

> Médecins spécialistes

Modalités de rémunération relatives aux services rendus dans le cadre de la COVID-19 et de la reprise graduelle des activités médicales

Lettre d'entente n° 241

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de votre fédération ont convenu de la [Lettre d'entente n° 241](#) relative aux modalités particulières applicables dans le contexte de la pandémie causée par la COVID-19.

SOMMAIRE

1 Mesures de maintien	2
2 Services rendus dans un lieu de pratique inhabituel.....	4
3 Médecin réaffecté.....	5
4 Maintien des activités médicales spécialisées dans les secteurs affectés par une baisse significative du volume d'activité en centre hospitalier et dans les centres médicaux spécialisés.....	6
5 Médecin dont les activités sont annulées	8
6 Forfait spécifique à la pandémie en cas de non-réaffectation.....	8
7 Médecin infecté par la COVID-19	9
8 Médecin en quarantaine pour la protection d'autrui	10
9 Médecin enceinte	11
10 Visites en lien avec la COVID-19	12
11 Activités médico-administratives et activités d'enseignement.....	13
12 Webinaires FMSQ, développement professionnel et maintien des compétences.....	15
13 Garde en support	15
14 Services médicaux rendus par voie de télécommunication	15
15 Services de laboratoire en établissement (Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606)).....	17
16 Protection de la responsabilité professionnelle	17
17 Frais de cabinet	17

Les dispositions de la *Lettre d'entente n° 241* entrent en vigueur le **7 décembre 2020** et prennent fin le **31 janvier 2021**.

Nous serons prêts à recevoir votre facturation à compter du **7 décembre 2020**.

Pour plus de détails sur les modalités de la *Lettre d'entente n° 241*, consultez la page www.ramq.gouv.qc.ca/covid.

Pour toute question concernant cette lettre d'entente, nous vous invitons à nous soumettre une [demande de renseignements par courriel](#). Nous nous engageons à y répondre dans les meilleurs délais.

Courriel, site Web et fils RSS

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

Téléphone

Québec 418 780-4208
Montréal 514 687-3612
Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

1 Mesures de maintien

La mesure de maintien est une des principales modalités introduites par la *Lettre d'entente n° 241*. Elle se subdivise en 3 selon le contexte de pratique :

- Mesure dans les lieux de pratique inhabituels (article 2);
- Mesure pour réaffectation (article 3);
- Mesure de maintien pour les secteurs affectés par une baisse significative du volume d'activité en centre hospitalier et en centre médical spécialisé (CMS) (article 4).

Ces mesures permettent un ajustement de votre rémunération pour qu'elle atteigne un équivalent horaire moyen de **211 \$**. Elles s'appliquent pour l'ensemble des heures admissibles travaillées et complétées, sauf pour la dernière heure, qui sera calculée au prorata par période de 15 minutes complétées.

Une mesure s'applique pour un minimum de 60 minutes continues et un maximum de 10 heures par jour, à l'exception de la mesure pour réaffectation, dont le maximum est de 12 heures par jour. Aux fins de l'application de la mesure, une journée est définie comme une journée de calendrier.

Lorsque vous facturez plus d'une mesure au cours d'une même journée et qu'une d'elle est la mesure pour réaffectation, le maximum est de 12 heures. De plus, le minimum de 60 minutes continues ainsi que le prorata par période de 15 minutes pour la dernière heure s'appliquent une seule fois par jour. Une seule mesure peut être facturée pour une même période.

Vous avez droit à un supplément de 20 % par heure travaillée et complétée entre 20 h et 8 h lorsque vous recevez un montant lié à la mesure dans les lieux de pratique inhabituels ou à la mesure pour réaffectation pour une journée. Sur désignation par les parties négociantes, ce supplément peut également être accordé pour la mesure de maintien pour les secteurs affectés par une baisse significative du volume d'activité en centre hospitalier et en centre médical spécialisé (CMS), dans certaines installations et pour certaines spécialités.

Le montant de la mesure de maintien et celui du supplément de 20 % ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19.

1.1 Facturation d'une mesure

Lorsque vous estimez avoir droit à une des mesures de maintien, vous devez utiliser le code de facturation de la mesure correspondant en une ou plusieurs périodes et indiquer l'heure de début et l'heure de fin pour chacune des périodes. S'il y a lieu, vous devez également utiliser le code de facturation du supplément associé à la mesure, par heure travaillée et complétée entre 20 h et 8 h.

Pour vous prévaloir des mesures de maintien, vous pouvez choisir l'une ou l'autre des options suivantes :

- nous laisser calculer le montant de la mesure auquel vous avez droit à partir du mois de février 2021. Dans ce cas, vous devez indiquer 0 unité dans le champ *Valeur de mesure*. Dans l'attente de notre calcul, le montant payé sera égal à 0 \$. D'ici à ce que le montant soit calculé, les suppléments facturés seront refusés. Ils vous seront payés, sans action de votre part, lorsque nous aurons procédé au calcul et déterminé votre admissibilité à la mesure;
- calculer vous-même le montant auquel vous avez droit. Dans ce cas, vous devez indiquer le nombre d'unités monétaires dans le champ *Valeur de mesure*. Le montant payé correspondra à la valeur indiquée.

Important

Dans les deux cas, nous réévaluerons le montant payé à 0 \$ ou celui que vous avez calculé à partir du mois de février 2021. Nous déterminerons le montant auquel vous avez droit pour la ou les mesures facturées au cours d'une journée selon votre facturation.

Si vous avez choisi de calculer vous-même le montant de la mesure et que celui-ci a été sous-évalué ou surévalué, un remboursement ou une récupération pourrait avoir lieu, selon le cas.

1.2 Modalités et calcul du montant de la mesure

Vous trouverez à l'[annexe de la Lettre d'entente n° 241](#) les modalités d'application des mesures de maintien. Cette annexe prévoit notamment les différentes dispositions à considérer dans le calcul pour atteindre le seuil visé par ces mesures. Elle prévoit également les dispositions qui ne peuvent être facturées au cours de la période où vous vous prévaliez d'une mesure ou au cours de la même journée.

De plus, si vous êtes de garde, vous ne pouvez pas vous prévaloir des mesures de maintien pendant l'horaire de garde ni pour les activités effectuées dans le cadre de cette garde. Aux fins de la présente lettre d'entente, l'horaire de garde est le suivant :

- en semaine de 17 h à 7 h;
- la fin de semaine et un jour férié de 7 h à 7 h.

