent pas aux activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19. La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation de l'article 3.00 de cette entente particulière. Qu'il soit sur place ou à distance pour ses activités liées à la COVID-19, il doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***. Comme le forfait doit être facturé quotidiennement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269*, la date de service doit correspondre à la date à laquelle l'activité a été effectuée.

Médecin autre que le chef du service d'urgence

Le médecin autre que le chef du service d'urgence d'un CHSGS qui est visé par l'EP 50 – Activités médico-administratives (urgence établissement) doit se prévaloir quotidiennement de la rémunération décrite à l'article 4.00 de cette entente particulière pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 (codes de facturation **19883** à **19888**).

Les forfaits doivent être facturés selon le jour où ces activités ont lieu à raison d'un maximum de 2 forfaits par heure d'activités réalisées. Le médecin peut facturer les forfaits même si les réunions ne respectent pas l'ensemble des exigences. La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties.

Aucun avis de service n'est requis pour le médecin autre que le chef du service d'urgence.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation de l'article 4.00 de cette entente particulière. Qu'il soit sur place ou à distance, pour ses activités liées à la COVID-19, il doit indiquer l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***. Comme le forfait doit être facturé quotidiennement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269*, la date de service doit correspondre à la date à laquelle l'activité a été effectuée.

9.5 GMF ou GMF-R (par. 3.19.8)

Le médecin responsable d'un GMF ou d'un GMF-R, s'il n'est pas dans un tel cas médecin responsable d'un GMF, qui effectue des activités de coordination liées à la COVID-19 dans un GMF peut se prévaloir de la rémunération décrite au paragraphe 7.02 de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicable, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF)* (33) sans égard à la banque d'heures prévue au paragraphe II de l'annexe V (code d'activité **072101**).

Le médecin doit préciser que les activités sont liées à la COVID-19 en utilisant le secteur de dispensation **47**.

Le médecin responsable peut en plus se prévaloir du forfait hebdomadaire décrit au paragraphe V de l'annexe V de cette entente particulière (code de facturation **19017**).

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives au paragraphe V de l'annexe V de l'EP 33 – Groupe de médecine de famille (GMF) et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

9.6 Clinique désignée d'évaluation (par. 3.19.9)

Le médecin qui agit à titre de médecin leader clinique ou celui qui l'assiste qui effectue des activités de coordination liées à la COVID-19 dans une clinique désignée d'évaluation (CDE) désignée à la *Lettre d'entente n° 269* peut se prévaloir de la rémunération pour les activités cliniques décrites à l'article 5.02 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale*. Le médecin doit préciser que les activités sont liées à la COVID-19 en utilisant le nouveau code d'activité prévu à cet effet. De plus, le médecin ne doit pas être rémunéré pour la même période pour des activités médico-administratives hors établissement liées à la COVID-19.

Le médecin doit utiliser le code d'activité **103324** COVID-19 et indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS.

9.7 CHSLD non fusionné à un établissement (par. 3.19.10)

Pendant la période d'urgence sanitaire, lorsqu'il effectue des activités de coordination liées à la COVID-19, le médecin qui exerce dans un CHSLD non fusionné peut se prévaloir des activités prévues au paragraphe 2.2.6 E 7) du préambule général, soit les activités d'échanges interdisciplinaires ou avec les proches d'un patient (code de facturation **15621**). Les activités peuvent avoir été effectuées par téléphone ou par voie de communication.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation relatives à ces services et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19* et le numéro du CHSLD pour lequel les services sont rendus.

10 Garde en disponibilité (par. 3.20 et 3.21)

Comme précisé au paragraphe 3.20 de la *Lettre d'entente n° 269*, la nécessité d'effectuer une garde en disponibilité dans les lieux désignés à la *Lettre d'entente n° 269*, que ce soit un cabinet privé, un site non traditionnel de soins (SNT) ou tout autre milieu, est déterminée par le comité paritaire qui en informe la RAMQ.

Que l'installation soit adhérente ou non à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (38) (annexe I), le directeur des services professionnels, le chef de département régional de médecine générale ou, le cas échéant, le directeur général, doit acheminer à la RAMQ la liste des médecins assurant la garde. Cela fera office de nomination autorisant la facturation de la garde en disponibilité pour le milieu.

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle la garde en disponibilité est assurée, le nom du lieu où elle est assurée ainsi que le type de forfait (majoré, régulier ou réduit). Elle doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca. L'objet du courriel doit indiquer **LE 269 – Garde en disponibilité assurée pendant la COVID-19**.

Les médecins concernés peuvent se prévaloir des modalités prévues au paragraphe 5.02 de l'entente particulière. Plus d'un forfait peut être attribué au cours d'une période de 8 heures.

