

> Médecins omnipraticiens

Nouvelles modalités de rémunération liées à la COVID-19

Lettre d'entente n° 269

Compte tenu du contexte de pandémie de COVID-19, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de modifier la [Lettre d'entente n° 269](#).

1 Nouvelles modalités pour les services rendus à distance

Le sous-paragraphe 3.13.16 est ajouté. Si vous rendez des services à distance en sans rendez-vous en cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile à un patient inscrit ou non, vous pouvez facturer la visite ponctuelle mineure ou complexe si le patient ne requiert pas d'examen physique.

Par conséquent, pour une visite initiale par téléconsultation exigeant un examen en présence du patient, si vous effectuez une évaluation clinique en présence du patient dans les 72 heures suivant la date de la téléconsultation, vous pouvez facturer la visite ponctuelle mineure lors de la consultation initiale, même si le patient ne respecte pas les exigences qui y sont applicables.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **16 mars 2020**.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 16 mars 2020.

2 Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19

2.1 Médecin répondant

Contrairement à ce qui a été indiqué à la section 1.12 de l'[infolettre 280](#) du 14 janvier 2021, l'application des modalités relatives aux activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 pour le médecin répondant **n'est pas** suspendue.

De plus, l'[alinéa b\) du paragraphe 3.19.12](#) est modifié. Le médecin auprès duquel vous pouvez effectuer une consultation téléphonique n'a pas à être réaffecté.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **15 janvier 2021**.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 15 janvier 2021.

2.2 Médecin affecté au Comité de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes

Le [sous-paragraphe 3.19.17](#) est ajouté. Si vous êtes affecté aux activités du Comité de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes, vous êtes rémunéré selon un forfait horaire de **186,15 \$** (code de facturation **19729**). Ce forfait horaire est divisible au prorata du temps effectué.

Vous pouvez également vous prévaloir des modalités prévues au [paragraphe 1.2 de la Lettre d'entente n° 269](#). La majoration de l'Annexe XX qui s'applique est celle des soins intensifs. Les majorations de l'Annexe XII s'appliquent selon les dispositions qui y sont prévues en fonction du lieu de dispensation. De plus, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de **141,20 \$** par période de 4 heures en horaires défavorables, divisible en heures (35,30 \$), pour les services rendus sur place du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou en tout temps le samedi, le dimanche et un jour férié (code de facturation **19683**).

Les activités pour lesquelles vous pouvez vous prévaloir des présentes modalités sont celles définies dans le [Protocole sur la Priorisation pour l'accès aux soins intensifs \(adultes\) en contexte extrême de pandémie](#).

De plus, vous pouvez bénéficier d'un forfait quotidien de garde en disponibilité de **82,40 \$** pour chaque période de garde de 8 heures au cours d'une journée, que ce soit une journée de semaine ou de fin de semaine (code de facturation **19730**). Le forfait peut être divisible au prorata du temps de garde effectué, par période de 60 minutes.

Vous devez indiquer le numéro de l'installation et le secteur **Soins intensifs** pour le lieu de dispensation.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit acheminer au comité paritaire la liste des médecins affectés au Comité de priorisation des soins intensifs. Ensuite, le comité paritaire nous la transmet. Cela fait office de nomination autorisant la facturation.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2021**.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 1^{er} janvier 2021.

2.3 Médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD

Le [sous-paragraphe 3.19.18](#) est ajouté. Si vous agissez à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD, vous pouvez vous prévaloir des modalités qui suivent. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la cogestion médicale en CHSLD, mises en place au niveau régional ou territorial, ainsi que les tâches attendues à titre de médecin cogestionnaire sont celles définies par le MSSS.

Pour vos activités à titre de cogestionnaire des services médicaux, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération prévue pour les activités cliniques décrites au paragraphe 4.01 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 intégré 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*.

Vous devez indiquer que les activités sont liées à la COVID-19.

Pour cela, vous devez utiliser les nouveaux emplois de temps suivants :

- **049259** Coordination – COVID-19;
- **049260** Expertise professionnel – COVID-19.

Vous devez également inscrire le numéro de l'établissement selon l'[annexe 1 du PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord](#) dans le champ *Établissement*.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit nous acheminer la liste des médecins visés. Cela fait office de nomination autorisant la facturation.

