

Modification des 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 (MSSS) et de votre fédération ont convenu de modifier la [Lettre d'entente n° 269](#).

Les modifications concernent principalement :

- la compensation pour les frais de cabinet;
- les horaires défavorables;
- les lieux désignés à la *Lettre d'entente n° 269*;
- la mesure particulière de compensation relative au congé de maladie dans le cadre de la COVID-19;
- les services rendus par voie de télécommunication;
- les activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19;
- la garde en disponibilité;
- le soutien aux soins préhospitaliers d'urgence;
- les soins intensifs à domicile en CLSC;
- le perfectionnement et la formation;
- le service d'urgence d'un établissement.

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

- c. c. Agences de facturation
Chefs de départements régionaux de médecine générale
Directeurs des services professionnels

Sommaire

| | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Compensation pour les frais de cabinet (par. 3.1 b) i)..... | 2 |
| 2 | Horaires défavorables (par. 3.1 b) ii)..... | 2 |
| 3 | Lieux désignés à la <i>Lettre d'entente n° 269</i> (par. 3.1 b)..... | 3 |
| 4 | Mesure particulière de compensation relative au congé de maladie dans le cadre de la COVID-19 (par. 3.5)..... | 7 |
| 5 | Services fournis par voie de télécommunication (par. 3.13)..... | 8 |
| 6 | Activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 (par. 3.19)..... | 9 |
| 7 | Garde en disponibilité (par. 3.20 et 3.21)..... | 14 |
| 8 | Soutien aux soins préhospitaliers d'urgence (par. 3.23)..... | 14 |
| 9 | Soins intensifs à domicile en CLSC (par. 3.24)..... | 15 |
| 10 | Perfectionnement et formation (par. 3.27)..... | 16 |
| 11 | Service d'urgence d'un établissement (par. 3.28)..... | 16 |
| 12 | Précisions sur la facturation des forfaits de la <i>Lettre d'entente n° 269</i> | 16 |

1 Compensation pour les frais de cabinet ([par. 3.1 b\) i\)](#))

Depuis le 6 juillet 2020, seul le médecin exerçant dans une clinique désignée d'évaluation (CDE) désignée à la *Lettre d'entente n° 269* et qui choisit d'être rémunéré selon le forfait horaire de cette lettre d'entente peut se prévaloir de la compensation pour les frais de cabinet (code de facturation **19681**) :

- s'il a une pratique habituelle en cabinet autre que la clinique désignée d'évaluation (CDE) et qu'il doit continuer d'en assumer les frais le jour où il exerce dans la CDE désignée;
- s'il a dû fermer son cabinet.

Le médecin affecté aux activités des autres milieux désignés, notamment dans une clinique désignée de dépistage (CDD), ne peut bénéficier de la compensation pour les frais de cabinet.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **6 juillet 2020**.

Si depuis le 6 juillet 2020 vous avez demandé une compensation pour les frais de cabinet ailleurs que dans une CDE (code de facturation **19681**), vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour modifier votre facturation.

Si vous exercez dans une CDE et que vous vous prévaluez de la compensation pour les frais de cabinet, vous devez utiliser l'élément de contexte *Service rendu en clinique d'évaluation (CDE)*.

Si depuis le 6 juillet 2020 vous avez exercé dans une CDE et que vous avez demandé une compensation pour les frais de cabinet, vous avez **120 jours** pour modifier votre facturation et ajouter cet élément de contexte.

Après ce délai, nous effectuerons une réévaluation de la compensation des frais de cabinet. Toutes les compensations pour les frais de cabinet facturées depuis le 6 juillet 2020 ailleurs que dans une CDE ou sans l'élément de contexte feront l'objet d'un refus de paiement.

2 Horaires défavorables ([par. 3.1 b\) ii\)](#))

Le sous-alinéa ii) est ajouté au paragraphe 3.1 b). Depuis le **6 juillet 2020**, le forfait de 4 heures au montant de 141,20 \$ en horaires défavorables, divisible en heures (35,30 \$), peut être facturé de 18 h à 24 h du lundi au dimanche et un jour férié dans un lieu désigné à la *Lettre d'entente n° 269* (code de facturation **19683**). Il n'est plus facturable de 0 h à 18 h le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Cette modification ne s'applique pas au médecin exerçant dans une unité de soins intensifs désignée. Il peut facturer le forfait en horaires défavorables selon les dispositions prévues au paragraphe 1.2 c) de la *Lettre d'entente n° 269*, soit du lundi au vendredi de 18 h à 24 h et en tout temps le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Le médecin exerçant dans une salle d'urgence désignée à la *Lettre d'entente n° 269* peut facturer le supplément en horaires défavorables prévu pour ce lieu durant la période où le forfait de 4 heures de cette lettre d'entente ne s'applique pas, soit de 8 h à 18 h le samedi, le dimanche et les jours fériés (code de facturation **19953**), et ce, même s'il facture le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269* pour les heures effectuées (code de facturation **19680**).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **6 juillet 2020**.