1.2.1 Calcul de la mesure

Voici les instructions pour calculer vous-même le montant de la mesure lorsque vous y êtes admissible.

Lorsqu'il y a **une seule période de temps travaillée de façon consécutive** au cours d'une journée (un seul code de facturation de mesure sera utilisé), vous devez :

1. Déterminer la durée de la période et multiplier le nombre d'heures par 211 \$ en tenant compte du prorata des 15 minutes complétées pour la dernière heure. La durée de la période à comptabiliser ne doit pas excéder 10 ou 12 heures, selon le cas;
2. Faire la somme des montants payés pour les services rendus la même journée que la mesure et qui y sont inclus, sauf les montants des services rendus pendant l'horaire de garde au sens de la *Lettre d'entente n° 241* lorsque vous êtes de garde;
3. Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte des annexes 38 ou 40, faire la somme des *per diem* ou des montants forfaitaires facturés et pour lesquels vous avez obtenu paiement;
4. Soustraire les montants obtenus aux étapes 2 et 3 du montant obtenu à l'étape 1.

Lorsqu'il y a **des périodes de temps travaillées entrecoupées** au cours d'une journée, vous devez :

1. Déterminer la durée de chacune des périodes;
2. Faire la somme de la durée des périodes au cours de la journée et multiplier le nombre d'heures par 211 \$ en tenant compte du prorata des 15 minutes complétées pour la dernière heure;
3. Faire la somme des montants payés pour les services rendus la même journée que la ou les mesures et qui y sont inclus, sauf les montants des services rendus pendant l'horaire de garde au sens de la *Lettre d'entente n° 241* lorsque vous êtes de garde;
4. Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte des annexes 38 ou 40, faire la somme des *per diem* ou des montants forfaitaires facturés et pour lesquels vous avez obtenu paiement;
5. Soustraire les montants obtenus aux étapes 3 et 4 du montant obtenu à l'étape 2.

Important

Dans cette situation, vous devez inscrire tous les codes de facturation des mesures sur une même facture.

De plus, vous devez inscrire dans le champ *Valeur de mesure* de la ligne de facture :

- le nombre d'unités monétaires correspondant au montant que vous avez calculé sur la ligne de facture de la mesure dont la période est la plus tardive au cours de cette journée;
- un nombre d'unités monétaires égal à 0 pour les autres mesures.

1.3 Instructions de facturation de la mesure

Vous devez utiliser la *Facture de services médicaux – Médecins spécialistes* et :

- inscrire un des codes de facturation suivants, selon la situation, par unité monétaire :
 - 42187 (Mesure dans les lieux de pratique inhabituels),
 - 42188 (Mesure pour réaffectation),
 - 42189 (Mesure de maintien de l'article 4);

- inscrire le nombre d'unités monétaires demandées dans le champ *Valeur de mesure* associé à l'élément de mesure « Nombre d'unités monétaires » (voir la section 1.2.1 de la présente infolettre);
- inscrire l'heure de début et l'heure de fin;
- lorsqu'une période de la mesure chevauche minuit, diviser la période sur 2 lignes de facture : l'une ayant une heure de fin à minuit et l'autre ayant une heure de début à minuit.

Vous devez également inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour que la mesure.

Si vous êtes rémunéré selon le **mode mixte des annexes 38 ou 40**, la facturation de la mesure doit être séparée de la façon suivante :

- pour l'Annexe 38 : de 0 h à 7 h, de 7 h à 17 h et de 17 h à 0 h;
- pour l'Annexe 40 : de 0 h à 8 h, de 8 h à 16 h et de 16 h à 0 h.

De plus, vous devez inscrire un ou plusieurs éléments de contexte selon la rémunération reçue au cours de la période :

- pour l'Annexe 38, inscrire un des éléments de contexte suivants :
 - *Aucun per diem ou demi-per diem de l'Annexe 38 facturé au cours de la période,*
 - *Demi-per diem de l'Annexe 38 facturé au cours de la période,*
 - *Per diem de l'Annexe 38 facturé au cours de la période;*
- pour l'Annexe 40, inscrire en tout temps 2 éléments de contexte : un indiquant un nombre d'heures d'activités ou aucune activité à la salle d'urgence et un indiquant un nombre d'heures d'activités ou aucune activité ailleurs qu'à la salle d'urgence. Vous trouverez la liste des éléments de contexte visés dans l'avis de [l'annexe de la Lettre d'entente n° 241](#).

Pour la facturation du **supplément de la mesure** entre 20 h et 8 h, vous devez :

- utiliser un des codes de facturation suivants, selon la situation, par heure travaillée et complétée :
 - **42190** (Supplément pour les services rendus entre 20 h et 8 h dans un lieu de pratique inhabituel),
 - **42191** (Supplément pour les services rendus entre 20 h et 8 h lors d'une réaffectation),
 - **42192** (Supplément pour les services rendus entre 20 h et 8 h dans une installation et une spécialité désignée);
- inscrire l'heure de début et l'heure de fin;
- lorsqu'une période chevauche minuit, diviser la période sur 2 lignes de facture : l'une ayant une heure de fin à minuit et l'autre ayant une heure de début à minuit. Toutefois, si la période terminant à minuit ne couvre pas une heure complète, l'heure de fin peut dépasser minuit du nombre de minutes nécessaires pour obtenir une heure complète. Dans ce cas la seconde période doit avoir une heure de début égale à l'heure de fin de la première période (voir [l'annexe](#) de l'infolettre pour des exemples de facturation).

Pour que vous puissiez facturer le supplément de la mesure de maintien (code de facturation **42192**), l'installation et la spécialité doivent être désignées.

2 Services rendus dans un lieu de pratique inhabituel

L'[article 2 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités s'appliquant au médecin qui rend des services dans un lieu de pratique inhabituel, soit :

- un site non traditionnel de soins (SNT);
- une clinique désignée de dépistage (CDD);
- une clinique désignée d'évaluation (CDÉ).

Si vous rendez des services dans un lieu de pratique inhabituel, vous pouvez vous prévaloir de la mesure dans les lieux de pratique inhabituels (code de facturation **42187**) décrite à la section 1 de l'infolettre.

Vous avez droit à un supplément de 20 % (code de facturation **42190**) si vous vous prévaluez de la mesure pour des services rendus entre 20 h et 8 h.

