

> Médecins omnipraticiens

Ajout et modification de modalités de rémunération liées à la COVID-19

Lettres d'entente n^{os} 269 et 353

1 Lettre d'entente n^o 269

1.1 Prolongation de la lettre d'entente

Conformément au [paragraphe 4.1 de la Lettre d'entente n^o 269](#), les modalités de cette lettre d'entente sont prolongées jusqu'au **31 mai 2021**.

1.2 Clinique désignée de dépistage en service d'urgence ou en clinique externe

L'[alinéa a\) du paragraphe 3.1](#) est modifié. Si vous avez rendu des services dans une clinique désignée d'évaluation (CDÉ) dans un service d'urgence ou une clinique externe, ces services sont considérés comme étant rendus dans un point de service d'un CLSC. Ainsi, vous pouvez bénéficier des majorations applicables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX.

Pour l'application des majorations de l'Annexe XX pour la période du 28 février au 30 septembre 2020, consultez la section 2 de la présente infolettre.

Vous pouvez également bénéficier de la majoration appliquée à la rémunération de base présentée sous la colonne « établissement » du préambule de la section I de l'Annexe XII.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **28 février 2020**.

Pour l'Annexe XII, le taux correspondant à la colonne « établissement » s'appliquera à compter du **1^{er} février 2021**. Les services rendus du 28 février 2020 au 31 janvier 2021 seront réévalués. Vous n'avez aucune action à poser.

1.3 Compensation pour frais de cabinet

L'[alinéa b\) i\) du paragraphe 3.1](#) est modifié. Si vous exercez dans un **milieu désigné autre qu'une CDÉ**, vous pouvez bénéficier de la compensation pour frais de cabinet prévue au paragraphe 1.1 c) de la *Lettre d'entente n^o 269* pour un maximum de **251 \$** par jour (code de facturation **19681**). Pour vous en prévaloir, vous devez avoir une pratique habituelle en cabinet et avoir délaissé votre ou vos milieux de pratique.

Cette disposition ne s'applique pas au sans rendez-vous populationnel.

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

Vous pourrez vous prévaloir de cette modalité à compter du **1^{er} février 2021**. Vous aurez **120 jours** à compter de cette date pour vous prévaloir de la compensation. Si vous exercez dans un milieu désigné autre qu'une CDÉ, **vous n'avez pas à utiliser d'élément de contexte** lors de la facturation.

1.4 Régions sociosanitaires de niveau orange ou rouge

L'[alinéa b\) iii\) du paragraphe 3.1](#) est modifié. Cet alinéa mentionne la limitation du forfait horaire décrit au paragraphe 1.1 a) ii) voulant qu'un seul médecin soit affecté aux activités d'une unité consacrée aux soins de patients COVID ou suspectés COVID d'une salle d'urgence de catégorie 2 ou 3 en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde intégré. Cette limitation **ne s'applique pas** aux milieux faisant partie d'une région sociosanitaire ou de l'un de ses territoires ou sous-territoires reconnue à titre de **région de niveau orange ou rouge** par le gouvernement.

Vous trouverez l'information concernant les lieux visés par cette disposition à l'[annexe I de la Lettre d'entente n° 269](#).

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **8 septembre 2020**.

1.5 Sans rendez-vous populationnel

L'[alinéa b\) v\) 2\) du paragraphe 3.1](#) est modifié. Pour que vous puissiez exercer en sans rendez-vous populationnel et facturer le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269*, le GMF-R, le GMF-U, le GMF cabinet ou le GMF établissement doit, entre autres :

- avoir adhéré à Rendez-vous santé Québec (RVSQ) ou à un système de rendez-vous électronique compatible avec l'orchestrateur de rendez-vous implanté sur votre territoire, le cas échéant;
- offrir un minimum de **3** 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.

Au moyen d'une entente, le département régional de médecine générale (DRMG) peut ajuster le nombre de plages horaires à la hausse s'il estime que le milieu peut augmenter son offre de service.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **8 septembre 2020**.

1.6 CHSLD, RI, RPA de niveau 3 ou 4, salle d'urgence en CHSGS ou CLSC du réseau de garde intégré

L'[alinéa c\) du paragraphe 3.1](#) est modifié. 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 de niveau orange ou rouge** :

- CHSLD;
- ressource intermédiaire (RI);
- résidence privée pour aînés (RPA) de niveau 3 ou 4;
- salle d'urgence en CHSGS;
- salle d'urgence en CLSC du réseau de garde intégré.

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 **région de niveau orange ou rouge**;
- dans l'ensemble des milieux désignés par le comité paritaire des autres régions.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **8 septembre 2020**.