Si depuis le 6 juillet 2020 vous avez facturé le forfait en horaires défavorables (code de facturation **19683**) en dehors de la période de 18 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié, nous réévaluerons votre facturation, sauf si vous avez exercé dans une unité de soins intensifs. Aucune action n'est requise de votre part. Le forfait en horaires défavorables pourrait faire l'objet d'un refus de paiement.

Si depuis le 6 juillet 2020 vous avez exercé dans une salle d'urgence désignée à la *Lettre d'entente n° 269* de 8 h à 18 h le samedi, le dimanche ou un jour férié, vous pouvez :

- soit modifier votre facturation dans un délai de **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer le supplément en horaires défavorables (code de facturation **19953**) au lieu du forfait en horaires défavorables de la *Lettre d'entente n° 269* (code de facturation **19683**);
- soit attendre que nous procédions à la réévaluation pour modifier votre facturation.

3 Lieux désignés à la *Lettre d'entente n° 269* ([par. 3.1 b](#))

Le paragraphe 3.1 est remplacé. Le sous-paragraphe b) précise que les dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la *Lettre d'entente n° 269* s'appliquent au médecin affecté aux activités d'une unité consacrée aux soins de patients infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être dans :

- un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP);
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- un site non traditionnel de soins (SNT);
- un centre de réadaptation;
- une ressource intermédiaire (RI);
- une résidence pour personnes âgées (RPA) de niveau 3 ou 4;
- le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC;
- un GMF cabinet;
- un GMF établissement;
- un GMF-R.

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 notre site, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

3.1 CHSLD, RI, RPA de niveau 3 ou 4, salle d'urgence en CHSGS ou CLSC du réseau de garde intégré ([par. 3.1 c](#))

Vous pouvez vous prévaloir des dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la *Lettre d'entente n° 269* durant la période d'urgence sanitaire, que vous soyez **en présence ou non de patients COVID-19 ou suspectés l'être**, si vous exercez dans l'un des milieux désignés suivants faisant partie d'une région sociosanitaire reconnue à titre de région chaude :

- CHSLD,
- ressource intermédiaire (RI),
- résidence pour personnes âgées (RPA) de niveau 3 ou 4,

- salle d'urgence en CHSGS,
- salle d'urgence en CLSC du réseau de garde intégré.

Les régions sociosanitaires reconnues comme zones chaudes sont les suivantes :

- Montréal (06);
- Laval (13);
- Lanaudière (14);
- Montérégie (16).

Toutefois, vous devez être **en présence d'un patient COVID-19 ou suspecté l'être** pour vous prévaloir des dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la *Lettre d'entente n° 269* si vous exercez :

- dans un autre milieu désigné par le comité paritaire au sein d'une région sociosanitaire reconnue à titre de zone chaude;
- dans l'ensemble des milieux désignés par le comité paritaire des autres régions.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour modifier votre facturation et facturer le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269* rétroactivement au **28 février 2020**.

Le médecin rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou selon le mode de rémunération mixte doit faire une demande de révision avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation](#) (1549) pour annuler les heures déjà facturées à tarif horaire, à honoraires fixes ou selon le mode mixte en même temps que le forfait horaire.

Après ce délai, nous effectuerons une révision de l'ensemble de la facturation pour les heures où le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269* aura été facturé.

3.1.1 Formulaire du niveau d'intervention médicale ([par. 3.26](#))

Pendant la période d'urgence sanitaire, si vous remplissez le formulaire du niveau d'intervention médicale alors que vous exercez dans une RPA ou une RI désignée, vous pouvez facturer l'acte relatif à la rédaction de ce formulaire dont la définition paraît au paragraphe 2.2.6 E 4) (code de facturation **15618**).