La rémunération des visites est établie selon la tarification applicable :

- en hospitalisation pour les patients hospitalisés;
- en clinique externe pour la clientèle ambulatoire.

Les services sont considérés comme étant rendus dans l'établissement auquel vous êtes rattaché.

2.1 Instructions de facturation des services rendus dans un lieu de pratique inhabituel

Si vous êtes rémunéré à l'acte, vous devez :

- utiliser l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu dans un SNT non ambulatoire dans le cadre de la COVID-19** ou **LE 241 – Service rendu dans un SNT ambulatoire ou une clinique désignée de dépistage (CDD) ou d'évaluation (CDÉ) dans le cadre de la COVID-19**, selon la situation;
- inscrire le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché.

Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine, consultez également la section 14 de l'infolettre pour les instructions de facturation particulières à ce contexte.

Si vous êtes rémunéré à tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec un des emplois de temps suivants dans le champ *Code d'activité* :
 - **XXX361** Services rendus en lieu de pratique inhabituel,
 - **XXX377** Services à distance dans un lieu de pratique inhabituel.

Pour les instructions de facturation de la mesure, consultez la section 1.3 de l'infolettre.

3 Médecin réaffecté

L'[article 3 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités s'appliquant au médecin réaffecté.

Dans le cadre de la pandémie, un établissement de santé peut recourir à la réaffectation d'un médecin spécialiste en soutien à certaines activités cliniques. Les tâches reconnues à cette fin sont prévues aux articles 3.3 et 3.5 de la lettre d'entente.

Si vous êtes réaffecté dans une autre installation que celle où vous pratiquez habituellement, vos services sont considérés comme étant rendus dans l'installation où vous pratiquez habituellement.

Pour plus d'information sur la réaffectation, adressez-vous au Comité national des réaffectations des effectifs médicaux (CNREM) à l'adresse courriel reaffectationmedicale@msss.gouv.qc.ca.

Si vous êtes réaffecté, vous pouvez bénéficier de la mesure pour réaffectation (code de facturation **42188**) présentée à la section 1 de l'infolettre. Vous devez conserver tout document attestant de votre réaffectation ainsi que de la période visée.

Si vous vous prévalez de la mesure pour des services rendus entre 20 h et 8 h, vous avez droit à un supplément de 20 % (code de facturation **42191**).

Vous pouvez également demander une compensation de vos frais de cabinet. Voir la section 17 de l'infolettre.

3.1 Instructions de facturation des services rendus par un médecin réaffecté

Si vous êtes rémunéré à l'acte, vous devez :

- utiliser l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19**;
- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché.

Si vous êtes réaffecté dans **un autre lieu** que celui auquel vous êtes rattaché et que vous êtes physiquement dans cet autre lieu, vous devez également utiliser l'élément de contexte **LE 241 – Médecin réaffecté dans un autre lieu que l'établissement auquel il est rattaché dans le cadre de la COVID-19**.

Si le service est rendu dans le cadre de la télémedecine, consultez également la section 14 de l'infolettre pour les instructions de facturation particulières à ce contexte.

Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec un des emplois de temps suivants dans le champ *Code d'activité* :
 - **XXX362** Service clinique – Réaffectation,
 - **XXX372** Service à distance – Réaffectation.

Pour les instructions de facturation de la mesure, consultez la section 1.3 de l'infolettre.

4 **Maintien des activités médicales spécialisées dans les secteurs affectés par une baisse significative du volume d'activité en centre hospitalier et dans les centres médicaux spécialisés**

L'[article 4 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités s'appliquant au médecin dont les activités médicales sont limitées par des contraintes liées à la COVID-19.

Si vous avez obtenu une attestation de votre baisse significative du volume d'activité par une personne autorisée, vous pouvez vous prévaloir de la mesure de maintien (code de facturation **42189**) décrite à la section 1 de l'infolettre.

Vous avez droit à un supplément de 20 % (code de facturation **42192**) si vous vous prévaluez de la mesure pour des services rendus entre 20 h et 8 h dans une installation et une spécialité désignées.

Vous pouvez également vous prévaloir de la mesure si vous êtes en support médical et que vous assistez un collègue en remplacement d'un membre de l'équipe lors de la réalisation d'une chirurgie ou d'un procédé diagnostique et thérapeutique (PDT). Pour ce faire, la situation doit respecter les critères suivants :

- le manque de personne de support doit être imprévisible, ponctuel et non récurrent;
- toutes les démarches habituelles doivent avoir été entreprises pour tenter de pallier le manque de personnel.

Pour que la mesure s'applique, les tâches doivent être effectuées :

- pour un centre hospitalier;
- pour un centre médical spécialisé (CMS) titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a conclu une entente en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui est identifié à cette fin par le MSSS.

La [liste des CMS visés](#) est disponible à la rubrique *Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente 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.

Dans un CMS, vous êtes rémunéré selon votre mode de rémunération actuel dans votre installation de l'établissement qui a conclu l'entente de services visée. Ainsi, le mode de rémunération mixte est permis dans les CMS visés selon des postes en pool de service qui sont autorisés par les parties négociantes. Si l'établissement a déjà transmis le formulaire [Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence \(Spécialistes\)](#) (3121) dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 238*, il n'a pas à le transmettre de nouveau. Les prestations de soins rendus ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence. Elles donnent droit au remboursement de vos frais de déplacement selon l'Annexe 23.

Si vous rendez des services dans un CMS, la rémunération des visites est établie selon la tarification applicable :

- en hospitalisation pour les cas de chirurgie;
- en clinique externe pour les cas associés à des PDT.

Les services sont considérés comme étant rendus en établissement.

4.1 Mode de rémunération mixte – Approbation des demandes de paiement et Registre des signataires autorisés – Établissements

Pour le médecin rémunéré selon le mode mixte, un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit contresigner la demande de paiement. L'établissement doit :

- nous transmettre les informations sur les personnes qui seront désignées signataires autorisés dans les CMS visés;
- remplir le formulaire [Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé](#) (1907) et nous 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 de remplir la section *Avis de nomination des signataires autorisés*.

De plus, un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit nous transmettre les informations relatives à l'autorisation d'un membre en pool de service au moyen du formulaire [Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence \(Spécialistes\)](#) (3121). Le formulaire doit être transmis par la poste ou par télécopieur aux coordonnées qui y sont indiquées, car il n'est pas possible de le faire en utilisant les services en ligne. Exceptionnellement, il peut être transmis par courriel à saip@ramq.gouv.qc.ca.