1.7 Services rendus par voie de télécommunication

Le [paragraphe 3.13](#) est modifié. Même en contexte de pandémie, certains actes exigent une visite en personne, car l'examen physique du patient est requis. Ainsi, les services suivants sont **exclus** de la téléconsultation :

- en CHSLD :
 - évaluation médicale globale en soins de longue durée (code de facturation **15615**),
 - visite de suivi exigeant un examen (code de facturation **15617**),

- visite d'évaluation en vue de donner une opinion (code de facturation **15619**);
- en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U :
 - visite ponctuelle complexe nécessitant un examen physique (codes de facturation **15773** à **15780**),
 - visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion nécessitant un examen physique (code de facturation **15790**),
 - visite d'évaluation psychiatrique (code de facturation **08819**),
 - visite de prise en charge de grossesse (codes de facturation **15805** à **15810** et **15825** à **15830**),
 - visite de suivi de grossesse nécessitant un examen physique (codes de facturation **15811**, **15812**, **15831** et **15832**),
 - visite périodique pédiatrique nécessitant un examen physique (codes de facturation **15813**, **15814**, **15833** et **15834**),
 - visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs nécessitant un examen physique (codes de facturation **15781**, **15782**, **15783** et **15784**),
 - visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique (code de facturation **08775**),
 - visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion (code de facturation **08777**).

Bien que la visite de prise en charge d'un patient puisse être réalisée en téléconsultation, une visite en présence du patient doit être effectuée, selon les conditions suivantes :

- pour un patient vulnérable, dans les 3 mois suivant la visite de prise en charge par téléconsultation;
- pour un patient non vulnérable, dans les 6 mois suivant la visite de prise en charge par téléconsultation.

Pour tout autre cas, si un patient, un de ses proches, un professionnel de l'établissement ou le personnel de la RPA ou de la RI manifeste la volonté que vous procédiez à une visite médicale en présence du patient, vous devez respecter cette volonté. Vous pouvez évaluer la pertinence d'une telle visite selon votre jugement clinique et les directives sanitaires en vigueur au moment de la demande.

Ces dispositions entrent en vigueur le **15 janvier 2021**.

À compter du 15 janvier 2021, vous ne pourrez plus facturer ces services avec l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**, à l'exception des services pouvant être effectués sans examen physique.

1.7.1 Médecin hors Québec

Le [paragraphe 3.13.1](#) est modifié. Les services fournis par voie de télécommunication peuvent être rendus à partir d'un établissement de santé, d'un cabinet ou du domicile d'un médecin situé à l'extérieur du Québec si le patient est inscrit auprès du médecin et que son lieu de suivi habituel est à l'extérieur du Québec. Les services fournis par voie de télécommunication à partir d'un lieu situé à l'extérieur du Québec ne sont pas permis pour des patients non inscrits auprès du médecin.

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

Nous réévaluerons les services concernés. Si vous êtes un médecin hors Québec et que vous avez facturé des services à distance pour des patients non inscrits, ces services feront l'objet d'une récupération.

1.7.2 En cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile

Le [paragraphe 3.13.14](#) est modifié. Si vous exercez en cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile et que vous fournissez des services par voie de télécommunication, vous pouvez facturer la visite périodique du patient vulnérable (codes de facturation **15819**, **15820**, **15839** et **15840**) même si vous n'êtes pas en mesure d'effectuer l'examen requis à l'évaluation du patient. Lors d'une visite subséquente, vous complétez alors l'évaluation avec un examen physique, lorsque requis.

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

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

1.8 Services en première ligne : communication avec un médecin spécialiste

Un second alinéa est ajouté au [paragraphe 3.14](#). Vous pouvez vous prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 3.14 lorsque vous communiquez avec un médecin spécialiste par la plateforme Web sécurisée prévue pour le conseil numérique (eConsult) (code de facturation **15894**). Vous pouvez vous prévaloir de ces modalités sans égard au nombre minimal de patients inscrits requis pour facturer ces services et sans y appliquer le nombre maximal de forfaits pouvant être facturés par trimestre.

De plus, lorsque la durée de la communication par la plateforme eConsult dépasse 15 minutes, vous pouvez facturer 2 forfaits (code de facturation **15894**).

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

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

Si vous souhaitez vous prévaloir de cette disposition, mais que vous avez déjà facturé l'un des autres codes de facturation pour une communication avec un médecin spécialiste, vous devez modifier votre facturation.

1.9 Garde en disponibilité

Le [second alinéa du paragraphe 3.21](#) est modifié. Les médecins sont désignés par le directeur des services professionnels, le chef de département régional de médecine générale ou le directeur général au lieu du comité paritaire.