Vous devez vous référer au paragraphe 2.2.6 E 4) du préambule général et indiquer le code de facturation **15618**.

Que vous soyez ou non en présence du patient, vous devez utiliser l'élément de contexte ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

3.2 Programme de soutien à domicile en CLSC ([par. 3.1 b\) iv\)](#))

Le sous-alinéa iv) est ajouté au paragraphe 3.1 b). Il précise que, si vous êtes affecté aux activités d'une unité consacrée aux soins de patients infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC, vous pouvez choisir d'être rémunéré, sur une base quotidienne, selon le forfait horaire spécifique à la pandémie pour les services rendus à domicile auprès du patient (code de facturation **19680**).

À la fin de la journée, vous devez déterminer le nombre d'heures complètes que vous avez effectuées dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269* en additionnant le temps consacré aux activités effectuées lors de la visite à domicile auprès d'un patient infecté par la COVID-19 ou suspecté l'être. Le forfait spécifique à la pandémie est facturable sur une base horaire.

Par exemple, si vous effectuez 4 visites de 30 minutes auprès de patients COVID-19 au cours d'une journée, vous pouvez facturer 2 heures de forfait spécifique à la pandémie pour cette journée.

Pour vos autres activités effectuées dans le cadre du programme de soutien à domicile, vous devez facturer selon votre mode de rémunération habituel.

Pour facturer les services liés à la COVID-19, vous devez

- cumuler le temps où vous avez rendu des services auprès de patients COVID-19 lors de la visite à domicile au cours de cette journée;
- facturer le forfait (code de facturation **19680**) sur une base horaire en indiquant l'heure de début, puis une heure de fin fictive. La durée doit correspondre au cumul de vos heures effectuées auprès de vos patients COVID-19;
- utiliser l'élément de contexte *Service rendu dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC (LE 269)*.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

3.2.1 Formulaire du niveau d'intervention médicale ([par. 3.26](#))

Pendant la période d'urgence sanitaire, si vous remplissez le formulaire du niveau d'intervention médicale alors que vous exercez dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC, vous pouvez facturer l'acte relatif à la rédaction de ce formulaire dont la définition paraît au paragraphe 2.2.6 E 4) (code de facturation **15618**).

Vous devez vous référer au paragraphe 2.2.6 E 4) du préambule général et indiquer le code de facturation **15618**.

Que vous soyez ou non en présence du patient, vous devez utiliser l'élément de contexte *Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19*.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

3.3 Sans rendez-vous populationnel d'un GMF-R, d'un GMF-U, d'un GMF cabinet ou d'un GMF établissement

Si vous êtes affecté au sans rendez-vous populationnel d'un GMF-R, d'un GMF-U, d'un GMF cabinet ou d'un GMF établissement désigné par les parties, vous pouvez opter quotidiennement d'être rémunéré selon le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269* pour les patients rencontrés au sans rendez-vous, qu'ils soient inscrits ou non auprès d'un médecin du GMF et qu'ils soient ou non infectés par la COVID-19 ou suspectés l'être (code de facturation **19680**).

Le forfait est limité sur une base horaire à un seul médecin. Les autres modalités de rémunération de la *Lettre d'entente n° 269* ne s'appliquent pas.

Le montant du forfait horaire varie en fonction de votre mode de rémunération et du site où vous exercez.

Lors de la facturation du forfait horaire, si vous êtes rémunéré à l'acte, selon le mode de rémunération mixte ou selon une combinaison du mode mixte et des honoraires fixes, vous devez utiliser l'élément de contexte ***Service rendu en sans rendez-vous populationnel (LE 269)***.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

3.3.1 Sans rendez-vous populationnel d'un GMF-R, d'un GMF-U ou d'un GMF cabinet

Si vous exercez en GMF-R, en GMF-U ou en GMF cabinet, le montant du forfait horaire spécifique à la pandémie est de **186,15 \$** (code de facturation **19680**).

Vous ne pouvez pas bénéficier de la compensation horaire pour les frais de cabinet prévue à la *Lettre d'entente n° 269*. Toutefois, vous pouvez facturer les frais de cabinet selon les dispositions de l'article 14.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) (codes de facturation **19928** et **19929**).

3.3.2 Sans rendez-vous populationnel d'un GMF-U ou d'un GMF établissement

Médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte

Si vous êtes rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte et que vous exercez en GMF établissement, le montant du forfait horaire spécifique à la pandémie est de **143 \$** (code de facturation **42183**).