4.2 Instructions de facturation des services rendus dans les secteurs affectés par une baisse significative du volume d'activité en centre hospitalier et en CMS

Dans un centre hospitalier

Si vous exercez en centre hospitalier, vous devez facturer vos services comme à l'habitude et inscrire le numéro du centre hospitalier visé.

Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine, consultez également la section 14 de l'infolettre.

Dans un CMS

Si vous êtes rémunéré **à l'acte**, pour le lieu de dispensation, vous devez inscrire le numéro du CMS associé à l'entente de service selon laquelle vos services sont rendus.

Pour la facturation d'une chirurgie et d'une visite associée à celle-ci, vous devez inscrire le secteur d'activité *Unité de soins généraux et spécialisés*. Vous devez utiliser une visite de la section *Hospitalisation* de votre spécialité et inscrire la date de la visite comme date d'entrée en établissement.

Pour la facturation d'un PDT et d'une visite associée à celui-ci, vous devez inscrire le secteur d'activité *Clinique externe*. Vous devez utiliser une visite de la section *Externe* de votre spécialité.

Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine, consultez également la section 14 de l'infolettre.

Si vous êtes rémunéré **à tarif horaire ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro du CMS dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec l'un des emplois de temps suivants dans le champ *Code d'activité* :
 - **XXX356** Services médicaux ou chirurgies dans un centre médical spécialisé (CMS),
 - **XXX378** Services à distance dans un centre médical spécialisé (CMS).

Pour les instructions de facturation de la mesure, consultez la section 1.3 de l'infolettre.

5 Médecin dont les activités sont annulées

L'[article 5 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités s'appliquant au médecin dont les activités sont annulées.

Si vous détenez des privilèges de pratique en établissement et que vos activités médicales sont annulées à moins de 24 heures d'avis en raison de la COVID-19, vous pouvez vous rendre disponible auprès d'une personne autorisée pour :

- être réaffecté à d'autres activités médicales pour une période minimale de 4 heures;
- rendre des services médicaux dans un lieu de pratique inhabituel pour une période minimale de 4 heures;
- seconder les activités médicales d'une installation située à moins de 70 km de l'installation à laquelle vous êtes rattaché pour une période minimale de 6 heures.

Si vous êtes désigné à l'une de ces tâches médicales, vous pouvez vous prévaloir des modalités décrites aux sections 2, 3 et 4 de l'infolettre, selon le cas.

Si vous n'êtes pas désigné à l'une de ces tâches médicales, vous pouvez vous prévaloir du montant forfaitaire par demi-journée prévu à l'[article 5.2 de la Lettre d'entente n° 241](#). Ce forfait rémunère le médecin spécialiste qui est disponible et qui n'est pas désigné à l'une des tâches médicales. Celui-ci peut se prévaloir du forfait d'une demi-journée de **372 \$** du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, lors d'une période de disponibilité d'au moins 3 h 30, entre 7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h.

Au cours d'une demi-journée, si vous bénéficiez de ce montant forfaitaire, vous ne pouvez recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre pour toute la durée de cette même demi-journée.

De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différente prévues à l'Annexe 19.

Si vous désirez obtenir cette compensation, vous devez présenter une demande au comité paritaire par courriel aux adresses comiteconjoint.FMSQ-MSSS@msss.gouv.qc.ca et aff.professionnelles@fmsq.org, comme précisé à l'[article 5.3 de la Lettre d'entente n° 241](#).

Instructions de facturation

- Si vous êtes rémunéré à **l'acte**, pour la facturation des activités et des services médicaux rendus en remplacement des activités annulées, y compris la facturation des mesures de maintien, vous devez inscrire l'élément de contexte **LE 241 – Médecin dont les activités sont annulées**.
- Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :
 - le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ *Établissement*;
 - la nature de service habituelle de vos activités avec l'un des emplois de temps suivants dans le champ *Code d'activité* :
 - **XXX366** Activités annulées – Réaffectation Autres activités médicales,
 - **XXX367** Activités annulées – Services médicaux dans un lieu de pratique inhabituel,
 - **XXX368** Activités annulées – Seconder les activités médicales d'une installation à moins de 70 km.

6 Forfait spécifique à la pandémie en cas de non-réaffectation

Les instructions de facturation relatives au forfait spécifique à la pandémie en cas de non-réaffectation se trouvent aux sections 7.2.3, 8.3 et 9.3 de l'infolettre.

Ce forfait, prévu aux articles 7.3.2, 8.2 et 9.2 de la [Lettre d'entente n° 241](#), rémunère le médecin spécialiste visé à ces articles qui est disponible et qui n'est pas réaffecté. Celui-ci peut se prévaloir d'un forfait d'une demi-journée de **372 \$** du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, lors d'une période de disponibilité d'au moins 3 h 30, entre 7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h.

Au cours d'une demi-journée, si vous bénéficiez de ce montant forfaitaire, vous ne pouvez recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre pour toute la durée de cette même demi-journée.

De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différente prévues à l'Annexe 19.

Pour le médecin dont les activités sont annulées, une demande doit être acheminée au comité paritaire pour obtenir le paiement de ce forfait (voir la section 5 de l'infolettre).

7 Médecin infecté par la COVID-19

L'[article 7 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités s'appliquant au médecin infecté par la COVID-19.

7.1 Médecin infecté par la COVID-19 qui n'est pas apte à rendre des services

Des compensations sont prévues pour le médecin infecté par la COVID-19 dans le cadre de son travail, selon que son état nécessite une hospitalisation ou non. Conformément aux dispositions de l'[article 7.2 de la Lettre d'entente n° 241](#), si vous êtes concerné, vous devez présenter une demande au comité paritaire par courriel aux adresses comiteconjoint.FMSQ-MSSS@msss.gouv.qc.ca et aff.professionnelles@fmsq.org.

Vous pouvez également demander une compensation de vos frais de cabinet. Consultez la section 17 de l'infolettre.

7.2 Médecin infecté par la COVID-19 apte à rendre des services

L'[article 7.3.1 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités applicables au médecin infecté par la COVID-19 qui est apte à rendre certains services.

7.2.1 Médecin infecté qui poursuit ses activités en télémédecine

Si vous êtes infecté par la COVID-19, mais que vous êtes apte à rendre des services, vous pouvez rendre des services par télémédecine (consultez la section 14 de l'infolettre).