La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel, la date à partir de laquelle les activités à titre de cogestionnaire 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 liées à la COVID-19 – Cogestionnaire en CHSLD (par. 3.19.18)**.

La banque d'heures sera réajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette mesure d'exception.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2021**.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 1^{er} janvier 2021.

3 Nouvelles modalités

3.1 Médecin responsable clinique dans le cadre d'une séance de vaccination de masse contre la COVID-19

Le [paragraphe 3.41](#) est ajouté. Dans le cadre d'une séance de vaccination de masse contre la COVID-19 lorsque vous êtes sur place en cabinet, en établissement et à domicile, y compris les résidences privées pour aînés, si vous agissez à titre de médecin responsable clinique auprès des étudiants et des professionnels appelés à administrer le vaccin contre la COVID-19, vous pouvez bénéficier pour l'ensemble de vos activités professionnelles de la rémunération prévue aux articles 1 et 3 de la *Lettre d'entente n° 269*.

Vous devez vous référer aux instructions de facturation de ces articles en plus d'indiquer l'élément de contexte ***Médecin responsable clinique dans le cadre d'une séance de vaccination de masse contre la COVID-19***.

Vous devez indiquer le numéro du lieu où le service est rendu pour le lieu de dispensation. Si le lieu de vaccination de masse est un site non traditionnel, vous devez vous référer à la *Liste des régions ou sous-régions avec des lieux de vaccination de masse non traditionnels*.

Cette liste sera 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.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit transmettre la liste des médecins visés au comité paritaire, qui nous en informera. Cela fait office de nomination autorisant la facturation.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **14 décembre 2020**.

Comme vous pouvez vous prévaloir des modalités de l'article 1 de la *Lettre d'entente n° 269*, vous pouvez choisir votre mode de rémunération : à l'acte, selon le forfait horaire ou selon votre mode de rémunération habituel.

Si **vous êtes rémunéré à l'acte**, vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 14 décembre 2020.

Si **vous êtes rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes**, vous devez utiliser la nature de service habituelle avec le nouvel emploi de temps **XXX261 Médecin responsable clinique vaccination – COVID-19**. Vous devez indiquer le numéro de l'établissement correspondant à votre nomination. Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 14 décembre 2020.

3.2 Médecin affecté au mécanisme de coordination gériatrique nationale ou régionale

Le [paragraphe 3.42](#) est ajouté. Si vous agissez à titre de coordonnateur dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique nationale (CMG-n) ou dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique régionale (CMG-r), de 8 h à 22 h, vous pouvez vous prévaloir des modalités qui suivent. Les modalités d'organisation et de fonctionnement du CMG-n ou du CMG-r, mises en place au niveau national et régional, ainsi que les tâches attendues à titre de médecin coordonnateur sont définies par le MSSS.

Le MSSS doit transmettre la liste des médecins autorisés à agir à titre de coordonnateur au sein du CMG-n au comité paritaire qui nous en informera. Cela fait office de nomination autorisant la facturation.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit transmettre la liste des médecins autorisés à agir à titre de coordonnateur au sein du CMG-r au comité paritaire qui nous en informera. Cela fait office de nomination autorisant la facturation.

Vous pouvez être rémunéré selon **l'une des deux options** suivantes.

3.2.1 Forfait de garde en disponibilité

Vous pouvez vous prévaloir d'un forfait quotidien de garde en disponibilité de **82,40 \$** pour chaque période de garde de 8 heures au cours d'une journée, que ce soit une journée de semaine ou de fin de semaine (code de facturation **19731**). Le forfait peut être divisible au prorata du temps de garde effectué, par période de 60 minutes.

De plus, vous pouvez vous prévaloir, pour chaque consultation téléphonique, d'un forfait horaire de **186,15 \$** (code de facturation **19732**). Ce forfait horaire est divisible au prorata du temps effectué.

Vous pouvez également vous prévaloir des modalités prévues au [paragraphe 1.2 de la Lettre d'entente n° 269](#). Les majorations de l'Annexe XII s'appliquent selon les dispositions qui y sont prévues en fonction du lieu de dispensation. De plus, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de **141,20 \$** par période de 4 heures en horaires défavorables, divisible en heures (35,30 \$), pour les services rendus sur place du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou en tout temps le samedi, le dimanche et un jour férié (code de facturation **19683**).