Lorsque vous facturez ce forfait, vous ne pouvez facturer les suppléments à l'acte de l'annexe XXIII. Le forfait couvre tous les services que vous rendez.

Médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte

Si vous êtes rémunéré selon le mode de rémunération à honoraires fixes combiné au mode de rémunération mixte, le montant du forfait spécifique à la pandémie est de **37,80 \$** (code de facturation **42184**).

Vous devez facturer la partie de votre rémunération en honoraires fixes en plus du forfait spécifique à la pandémie. Vous ne pouvez facturer les suppléments à l'acte de l'annexe XXIII. La rémunération à honoraires fixes combinée au forfait spécifique à la pandémie couvre tous les services que vous rendez.

Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes

Si vous êtes rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et que vous êtes affecté au sans rendez-vous populationnel d'un GMF établissement, vous ne pouvez opter pour le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269*. Vous devez maintenir votre mode de rémunération habituel.

3.3.3 Désignation

Le GMF-R, le GMF-U, le GMF cabinet ou le GMF établissement doit être désigné pour que vous puissiez opter pour le forfait horaire spécifique à la pandémie. Pour ce faire, il doit :

- maintenir son offre de service habituelle;
- avoir adhéré à Rendez-vous santé Québec (RVSQ) et offrir minimalement 4 plages de sans rendez-vous par heure;
- accepter la clientèle en provenance des centres d'appels COVID et GACO ainsi que celle en provenance des services d'urgence;
- avoir souscrit auprès du DRMG de son territoire un engagement de respecter les conditions de désignation ci-dessus.

Les GMF-R devraient déjà respecter les conditions ci-dessus. Le comité paritaire gèrera donc le processus de désignation sans qu'ils aient de démarche particulière à faire. Pour les autres milieux, une demande de désignation doit être transmise au comité paritaire.

3.4 Unité de soins intensifs ou coronariens ([par. 3.18-A](#))

Si vous êtes visé par 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) et que vous exercez dans une unité de soins intensifs ou coronariens désignée à la *Lettre d'entente n° 269*, lorsque vous optez pour le forfait horaire de cette lettre d'entente (code de facturation **19680**), vous pouvez bénéficier de 2 primes de responsabilité prévues à l'alinéa a) du paragraphe 4.01 de l'annexe XXII qui s'ajoutent à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles.

Pour bénéficier de cette disposition, vous n'avez qu'à facturer le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269* avec un numéro d'établissement se terminant par le chiffre **6**. Vous n'avez pas de facturation additionnelle à faire. Nous effectuerons les calculs sur une base trimestrielle. Comme les calculs ne sont pas automatisés, le premier paiement ne se fera pas avant l'automne 2020.

Vous serez avisé dans une prochaine infolettre du moment où la prime sera versée.

4 Mesure particulière de compensation relative au congé de maladie dans le cadre de la COVID-19 ([par. 3.5](#))

Un nouvel alinéa est ajouté au paragraphe 3.5. Si vous avez un historique de rémunération de 4 semaines ou moins ou aucune rémunération au cours de la période de référence, la compensation relative au congé de maladie dans le cadre de la COVID-19 est calculée sur la base des premières données de facturation temporaires complètes pouvant inclure la période de référence. Toutefois, ces données de facturation ne peuvent excéder une période de 12 mois.

Si vous souhaitez bénéficier de cette mesure, vous devez transmettre votre demande au comité paritaire. Pour plus de détails, consultez l'[infolettre 354](#) du 18 mars 2020.

5 Services fournis par voie de télécommunication ([par. 3.13](#))

Le paragraphe 3.13 est remplacé pour préciser que les services liés à la COVID-19 peuvent être fournis par voie de télécommunication. On entend par « voie de télécommunication » les communications effectuées par voie téléphonique, par visioconférence ou par télémédecine. Les modalités d'utilisation de ces différentes plateformes sont définies par le MSSS.

Les services fournis par voie de télécommunication peuvent être rendus à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin situé au Québec.