Instructions de facturation

Si vous êtes rémunéré à l'**acte**, vous devez inscrire l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin infecté dans le cadre de la COVID-19**.

Pour les instructions de facturation relatives à la télémédecine, consultez la section 14 de l'infolettre.

Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps **XXX374 Médecin infecté – Services cliniques en télémédecine** dans le champ *Code d'activité*.

7.2.2 Médecin infecté réaffecté

Si vous êtes infecté par la COVID-19, mais que vous êtes apte à rendre des services, vous pouvez vous rendre disponible à une personne autorisée pour être réaffecté (consultez les sections 3 et 14 de l'infolettre).

Instructions de facturation

Si vous êtes rémunéré à l'**acte**, vous devez inscrire :

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin infecté dans le cadre de la COVID-19**;
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19**;
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché.

De plus, si vous rendez des services dans le cadre de la télémédecine tout en étant réaffecté, consultez la section 14 de l'infolettre pour les instructions de facturation particulières à ce contexte.

Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec l'emploi de temps **XXX369 Médecin infecté – Réaffectation services cliniques à distance** dans le champ *Code d'activité*.

7.2.3 Médecin infecté non réaffecté

Si vous êtes infecté, apte à rendre des services et en disponibilité, mais que vous ne pouvez pas être réaffecté ou rendre des services en télémédecine, vous pouvez vous prévaloir du montant forfaitaire par demi-journée prévu à l'[article 7.3.2 de la Lettre d'entente n° 241](#) présenté à la section 6 de l'infolettre.

Vous pouvez également demander une compensation de vos frais de cabinet. Consultez la section 17 de l'infolettre.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- *TH* dans le champ *Mode de rémunération*;
- le code d'activité **291363** Forfait demi-journée – Médecin infecté disponible LE 241 dans le champ *Code d'activité*.

Pour la plage horaire, vous devez cocher la case *AM* ou *PM* et inscrire **1 heure** dans le champ *Heures travaillées* (équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée) pour un maximum de 2 heures par jour.

Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).

8 Médecin en quarantaine pour la protection d'autrui

L'[article 8 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités applicables au médecin en quarantaine pour la protection d'autrui.

Ces modalités ne s'appliquent pas au médecin mis en quarantaine pour avoir voyagé à l'étranger après le 16 mars 2020. Il doit respecter l'avis d'isolement préventif, mais il ne peut recevoir de compensation. La période d'isolement est d'un maximum de 14 jours.

8.1 Médecin en quarantaine qui poursuit ses activités en télémédecine

Lors de votre quarantaine, vous pouvez rendre des services par télémédecine (consultez la section 14 de l'infolettre).

Instructions de facturation

Si vous êtes rémunéré à l'**acte**, vous devez inscrire l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin faisant l'objet d'une mise en quarantaine dans le cadre de la COVID-19**.

Pour les instructions de facturation relatives à la télémédecine, consultez la section 14 de l'infolettre.

Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec l'emploi de temps **XXX376** Médecin en quarantaine – Services cliniques en télémédecine dans le champ *Code d'activité*.

8.2 Médecin en quarantaine réaffecté

Lors de votre quarantaine, vous pouvez vous rendre disponible à une personne autorisée pour être réaffecté (consultez les sections 3 et 14 de l'infolettre).

Instructions de facturation

Si vous êtes rémunéré à l'**acte**, vous devez inscrire :

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin faisant l'objet d'une mise en quarantaine dans le cadre de la COVID-19**;
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19**;
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché.

De plus, si vous rendez des services dans le cadre de la télémédecine tout en étant réaffecté, consultez la section 14 de l'infolettre pour les instructions de facturation particulières à ce contexte.

Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec l'emploi de temps **XXX375** Médecin en quarantaine – Réaffectation services cliniques à distance dans le champ *Code d'activité*.

8.3 Médecin en quarantaine non réaffecté

Si vous êtes en quarantaine et en disponibilité, mais que vous ne pouvez pas être réaffecté ou rendre des services en télémedecine, vous pouvez vous prévaloir du montant forfaitaire par demi-journée prévu à l'[article 8.2 de la Lettre d'entente n° 241](#) présenté à la section 6 de l'infolettre.

Vous pouvez également demander une compensation de vos frais de cabinet. Consultez la section 17 de l'infolettre.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- *TH* dans le champ *Mode de rémunération*;
- le code d'activité **291364** Forfait demi-journée – Médecin en quarantaine disponible LE 241 dans le champ *Code d'activité*.

Pour la plage horaire, vous devez cocher la case *AM* ou *PM* et inscrire **1 heure** dans le champ *Heures travaillées* (équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée) pour un maximum de 2 heures par jour.

Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).

9 Médecin enceinte

L'[article 9 de la Lettre d'entente n° 241](#) prévoit les modalités applicables à la médecin enceinte qui exerce dans un lieu à risque selon la santé publique.

9.1 Médecin enceinte qui poursuit ses activités en télémedecine ou dans un milieu qui n'est pas à risque

Si vous êtes une médecin enceinte qui exerce dans un milieu à risque reconnu comme tel par la santé publique, vous devez modifier vos activités ou travailler en télémedecine de manière à éviter tout risque. Si vous ne pouvez pas modifier vos activités, vous devez vous rendre disponible auprès d'une personne autorisée pour obtenir une affectation pour le même type d'activités dans un milieu qui n'est pas à risque ou en télémedecine (consultez la section 14 de l'infolettre).

Instructions de facturation

Si vous êtes rémunérée à l'**acte**, vous devez inscrire l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19**.

Pour les instructions de facturation relatives à la télémedecine, consultez la section 14 de l'infolettre.

Si vous êtes rémunérée à **tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte**, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec l'emploi de temps **XXX373** Médecin enceinte – Services cliniques en télémedecine dans le champ *Code d'activité*.

9.2 Médecin enceinte réaffectée dans un milieu sécuritaire

Si vous êtes une médecin enceinte qui exerce dans un milieu à risque reconnu comme tel par la santé publique, vous devez modifier vos activités ou travailler en télémédecine de manière à éviter tout risque. Si vous ne pouvez pas modifier vos activités, vous devez vous rendre disponible auprès d'une personne autorisée pour être réaffectée dans un milieu sécuritaire (consultez les sections 3 et 14 de l'infolettre).