Le directeur des services professionnels, le chef de département régional de médecine générale ou, le cas échéant, le directeur général doit nous acheminer la liste des médecins assurant la garde. Cela fera office de nomination autorisant la facturation de la garde en disponibilité pour le milieu. La liste doit inclure le nom des médecins, leur numéro de professionnel ainsi que le nom du lieu où la garde est assurée.

À compter de la date de la présente infolettre, 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**.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **28 février 2020**.

**Prendre note que cette adresse courriel doit être utilisée uniquement pour transmettre les informations requises. Si vous avez des questions concernant votre facturation, veuillez joindre le [Centre de relations avec les professionnels](#).*

1.10 Médecin enceinte

Le [1^{er} alinéa du paragraphe 3.22](#) est modifié. Si vous résidez à l'extérieur du Québec, vous **ne pouvez pas** vous prévaloir des modalités relatives à la médecin enceinte.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **28 février 2020**.

1.11 Nouvelles modalités

1.11.1 Médecin de santé publique – Horaires défavorables

Le [paragraphe 3.34](#) est ajouté. Si vous exercez en santé publique ou pour le compte de la CNESST pour effectuer des investigations liées à la COVID-19, vous pouvez bénéficier des majorations applicables en cabinet prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX.

Médecin rémunéré au mode mixte

Pour le médecin rémunéré au mode mixte, les majorations s'appliquent uniquement sur les suppléments d'honoraires versés en vertu des paragraphes 2.1, 2.3 ou 2.5 de la section A de l'Annexe I de l'Annexe XXIII. Les pourcentages applicables sont les suivants :

- 30,71 % de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- 49,9 % le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'un jour férié;
- 49,9 % de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Les majorations s'appliqueront à compter du **1^{er} février 2021**. Vous aurez **120 jours** à compter de cette date pour modifier votre facturation et ajouter l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*** sur tous les services effectués en horaire défavorable, qu'ils soient rendus à distance ou non. Seuls les services portant cet élément de contexte bénéficieront des majorations ci-dessus.

Médecin rémunéré à honoraires fixes en mixte

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes en mixte, les majorations s'appliquent sur les heures facturées à honoraires fixes ainsi que sur les suppléments d'honoraires versés en vertu des paragraphes 2.1, 2.3 ou 2.5 de la section A de l'Annexe I de l'Annexe XXIII. Les pourcentages applicables sont les suivants :

- 16 % de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- 26 % le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'un jour férié;
- 26 % de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

Vous devez utiliser la nature de service habituelle selon l'avis de service inscrit à votre dossier avec l'emploi de temps **XXX387** Investigations liées à la COVID-19.

Vous devez vous référer à l'article 4.01 de l'Annexe XX afin de connaître le secteur de dispensation à utiliser pour bénéficier de la majoration applicable.

Le cas échéant, vous devez [faire une demande de révision](#) et indiquer l'emploi de temps **XXX387** Investigations liées à la COVID-19.

Pour la rémunération en mode mixte, les majorations s'appliqueront à compter du **1^{er} février 2021**. Vous aurez **120 jours** à compter de cette date pour modifier votre facturation et ajouter l'élément de contexte ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19*** sur tous les services effectués en horaire défavorable, qu'ils soient rendus à distance ou non. Seuls les services portant cet élément de contexte bénéficieront des majorations ci-dessus.

Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, les majorations s'appliquent sur les heures facturées. Les pourcentages applicables sont les suivants :

- 16 % de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- 26 % le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'un jour férié;
- 26 % de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

Vous devez utiliser la nature de service habituelle selon l'avis de service inscrit à votre dossier avec l'emploi de temps **XXX387** Investigations liées à la COVID-19.

Vous devez vous référer à l'article 4.01 de l'Annexe XX afin de connaître le secteur de dispensation à utiliser pour bénéficier de la majoration applicable.

Le cas échéant, vous devez [faire une demande de révision](#) et indiquer l'emploi de temps **XXX387** Investigations liées à la COVID-19.

Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **28 février 2020**.

1.11.2 Frais de ressourcement

Si la qualité du réseau Internet ne vous permet pas de participer à une journée de formation par webdiffusion en direct et que vous devez vous déplacer pour y assister, vous pouvez vous prévaloir des modalités de remboursement des frais de déplacement prévues au paragraphe 5.3 de la section II de l'Annexe XII. Vous devez au préalable avoir obtenu l'autorisation du comité paritaire pour ce déplacement. Pour cette situation, nous permettons alors le remboursement des frais de déplacement sur réception d'une lettre du comité paritaire. Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **28 février 2020**.

1.11.3 Équipe médicale d'intervention

Sur recommandation du chef du DRMG et du directeur des services professionnels de l'établissement, une ou plusieurs équipes médicales d'intervention (ÉMI) peuvent être mises sur pied selon les besoins de chaque territoire. Ces ÉMI assurent un soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion de la COVID-19. Les noms des médecins faisant partie des équipes médicales d'intervention nous seront transmis par le comité paritaire.