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

5.1 Médecin qui exerce dans un programme de soutien à domicile en CLSC ([par. 3.13.10](#))

5.1.1 Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte

Si vous êtes rémunéré selon le mode de rémunération mixte dans le cadre du programme de soutien à domicile d'un CLSC incluant les soins palliatifs (section B-3 de l'Annexe I à l'Annexe XXIII) et que vous échangez par voie de télécommunication avec un patient non complexe ou complexe suivi à domicile dans le cadre de ce programme, vous pouvez facturer la visite de suivi exigeant un examen (code de facturation **15900**, **15901**, **15905**, **15906** ou **15907**) même si vous n'êtes pas en mesure d'effectuer l'examen requis à l'évaluation du patient. Pour cela, le service rendu doit respecter les exigences de la visite de suivi applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement (par. 2.2.6 A du préambule général).

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

Vous devez vous référer aux instructions de facturation relatives au programme de soutien à domicile en CLSC et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19* avec l'un ou l'autre des éléments de contexte suivants, selon la situation :

- *Téléconsultation par voie téléphonique,*
- *Téléconsultation par visioconférence.*

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **16 mars 2020**.

5.1.2 Médecin rémunéré à l'acte

Si vous êtes rémunéré à l'acte dans le cadre du programme de soutien à domicile d'un CLSC et que vous échangez par voie de télécommunication avec un patient en perte sévère d'autonomie suivi à domicile dans le cadre de ce programme, vous pouvez vous prévaloir de la visite à domicile d'un patient en perte d'autonomie (codes de facturation **15781**, **15782**, **15783** et **15784**) même si vous n'êtes pas en mesure d'effectuer l'examen requis à l'évaluation du patient. Pour cela, le service rendu doit respecter les exigences de la visite de suivi applicables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement (par. 2.2.6 A du préambule général).

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

Vous devez vous référer aux instructions de facturation relatives au programme de soutien à domicile en CLSC et indiquer l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19* avec l'un ou l'autre des éléments de contexte suivants, selon la situation :

- *Téléconsultation par voie téléphonique,*
- *Téléconsultation par visioconférence.*

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **16 mars 2020**.

6 Activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 ([par. 3.19](#))

6.1 Département régional de médecine générale ([par. 3.19.3](#))

Un alinéa est ajouté sous le second alinéa.

Le chef de département régional de médecine générale ou le directeur général, le cas échéant, doit acheminer à la RAMQ la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et qui effectuent des activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 en établissement. La liste tient lieu de nomination autorisant la rémunération des médecins visés selon les dispositions prévues aux paragraphes 4.02, 4.03 et 4.04 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale*.

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle les activités de coordination ou d'organisation sont effectuées, leur mode de rémunération (tarif horaire ou honoraires fixes), le nombre d'heures par semaine ainsi que le nom de l'établissement où les activités sont effectuées. La liste doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca. L'objet du courriel doit indiquer *LE 269 – Activités de coordination et d'organisation liées à la COVID-19 – DRMG*.

6.2 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](#))

Un alinéa est ajouté sous le second alinéa.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit acheminer à la RAMQ la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et qui effectuent des activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 en établissement. La liste tient lieu de nomination autorisant la rémunération des médecins visés selon les dispositions prévues 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*.

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle les activités de coordination ou d'organisation sont effectuées, leur mode de rémunération (tarif horaire ou honoraires fixes), le nombre d'heures par semaine ainsi que le nom de l'établissement où les activités sont effectuées. La liste doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

L'objet du courriel doit indiquer *LE 269 – Activités de coordination et d'organisation liées à la COVID-19 – CISSS/CIUSSS/Nord*.

Cette modification ne dispense pas l'établissement d'obtenir l'approbation préalable du comité paritaire pour l'utilisation de la banque d'heures aux fins de la rémunération des activités liées à la COVID-19.

6.3 Département clinique de médecine générale ([par. 3.19.5](#))

Un alinéa est ajouté sous le second alinéa.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit acheminer à la RAMQ la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et qui effectuent des activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 en établissement. La liste tient lieu de nomination autorisant la rémunération des médecins visés selon les dispositions prévues au paragraphe 4.01 de l'*Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef de département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* (27).

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle les activités de coordination ou d'organisation sont effectuées ainsi que le nom de l'établissement où elles sont effectuées. La liste doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca. L'objet du courriel doit indiquer *LE 269 – Activités de coordination et d'organisation liées à la COVID-19 – Chef de département*.