Instructions de facturation

Si vous êtes rémunérée à l'acte, vous devez inscrire :

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19**;
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19**;
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattachée.

De plus, si vous rendez des services en télémédecine tout en étant réaffectée, consultez la section 14 de l'infolettre.

Si vous êtes rémunérée à tarif horaire, à salariat ou en rémunération mixte, vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215), la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattachée dans le champ *Établissement*;
- la nature de service habituelle de vos activités avec un des emplois de temps suivants dans le champ *Code d'activité* :
 - **XXX371** Médecin enceinte – Réaffectation services cliniques à distance,
 - **XXX379** Médecin enceinte – Réaffectation services cliniques.

9.3 Médecin enceinte non réaffectée

Si vous êtes enceinte et en disponibilité et que vous ne pouvez être réaffectée ou rendre des services en télémédecine, vous pouvez vous prévaloir du montant forfaitaire par demi-journée prévu à l'[article 9.2 de la Lettre d'entente n° 241](#) présenté à la section 6 de l'infolettre.

Cette disposition s'applique si vous êtes apte à travailler, selon les conditions suivantes :

- pendant une période n'excédant pas 12 semaines continues;
- jusqu'à la 16^e semaine précédant la semaine où est prévu l'accouchement.

La disposition prend fin lorsque vous devenez admissible à des prestations d'assurance salaire.

Vous pouvez également demander une compensation de vos frais de cabinet. Consultez la section 17 de l'infolettre.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) et inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattachée dans le champ *Établissement*;
- *TH* dans le champ *Mode de rémunération*;
- le code d'activité **291365** Forfait demi-journée – Médecin enceinte disponible LE 241 dans le champ *Code d'activité*.

Pour la plage horaire, vous devez cocher la case *AM* ou *PM* et inscrire **1 heure** dans le champ *Heures travaillées* (équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée) pour un maximum de 2 heures par jour.

Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).

10 Visites en lien avec la COVID-19

Les visites en lien avec la COVID-19 sont présentées à l'[article 6 de la Lettre d'entente n° 241](#). Elles peuvent être facturées par les médecins de chacune des spécialités en remplacement des codes de visite habituels de l'onglet [B du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#).

Lors de la facturation, vous pouvez utiliser un des codes de facturation suivants avec l'élément de contexte s'appliquant à votre situation, s'il y a lieu. Consultez l'avis de facturation sous cet article, dans la *Lettre d'entente n° 241*.

Unité de soins cohortée, SNT non ambulatoire ou hospitalisation

15923 Visite principale en lien avec la COVID-19 95 \$

Note : Maximum une par patient, par médecin ou par un médecin de même spécialité, par semaine.

15924 Visite de suivi en lien avec la COVID-19 35 \$

Note : Maximum une par patient, par médecin ou par un médecin de même spécialité, par jour.

Clinique de grippe, SNT ambulatoire ou clinique externe

15925 Visite principale en lien avec la COVID-19 70 \$

Note : Maximum une par patient, par médecin ou par un médecin de même spécialité, par semaine.

15926 Visite de suivi en lien avec la COVID-19 31 \$

Note : Maximum une par patient, par médecin ou par un médecin de même spécialité, par jour.

Médecin rémunéré selon le mode mixte

Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, ces visites sont payables selon un supplément d'honoraires correspondant à 55 % du tarif de base.

11 Activités médico-administratives et activités d'enseignement

L'[article 10 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités relatives aux activités médico-administratives et d'enseignement.

11.1 Réunion et réaffectation des effectifs médicaux en lien avec la pandémie

Si vous participez à une réunion liée à la COVID-19 à la demande des instances de votre établissement, vous pouvez être rémunéré selon un tarif horaire de **211 \$**. La période d'activité continue doit être d'un minimum de 60 minutes. Si votre participation est de plus de 60 minutes, le tarif horaire s'applique au prorata par période de 15 minutes.

La participation à une telle réunion peut être effectuée par une présence sur place, par vidéoconférence ou par conférence téléphonique.

Ce tarif horaire s'applique également si vous consacrez du temps à la réaffectation des effectifs médicaux dans le cadre de la COVID-19, jusqu'à un maximum de 4 heures par semaine. En cas de besoin, ce maximum pourra être augmenté de façon administrative par les parties négociantes.

Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, ce tarif horaire est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 50 %.

Toute demande de paiement selon l'article 10 de la *Lettre d'entente n° 241* doit être contresignée par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

Si vous vous prévaluez de ce tarif horaire, vous renoncez alors à toute rémunération provenant d'autres sources pour ces activités, sauf le *per diem* de l'Annexe 38 et le montant forfaitaire de l'Annexe 40, le cas échéant.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215).

Pour les instructions de facturation générales, consultez l'avis sous l'[article 1 de la Lettre d'entente n° 241](#).

Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).

- Pour la **réunion en lien avec la pandémie**, vous devez inscrire :
 - le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est rendu à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ *Établissement*;
 - *TH* dans le champ *Mode de rémunération*;
 - le code d'activité **250380** Réunion en lien avec la pandémie LE 241 dans le champ *Code d'activité*.

Si vous êtes rémunéré selon le **mode mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40**, vous devez plutôt inscrire le code d'activité **251380** Réunion en lien avec la pandémie LE 241 – Tarif 50 % dans le champ *Code d'activité*.

- Pour la **réaffectation des effectifs médicaux**, vous devez inscrire :
 - le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est rendu à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ *Établissement*;
 - *TH* dans le champ *Mode de rémunération*;
 - le code d'activité **250370** Réaffectation des effectifs médicaux LE 241 dans le champ *Code d'activité*.

Si vous êtes rémunéré selon le **mode mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40**, vous devez plutôt inscrire le code d'activité **251370** Réaffectation des effectifs médicaux LE 241 – Tarif 50 % dans le champ *Code d'activité*.

11.2 Autres activités médico-administratives ou d'enseignement

Pour toute autre participation à des activités médico-administratives ou d'enseignement, vous pouvez facturer les activités prévues au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé* ou au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes*, **sauf** pour les activités suivantes, qui demeurent suspendues :

- la rémunération prévue pour la participation au Comité pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés (codes **250236** et **251236**) et au Comité sur des projets cliniques immobiliers (codes **250241** et **251241**) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*;
- la rémunération prévue pour les activités visées aux articles 11.1.5 (codes **252253** et **253253**) et 11.1.6 (codes **252254** et **253254**) de la *Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation* du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes*.