Si vos services ne sont pas requis pour une consultation téléphonique liée au CMG-n ou au CMG-r, vous pouvez poursuivre vos activités habituelles.

Ainsi, vous ne pouvez facturer vos activités habituelles pendant que vous facturez une consultation téléphonique pour laquelle vous agissez à titre de médecin coordonnateur CMG-n ou CMG-r.

Vous devez indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS pour le lieu de dispensation. De plus, pour tous les services rendus la même journée que la garde en disponibilité, vous devez inscrire l'heure de début du service.

3.2.2 Forfait de base

Lorsque vous effectuez une garde d'une durée de 7 heures ou moins, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de base d'une heure de **186,15 \$** (code de facturation **19733**). Pour une garde de plus de 7 heures, peu importe la durée, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de base de 2 heures de **372,30 \$** (code de facturation **19734**).

De plus, vous pouvez vous prévaloir, pour chaque consultation téléphonique, d'un forfait horaire de **186,15 \$** (code de facturation **19732**). Ce forfait est divisible au prorata du temps effectué.

Vous pouvez également vous prévaloir des modalités prévues [paragraphe 1.2 de la Lettre d'entente n° 269](#). Les majorations de l'Annexe XII s'appliquent selon les dispositions qui y sont prévues en fonction du lieu de dispensation. De plus, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de **141,20 \$** par période de 4 heures en horaires défavorables, divisible en heures (35,30 \$), pour les services rendus sur place du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou en tout temps le samedi, le dimanche et un jour férié (code de facturation **19683**).

Vous êtes rémunéré pour un maximum de 14 heures au cours d'une journée, y compris le forfait de base.

Vous ne pouvez pas facturer d'autres services que ceux prévus à titre de médecin coordonnateur CMG-n ou CMG-r au cours de la journée.

Vous devez indiquer le numéro du CISSS ou du CIUSSS pour le lieu de dispensation.

Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2021**.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 1^{er} janvier 2021.

4 Vaccination contre la COVID-19 dans un lieu de vaccination non traditionnel (par. 3.39)

Lorsque vous participez à une séance de vaccination contre la COVID-19 et que le lieu de vaccination est un site non traditionnel, vous devez :

- vous prévaloir de la rémunération applicable en établissement (codes de facturation **20023** et **20024**) ou du forfait horaire (code de facturation **42230**);
- indiquer l'élément de contexte **Séance de vaccination contre la COVID-19** lorsque vous vous prévaluez de la rémunération applicable en établissement (codes de facturation **20023** et **20024**).

Lorsque le lieu de vaccination de masse est un site non traditionnel, pour le lieu de dispensation, vous devez vous référer à la *Liste des régions ou sous-régions avec des lieux de vaccination de masse non traditionnels*.

Cette liste sera 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.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services ou modifier votre facturation rétroactivement au 14 décembre 2020.

5 Vaccination contre la COVID-19 en CHSLD (par. 3.40)

Si vous êtes affecté à la vaccination contre la COVID-19 des patients hébergés en CHSLD, vous pouvez bénéficier des modalités prévues aux articles 1 et 3 de la *Lettre d'entente n° 269*.

Lorsque la séance de vaccination contre la COVID-19 est effectuée en CHSLD, vous devez utiliser l'élément de contexte ***Séance de vaccination contre la COVID-19***.

Si, depuis le 1^{er} février 2021, vous avez demandé une compensation pour la vaccination contre la COVID-19 en CHSLD, vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour modifier votre facturation en indiquant l'élément de contexte ***Séance de vaccination contre la COVID-19***.

6 Intervention clinique

Le [paragraphe 3.43](#) est ajouté. Durant l'urgence sanitaire, la durée quotidienne maximale de 180 minutes d'intervention cliniques prévue au paragraphe 2.2.6 B du préambule général ne s'applique pas pour tous les milieux.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2021**.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour modifier votre facturation rétroactivement au 1^{er} janvier 2021.

7 Maintien de modalités

Contrairement à ce qui a été indiqué à la section 1.12 de l'[infolettre 280](#) du 14 janvier 2021, l'application des modalités relatives aux activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 en GMF ou en GMF-R (par. 3.19.8) **n'est pas suspendue** à partir du 15 janvier 2021.

Vous avez **120 jours** à compter du 21 avril 2021 pour facturer vos services rétroactivement au 15 janvier 2021.