6.4 Direction clinique des services préhospitaliers d'urgence, autres que les régions de Montréal et de Laval ([par. 3.19.11](#))

Le médecin qui agit à titre de directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou le médecin qui l'assiste peut se prévaloir de la rémunération prévue aux articles 3.00 et 4.00 de la section I de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* (52) pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit acheminer à la RAMQ la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination. La liste tient lieu de nomination autorisant la rémunération des médecins visés selon les dispositions prévues aux articles 3.00 et 4.00 de la section I de l'EP 52 – Services préhospitaliers d'urgence.

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle les activités de coordination ou d'organisation sont effectuées, leur mode de rémunération (tarif horaire ou honoraires fixes), le nombre d'heures par semaine ainsi que le nom de l'établissement où les activités sont effectuées. La liste doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca. L'objet du courriel doit indiquer *LE 269 – Activités de coordination et d'organisation liées à la COVID-19 – Services préhospitaliers d'urgence*.

Le médecin doit préciser que les activités sont liées à la COVID-19 en utilisant les codes prévus à cet effet. La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Selon la situation, vous devez utiliser le code d'activité :
– **225355** Directeur médical régional COVID-19 – Réunion;
– **225358** Directeur médical régional COVID-19 – Exécution d'un mandat.

6.5 Médecin répondant (3.19.12)

Le médecin qui agit à titre de médecin répondant ou celui qui l'assiste peut se prévaloir du forfait de garde en disponibilité au tarif régulier prévu au paragraphe 3.01 de l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (38) pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 (codes de facturation **42185** et **42186**).

Le comité paritaire informe la RAMQ des médecins qui peuvent se prévaloir de ces modalités et du lieu où ils exercent. Cette désignation tient lieu de la nomination requise en vertu du paragraphe 5.01 de l'EP 38 – Garde en disponibilité.

Le forfait de garde rémunère un quart de garde de 8 heures. Si le médecin répondant effectue une garde de moins de 8 heures, le forfait est divisible en heures au prorata du temps de garde effectué.

Vous devez vous référer aux instructions de facturation du paragraphe 3.01 de l'EP 38 – Garde en disponibilité.

Que vous soyez sur place ou à distance lorsque vous effectuez des activités liées à la COVID-19, vous devez utiliser l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h, vous devez inscrire :

- le code de facturation **42185** pour le forfait régulier;
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

La fin de semaine, du samedi 0 h au dimanche 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h, vous devez inscrire :

- le code de facturation **42186** pour le forfait régulier;
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

En plus du forfait de garde, pour chaque consultation téléphonique effectuée auprès d'un médecin omnipraticien ou spécialiste réaffecté, le médecin répondant peut se prévaloir de la rémunération prévue pour l'acte de communication avec un médecin spécialiste applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement (codes de facturation **15841**, **15842** et **15843**), peu importe le lieu où il se trouve. Il peut facturer l'acte de communication avec un médecin spécialiste sans égard au nombre de patients inscrits et au maximum de forfaits par trimestre pour chaque communication téléphonique faite avec un médecin réaffecté. Cette rémunération s'ajoute au forfait de garde en disponibilité.

Vous devez indiquer le numéro du professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) avec qui la communication a été effectuée ou son prénom, son nom et sa profession.

Que vous soyez sur place ou à distance pour vos activités liées à la COVID-19, vous devez utiliser l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, vous devez utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- ***Téléconsultation par voie téléphonique,***
- ***Téléconsultation par visioconférence.***

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

6.6 Coordonnateur local des effectifs médicaux ([par. 3.19.13](#))

À la demande du Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM), mis en place par le MSSS, le médecin qui agit à titre de médecin coordonnateur local à la réaffectation des effectifs médicaux peut se prévaloir de la rémunération pour les activités cliniques prévue 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 CNREM doit transmettre au comité paritaire la liste des médecins autorisés à agir dans cette fonction. Ensuite, le comité paritaire en informe la RAMQ.

Le médecin doit préciser que les activités sont liées à la COVID-19 en utilisant les codes prévus à cet effet. La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Selon la situation, vous devez utiliser le code d'activité :

- **049359** Coordonnateur local d'effectifs médicaux COVID-19 – Réunion;
- **049360** Coordonnateur local d'effectifs médicaux COVID-19 – Exécution d'un mandat.

Vous devez indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS.

6.7 Services rendus dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ) ([par. 3.19.14](#))

Le médecin qui agit à titre de médecin responsable de l'intervention téléphonique dans le cadre de l'ÉVAQ durant la période d'urgence sanitaire peut se prévaloir de la rémunération décrite au paragraphe 4.1 de la *Lettre d'entente n° 188* pour les activités professionnelles décrites au paragraphe 3.1 de cette lettre d'entente, et ce, sans égard au maximum d'heures.