La *Lettre d'entente n° 241* prévoit également que la participation du médecin aux activités du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé* peut être assurée par une plateforme de vidéoconférence autorisée par le MSSS ou par conférence téléphonique. De plus, les activités visées par la *Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation* du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* peuvent être réalisées par une plateforme Web.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215).

Pour les instructions de facturation générales, consultez l'avis sous l'[article 1 de la Lettre d'entente n° 241](#).

- Pour les **activités médico-administratives** du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé* effectuées par vidéoconférence ou par conférence téléphonique, vous devez inscrire :
 - le numéro de l'établissement où le service aurait normalement été rendu dans le champ *Établissement*;
 - le code **51** Activité via vidéoconférence ou conférence téléphonique dans le champ *Secteur disp.* Pour le code à inscrire dans le champ *Code d'activité*, consultez les instructions de facturation du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*.
- Pour les **activités d'enseignement** du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* effectuées sur une plateforme Web, vous devez inscrire :
 - le numéro de l'établissement où le service aurait normalement été rendu dans le champ *Établissement*;
 - le code **52** Activité via plateforme web dans le champ *Secteur disp.*

Pour le code à inscrire dans le champ *Code d'activité*, consultez les instructions de facturation du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes*.

12 Webinaires FMSQ, développement professionnel et maintien des compétences

L'[article 11 de la Lettre d'entente n° 241](#) présente les modalités relatives aux webinaires FMSQ en lien avec la pandémie de la COVID-19 ainsi qu'au développement professionnel et au maintien des compétences.

Si vous n'avez pu assister en direct à une activité en ligne admissible aux annexes 19 et 44 en raison d'une situation liée à la COVID-19, vous pouvez assister à cette activité en différé dans les 7 jours suivant sa diffusion. La plateforme de webdiffusion doit être en mesure de confirmer votre présence en ligne. Vous devez conserver les pièces justificatives afin de nous les fournir, le cas échéant.

Si vous participez à un webinaire de la FMSQ lié à la COVID-19, vous pouvez bénéficier d'une rémunération horaire de **140 \$** pour un maximum d'une heure par semaine (code de facturation **42195**). Si vous vous prévaliez de cette rémunération, vous ne pouvez recevoir aucune autre rémunération au cours de cette période, sauf le *per diem* de l'Annexe 38 et le montant forfaitaire de l'Annexe 40, le cas échéant. Vous pouvez assister au webinaire en différé dans les 7 jours suivant sa diffusion. La plateforme de webdiffusion doit être en mesure de confirmer votre présence en ligne. Vous devez conserver les pièces justificatives afin de nous les fournir sur demande.

Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, le tarif horaire est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 50 %.

Ce tarif horaire n'est pas sujet à la majoration de rémunération différente de l'Annexe 19.

Instructions de facturation

Vous devez utiliser la *Facture de services médicaux – Médecins spécialistes* et inscrire :

- le code de facturation **42195** Webinaire de la FMSQ en lien avec la pandémie de la COVID-19 par heure complétée;
- un des éléments de contexte suivants, selon la situation :
 - **Webinaire – Le médecin a assisté en direct,**
 - **Webinaire – Le médecin a assisté en différé;**
- l'heure de début et l'heure de fin.

Vous devez également inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un webinaire de la FMSQ.

13 Garde en support

L'[article 12 de la Lettre d'entente n° 241](#) prévoit certaines conditions particulières liées à l'autorisation d'une garde en support pendant la pandémie. Les gardes sont autorisées selon le processus habituel de l'Annexe 25.

La liste des établissements et des secteurs d'activité pour la garde locale et en support ainsi que la liste des codes et des tarifs de l'Annexe 25 sont disponibles à la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente et protocoles d'accord\)](#), sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur notre site, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

14 Services médicaux rendus par voie de télécommunication

L'[article 13 de la Lettre d'entente n° 241](#) prévoit que le médecin spécialiste peut facturer les services médicaux qui sont effectués à distance par téléphone ou en visioconsultation selon les modalités des ententes visées à l'article 13.2 de cette lettre d'entente. Même si le service est rendu à distance, vous ainsi que le patient devez être présents sur le territoire québécois lors de la prestation du service médical.

Le médecin spécialiste en radiologie ne doit pas facturer selon les modalités de la télémédecine de la *Lettre d'entente n° 241*, mais plutôt selon les modalités habituelles pour les interprétations à distance. Les services de téléinterprétation rendus à distance par un médecin spécialiste ne sont pas sujets au présent article, mais plutôt aux balises du *Protocole d'accord concernant la télémédecine*.

Le service rendu à distance peut s'effectuer à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin.

Les services rendus auprès de la clientèle hospitalière ambulatoire, qu'ils soient effectués à partir d'un établissement du réseau de la santé ou de tout autre lieu, sont rémunérés selon la tarification applicable en clinique externe.

Les services rendus auprès de la clientèle du cabinet sont rémunérés selon la tarification en cabinet lorsque vos frais de cabinet continuent de courir durant cette période, qu'ils soient effectués à partir du cabinet, d'un établissement du réseau de la santé ou de tout autre lieu. En l'absence de frais de cabinet, vous devez utiliser la tarification en clinique externe.

L'examen physique n'est pas nécessaire pour la facturation de la visite principale et de la consultation en télémédecine. Si l'examen physique est nécessaire, le patient doit être vu en personne.

Vous ne pouvez facturer plus de 300 \$ par heure complétée de télémédecine. Pour la dernière heure, vous ne pouvez facturer plus de 75 \$ par 15 minutes complétées de télémédecine.

Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, vous ne pouvez facturer plus de 195 \$ par heure complétée de télémédecine. Pour la dernière heure, vous ne pouvez facturer plus de 48,75 \$ par 15 minutes complétées de télémédecine.

Pour un même patient, le temps peut être cumulé même s'il est discontinu. Une note à cet effet doit être consignée.

Les activités de télémédecine ne peuvent être majorées selon les dispositions de la *Règle 14 – Soins d'urgence* du préambule général.