L'annexe II de la présente lettre d'entente précise les milieux désignés par le comité paritaire, la période couverte, le nombre de forfaits par quart de 8 heures ainsi que le type de forfait (majoré, régulier ou réduit).

De plus, conformément au paragraphe 3.21 de la *Lettre d'entente n° 269*, la rémunération d'une garde en disponibilité dans une ressource intermédiaire, une résidence pour personnes âgées ou un GMF qui ne sont pas déjà visés par une telle garde s'effectue selon les modalités de l'article 5.00 de l'EP 38 – Garde en disponibilité.

Les lieux visés par la garde en disponibilité et les médecins sont désignés par le comité paritaire. Cette désignation tient lieu de la nomination requise à l'article 5.0 de cette entente particulière. Par conséquent, aucun avis de service n'est requis.

La liste des lieux où de la garde en disponibilité pourra être effectuée sera accessible à la rubrique *Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord)*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ.

Une prochaine infolettre précisera les modalités de facturation ainsi que la date à laquelle la RAMQ sera prête à recevoir la facturation.
--

11 Retrait préventif (par. 3.22)

La médecin enceinte et le médecin avec une condition particulière travaillant en cabinet privé ou en établissement peuvent se prévaloir d'un retrait préventif. Dans ce cas, le médecin visé doit obtenir un avis de retrait préventif d'un médecin et présenter cet avis à son directeur des services professionnels de son établissement ou du DRMG ainsi qu'obtenir l'autorisation du comité paritaire. Le médecin sera alors réaffecté à d'autres tâches médicales ou à des tâches médico-administratives. S'il ne peut être réaffecté, le médecin doit demeurer en disponibilité à son domicile.

Le médecin en retrait préventif réaffecté est rémunéré et reçoit une compensation pour les journées pendant lesquelles il rend des services dans le cadre de son affectation. Si cette rémunération est inférieure à ce qu'il aurait gagné pendant sa pratique dans son ou ses secteurs d'activité, la différence lui sera versée. Aux fins du calcul de la différence, la période de référence est celle prévue au paragraphe 3.5 de la *Lettre d'entente n° 269*.

Le médecin qui ne peut être réaffecté, donc en congé de maladie ou en isolement, est rémunéré selon les modalités prévues aux paragraphes 3.3 à 3.12 de la *Lettre d'entente n° 269*.

Le médecin qui ne veut pas être réaffecté ne peut recevoir de compensation.

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui est réaffecté à des tâches médicales ou médico-administratives doit, selon la situation, utiliser l'un des emplois de temps suivants :

- **XXX344** Tâches médicales – Retrait préventif;
- **XXX345** Tâches médico-administratives – Retrait préventif.

Le médecin rémunéré à l'acte qui est réaffecté facture ses services selon les modalités de rémunération applicables à ce lieu de pratique. Le médecin doit inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- *Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19;*
- *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19.*

12 Soins préhospitaliers d'urgence (par. 3.23)

Les constats de décès effectués dans le cadre de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* (52) pour les régions de Montréal et de Laval peuvent être faits à distance avec l'autorisation du directeur médical régional. Ces constats de décès sont réputés avoir été effectués sur place (code d'activité **205160** Constat de décès).

Avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, un second médecin peut être de garde en disponibilité pour les constats de décès. Pour cette garde en disponibilité, il est rémunéré selon le paragraphe 4.05 de la section II de cette entente particulière, soit à la moitié du taux horaire applicable selon le mode de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes (code d'activité **205165** Garde en disponibilité – Constat décès). Les constats de décès sont réputés avoir été effectués sur place.

13 Soins intensifs à domicile en CLSC (par. 3.24)

Exceptionnellement, pendant la durée de la pandémie, les modalités de rémunération prévues aux articles 4.00 et 5.00 de la *Lettre d'entente n° 336* s'appliquent aux activités du médecin qui assure les services médicaux auprès de patients inscrits au soutien à domicile d'un CLSC et présentant les caractéristiques décrites aux paragraphes 1.01 et 1.04 de la *Lettre d'entente n° 336*, et ce, même si toutes les conditions prévues ne sont pas respectées (codes de facturation **42148** à **42151**).

Les conditions d'application de la présente disposition sont déterminées par le comité paritaire. Pour la création d'une nouvelle équipe, la demande doit être adressée au comité paritaire, qui par la suite en informe la RAMQ.

De plus, pour toute modification à une équipe médicale existante, le médecin responsable doit transmettre le formulaire *Modification d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) existante* (4445) à la RAMQ.

Le médecin doit se référer aux instructions de facturation de la *Lettre d'entente n° 336* et indiquer l'élément de contexte approprié en lien avec la *Lettre d'entente n° 269*, soit :

- *Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19;*
- *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19.*