La banque d'heures sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Vous devez utiliser le code d'activité **016354** Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes (COVID-19).

6.8 Activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux ([par. 3.19.15](#))

Le médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 5.01 du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux* pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19.

Toutefois, pendant la période d'urgence sanitaire, malgré le maximum indiqué au paragraphe 5.01 du protocole d'accord, le médecin peut facturer quotidiennement les forfaits à raison d'un maximum de 2 forfaits par heure d'activités. La facturation est spécifique à chaque journée.

La banque de forfaits annuelle prévue à l'annexe I du protocole d'accord sera ajustée ultérieurement par les parties négociantes.

Le MSSS transmettra à la RAMQ la liste des médecins pouvant se prévaloir de ces modalités.

Vous devez vous référer aux instructions de facturation du paragraphe 5.01 de ce protocole d'accord.

Que vous soyez sur place ou à distance pour vos activités liées à la COVID-19, vous devez utiliser 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.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

6.9 Établissement non fusionné ([par. 3.19.16](#))

Le médecin qui exerce dans un établissement non fusionné énuméré à l'article 8 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, ch. O-7.2), durant la période d'urgence sanitaire, peut se prévaloir de la rémunération pour les activités cliniques prévue 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* pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit acheminer à la RAMQ la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et qui effectuent des activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19 dans l'un des établissements mentionnés. La liste tient lieu de nomination autorisant la rémunération des médecins visés.

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle les activités de coordination ou d'organisation sont effectuées, leur mode de rémunération (tarif horaire ou honoraires fixes), le nombre d'heures par semaine ainsi que le nom de l'établissement où les activités sont effectuées. La liste doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca. L'objet du courriel doit indiquer *LE 269 – Activités de coordination et d'organisation liées à la COVID-19 – CISSS/CIUSSS/Nord*.

Selon la situation, vous devez utiliser le code d'activité :

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

Vous devez indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS.

7 Garde en disponibilité ([par. 3.20 et 3.21](#))

Le paragraphe 3.20 est modifié. Le comité paritaire détermine la nécessité d'effectuer de la garde en disponibilité dans les établissements non fusionnés. De plus, il informe la RAMQ et les établissements de la date à partir de laquelle la garde est assurée, de l'horaire de garde ainsi que du type de forfait (régulier, majoré ou réduit) et du nombre de forfaits attribués aux lieux désignés.

Le comité paritaire doit préciser à la RAMQ les lieux désignés où les périodes de garde sont différentes de celles prévues à l'EP 38 – Garde en disponibilité.

Que l'installation soit adhérente ou non à l'EP 38 – Garde en disponibilité (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 fait 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 ainsi que le nom du lieu où la garde est assurée. 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*.

Le paragraphe 3.21 est modifié. Le comité paritaire désigne les lieux visés par la garde en disponibilité et les médecins de même que la période de garde, le type de forfait applicable (régulier, majoré ou réduit) et le nombre de forfaits de chaque période couverte.

La [liste des lieux où de la garde en disponibilité peut être effectuée](#) est accessible sous *Lettre d'entente n° 269* 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 notre site.

8 Soutien aux soins préhospitaliers d'urgence ([par. 3.23](#))

Deux sous-paragraphe sont ajoutés.

8.1 Acte d'évaluation du décès à distance ([par. 3.23.2](#))

Pendant la période d'urgence sanitaire, si vous exercez dans une salle d'urgence en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde, que celle-ci soit désignée ou non à la *Lettre d'entente n° 269*, vous pouvez facturer l'acte d'évaluation du décès à distance (par. 2.4.1 du préambule général) (code de facturation **15264**).

Vous devez vous référer au paragraphe 2.4.1 du préambule général.

Vous devez indiquer :

- le code de facturation **15264**;
- l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, vous devez utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- ***Téléconsultation par voie téléphonique***;
- ***Téléconsultation par visioconférence***.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

8.2 Support médical à distance ([par. 3.23.3](#))

Pendant la période d'urgence sanitaire, vous pouvez vous prévaloir de l'acte de support médical à distance des services préhospitaliers d'urgence (par. 2.2.6 C du préambule général) (code de facturation **15259**) lorsque vous exercez dans un **service d'urgence désigné** par le MSSS faisant partie de l'une des régions sociosanitaires suivantes :

- Capitale-Nationale (03);
- Mauricie et Centre-du-Québec (04);
- Estrie (05);
- Outaouais (07);
- Lanaudière (14);
- Montérégie (16).