Instructions de facturation

- Si vous êtes rémunéré à l'acte :

- Pour les services rendus auprès de la **clientèle du cabinet**, vous devez inscrire :
 - l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu auprès de la clientèle du cabinet dans le cadre de la COVID-19** ainsi que l'élément de contexte **Télémédecine par téléphone** ou **Télémédecine par visioconsultation**;
 - pour le lieu de dispensation, le numéro de cabinet, ou le code de localité et le type de lieu *Cabinet*;
 - l'heure de début et l'heure de fin du service.
- Pour les services rendus auprès de la **clientèle hospitalière ambulatoire**, vous devez inscrire :
 - l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** ainsi que l'élément de contexte **Télémédecine par téléphone** ou **Télémédecine par visioconsultation**;
 - pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché;
 - le secteur d'activité *Clinique externe*;
 - l'heure de début et l'heure de fin du service.

Pour les services rendus dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 161-A*, aucun secteur d'activité ne doit être inscrit.

Pour les services rendus dans le cadre de l'Annexe 41, inscrire le secteur d'activité *Centre de douleur chronique*.

- Pour les services rendus auprès de la **clientèle du cabinet lorsque les frais de cabinet ne continuent pas de courir**, vous devez inscrire :
 - l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** ainsi que l'élément de contexte **Télémédecine par téléphone** ou **Télémédecine par visioconsultation**;
 - pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif **99111**;
 - le secteur d'activité *Clinique externe*;
 - l'heure de début et l'heure de fin du service.

Pour un service rendu en plusieurs **périodes discontinues**, vous devez **aussi** inscrire :

- l'élément de contexte **Temps du service discontinu en télémedecine**;
- une heure de fin fictive. La durée doit correspondre à l'heure de début du service plus le temps cumulé pour l'ensemble des périodes du service.

Dans toutes ces situations, si le lieu où le service aurait normalement été rendu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent du lieu de dispensation, vous devez **également** inscrire :

- le type de lieu en référence *Lieu où se trouve le patient (télémedecine)*;
- pour le lieu en référence, le lieu où le service serait normalement rendu.

Cette instruction relative à l'Annexe 19 ne s'applique pas si vous rendez des services à distance selon les modalités des articles 2, 3 et 4 de la *Lettre d'entente n° 241*. En effet, dans un lieu de pratique inhabituel, en contexte de réaffectation ou dans un CMS, la rémunération différente s'applique en fonction du lieu indiqué dans le champ *Lieu de dispensation*.

- Si vous êtes rémunéré à **tarif horaire ou en rémunération mixte** :

- Vous devez utiliser la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) ou la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743) et inscrire :
 - le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ *Établissement*;
 - *TH* dans le champ *Mode de rémunération* pour l'Annexe 14, l'Annexe 15 et l'Annexe 40;
 - le code **53** Activités par voie de télécommunication dans le champ *Secteur disp.*

Pour le code à inscrire dans le champ *Code d'activité*, consultez les instructions de facturation des lettres d'entente n^{os} 64, 172 et 241 ainsi que des annexes 14, 15, 38 ou 40, selon la situation.

15 Services de laboratoire en établissement (Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte (1606))

Si, pour une journée ou une période, vous vous prévalez d'une des mesures de maintien, vous ne pouvez facturer de services de laboratoire en établissement. Ainsi, au besoin, ces services doivent être facturés sur une période plus courte, afin de s'assurer qu'une journée de facturation d'une mesure de maintien ne se trouve pas comprise dans une période de facturation de vos activités de laboratoire. L'interprétation d'un service rendu en médecine de laboratoire doit être facturée à la date à laquelle l'interprétation a été effectuée, à moins d'indication contraire dans l'Entente.

Cette disposition ne s'applique pas au médecin spécialiste en anatomo-pathologie.

Exemple

Vous vous prévalez d'une mesure de maintien le 20 janvier 2021. Par conséquent, pour la même date, vous ne pouvez facturer des services de laboratoire en établissement au moyen de la [Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte](#) (1606). Vous devez donc séparer la période de facturation de vos services de laboratoire en établissement en fonction de la date du 20 janvier 2021. Une première période de facturation se terminera le 19 janvier 2021 et une deuxième débutera le 21 janvier 2021.

16 Protection de la responsabilité professionnelle

Si vous exercez des activités médico-administratives liées directement à la pandémie, vous bénéficiez de la protection de la responsabilité professionnelle décrite à l'[article 15 de la Lettre d'entente n° 241](#).

17 Frais de cabinet

Si vous vous prévalez de la rémunération prévue aux articles 3, 7, 8 ou 9 de la [Lettre d'entente n° 241](#), vous pouvez demander une compensation de vos frais de cabinet à raison de **200 \$** par jour de travail manqué en cabinet, preuves à l'appui, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

Pour ce faire, vous devez présenter une demande au comité paritaire par courriel aux adresses comiteconjoint.FMSQ-MSSS@mss.gouv.qc.ca et aff.professionnelles@fmsq.org dans les 90 jours suivant le ou les jours manqués, sauf pour le médecin infecté et inapte à rendre des services qui doit faire sa demande dans les 20 semaines qui suivent la fin de sa maladie, et fournir, entre autres, les documents suivants :

- Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente;
- La documentation attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période.

c. c. Agences de facturation commerciales
Développeurs de logiciels – Médecine
Établissements du réseau de la santé

Annexe

Exemples de facturation pour une mesure et son supplément dont la période chevauche minuit (référence section 1.3 de l'infolettre)

1 ^{er} cas : Professionnel facturant une mesure et son supplément pour une période débutant le 7 décembre 2020 à 22 h et se terminant le 8 décembre 2020 à 6 h			
Ligne de facture	Service facturé	Date et heure de début	Date et heure de fin
1	Mesure 1 ^{re} période	7 décembre 22 h 00	8 décembre 0 h 00
2	Mesure 2 ^e période	8 décembre 0 h 00	8 décembre 6 h 00
3	Supplément 1 ^{re} période	7 décembre 22 h 00	8 décembre 0 h 00
4	Supplément 2 ^e période	8 décembre 0 h 00	8 décembre 6 h 00

2 ^e cas : Professionnel facturant une mesure et son supplément pour une période débutant le 7 décembre 2020 à 22 h 30 et se terminant le 8 décembre 2020 à 6 h 30			
Ligne de facture	Service facturé	Date et heure de début	Date et heure de fin
1	Mesure 1 ^{re} période	7 décembre 22 h 30	8 décembre 0 h 00
2	Mesure 2 ^e période	8 décembre 0 h 00	8 décembre 6 h 30
3	Supplément 1 ^{re} période	7 décembre 22 h 30	8 décembre 0 h 30
4	Supplément 2 ^e période	8 décembre 0 h 30	8 décembre 6 h 30