Ces ÉMI sont appelées à intervenir pour certaines activités de soins à domicile et dans les milieux suivants :

- CHSLD;
- résidences privées pour aînés de niveau 3 ou 4;
- ressources intermédiaires;
- sites non traditionnels ou traditionnels adaptés.

Chaque ÉMI doit être composée d'au moins 2 médecins, dont un est un médecin omnipraticien ayant une connaissance des soins en milieu de vie pour aînés ou auprès des aînés. L'ÉMI s'ajoute en complément des équipes médicales de base du milieu de vie pour aînés ainsi que des autres médecins affectés par l'établissement pour la gestion de l'éclosion. L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base suffisent à la demande de soins.

L'ÉMI doit nommer un médecin omnipraticien responsable des activités du groupe. Ce médecin est appelé à diriger son équipe dans le cadre du plan d'intervention établi par l'équipe de base du milieu de vie pour aînés. Ce plan peut être établi en collaboration avec l'ÉMI.

En collaboration, en complément et en coordination avec les équipes déjà en place, l'ÉMI assure la couverture médicale des clientèles du milieu de vie pour aînés et participe à la garde médicale du milieu durant son déploiement.

Si vous faites partie de l'ÉMI, vous devez être disponible 24 h par jour pour 7 jours. Pendant cette période, vous pouvez poursuivre vos activités normales, mais vous devez les délaissier dès qu'il y a une demande d'intervention, et ce, dans les 24 heures.

Pour votre participation à l'ÉMI, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de 247,20 \$ par période de 24 h (code de facturation **42196**). Si vous êtes appelé à intervenir, vous pouvez vous prévaloir des modalités des paragraphes 1.1 et 1.2 de la *Lettre d'entente n° 269*.

La compensation des frais de cabinet prévue au paragraphe 1.1 c) de cette lettre d'entente est limitée à 251 \$ par jour.

Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2020**.

Vous avez **120 jours** à compter de la date à laquelle nous recevrons du comité paritaire le nom des médecins faisant partie des équipes médicales d'intervention pour vous prévaloir de ces modalités rétroactivement au 1^{er} juin 2020.

1.11.4 Annexe IX – Services rendus dans le cadre d'un sans rendez-vous populationnel

Le [paragraphe 3.37](#) est ajouté. Lorsque rendus dans le cadre d'un sans rendez-vous populationnel, les services suivants sont exclus du calcul du revenu trimestriel brut :

- visite ponctuelle mineure;
- visite ponctuelle complexe;
- intervention clinique;

- services prévus à l'onglet C – Actes diagnostiques et thérapeutiques;
- services prévus à l'onglet E – Chirurgie.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2020**.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour modifier votre facturation et ajouter le nouvel élément de contexte **Service rendu en sans rendez-vous populationnel visé à l'article 5.3 de l'Annexe IX (LE 269)**.

1.12 Modalités suspendues à partir du 15 janvier 2021

À compter du 15 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) ou pour le médecin répondant (par. 3.19.12) est suspendue.

En GMF ou en GMF-R, si vous êtes rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, l'utilisation du secteur de dispensation 47 est suspendue lorsqu'avec le code d'activité **072101** Activités de fonctionnement en GMF. Si vous êtes rémunéré à l'acte, l'utilisation du code de facturation **19017** est suspendue pour les services rendus dans le cadre de la COVID-19.

Pour le médecin répondant, l'utilisation des codes de facturation **42185** et **42186** est suspendue.

2 Lettre d'entente n° 353

La nouvelle [Lettre d'entente n° 353](#) est introduite.

Si vous exercez dans une clinique désignée d'évaluation (CDÉ) dans un service d'urgence ou dans une clinique externe, votre rémunération sera ajustée pour la période du 28 février au 30 septembre 2020.

Pour les heures travaillées en horaires défavorables durant cette période, votre rémunération sera ajustée conformément aux dispositions du 2^e alinéa du paragraphe 3.1 de la *Lettre d'entente n° 269*.

Nous vous transmettrons un relevé de votre facturation admissible pour cette période. Les heures retenues sont établies sur la base d'une déclaration solennelle que vous devrez nous transmettre dans les 90 jours suivant la mise à la poste du relevé que nous vous aurons envoyé.

Les montants forfaitaires sont exclus du calcul du revenu trimestriel brut. Ils vous seront versés vers le 30 juin 2021.

Ces dispositions entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2020**.

C'est le temps des impôts!



Assurez-vous que votre adresse est à jour dans [Mon dossier](#).

RELEVÉ

27