Vous devez vous référer au paragraphe 2.2.6 C 7) du préambule général.

Vous devez indiquer :

- le code de facturation **15259**;
- l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, vous devez utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- ***Téléconsultation par voie téléphonique***;
- ***Téléconsultation par visioconférence***.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

9 Soins intensifs à domicile en CLSC ([par. 3.24](#))

Pendant la période d'urgence sanitaire, si vous êtes rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pour vos activités effectuées dans le cadre du programme de soutien à domicile et que, de façon complémentaire, vous participez à l'équipe SIAD, vous pouvez facturer les forfaits et le supplément prévus aux paragraphes 4.01 et 4.02 de la *Lettre d'entente n° 336*.

Pour vous prévoir des dispositions de la *Lettre d'entente n° 336*, vous devez transmettre une demande au comité paritaire, qui par la suite nous en informe.

Vous devez vous référer aux instructions de facturation de la *Lettre d'entente n° 336* et utiliser 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.*

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*, vous devez utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- *Téléconsultation par voie téléphonique;*
- *Téléconsultation par visioconférence.*

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer vos services rétroactivement au **28 février 2020**.

10 Perfectionnement et formation ([par. 3.27](#))

Pour l'année 2020 et sans que le médecin en fasse la demande, les jours de perfectionnement non utilisés prévus à l'article 5.00 de l'Annexe VI de l'entente générale et ceux de formation prévus à l'article 3.00 de l'Annexe XIX de l'entente générale sont reportés à l'année 2021. Ces journées s'ajoutent à celles de l'année 2021 et peuvent être utilisées selon les modalités spécifiques aux 2 annexes.

11 Service d'urgence d'un établissement ([par. 3.28](#))

Le service d'urgence d'un établissement non adhérent à l'*Entente particulière relative à la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* (43) qui a adhéré au régime B durant la pandémie peut se retirer après une adhésion de moins d'un an, et ce, malgré ce qui est indiqué au paragraphe 8.07 de cette entente particulière.

Toutefois, le retrait ne peut s'effectuer avant la fin de la période d'urgence sanitaire.

Cette disposition se limite aux milieux qui ne sont pas déjà adhérents à l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements.

12 Précisions sur la facturation des forfaits de la *Lettre d'entente n° 269*

Les forfaits horaires de la *Lettre d'entente n° 269* (codes de facturation **19680**, **19681** et **19683**) doivent être facturés lorsque vous êtes sur place dans un lieu désigné à l'annexe I de cette lettre d'entente. Comme ils ne peuvent être facturés lorsque vous êtes à distance, l'élément de contexte *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19* ne peut être utilisé avec ces forfaits. Dans une clinique désignée d'évaluation, si vous communiquez avec certains patients à distance pendant que vous êtes sur place au sein de la clinique, le service que vous rendez demeure un service rendu sur place. Par conséquent, aucun élément de contexte n'est requis.

À compter du **12 août 2020**, les forfaits de la *Lettre d'entente n° 269* facturés avec cet élément de contexte seront refusés avec le message explicatif *Le code de facturation est incohérent avec l'élément de contexte*. Pour les forfaits facturés avec une date de service antérieure au 12 août 2020, si vous étiez à distance au moment où vous avez facturé le forfait de la *Lettre d'entente n° 269*, vous devez modifier votre facturation pour facturer les services admissibles à distance, s'il y a lieu, à la place du forfait de cette lettre d'entente. Vous avez **60 jours** à compter de la présente infolettre pour modifier votre facturation, sans quoi le paiement des forfaits sera refusé à l'expiration de ce délai.

Depuis le 16 juillet 2020, pour l'ensemble de la facturation reçue depuis le 28 février 2020, vous pouvez constater des refus de paiement si vous avez facturé l'un des codes ci-dessus dans un établissement non désigné à l'annexe I de la *Lettre d'entente n° 269*. Ces refus paraissent avec le message explicatif *Conformément à la Lettre d'entente n° 269, le service ne peut vous être payé puisque le lieu de dispensation est non désigné.*