

> Médecins omnipraticiens

## Modifications diverses à votre entente

### Amendement n° 194

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération ont convenu de modifier votre entente.

#### SOMMAIRE

1	Garde sur place à l'urgence.....	2
2	Périnatalité sociale.....	2
3	Téléconsultations.....	2
4	Frais de kilométrage .....	3
5	Radiologie diagnostique .....	3
6	Formation continue (Annexe XIX).....	3
7	Journées de pratique significatives (Annexe XXI) .....	4
8	Rémunération mixte (Annexe XXIII).....	4
9	EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.....	5
10	EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord.....	6
11	EP 33 – GMF.....	6
12	EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle .....	7
13	EP 42 – Médecin enseignant.....	7
14	EP 44 – CISSS des Îles.....	9
15	EP 50 – Activités médico-administratives – Services d'urgence d'un établissement .....	11
16	EP 54 – GMF-AR.....	11
17	Lettre d'entente n° 188 – Évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ).....	11
18	Lettre d'entente n° 304 – Transfert en bloc de patients.....	12
19	Lettre d'entente n° 367 – Clinique d'urgences mineures à l'hôpital Jeffery-Hale .....	12
20	Lettre d'entente n° 379 – Constat de décès à l'hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal.....	12
21	Lettre d'entente n° 380 – Ressourcement pour les médecins déplacés d'Urgences-santé.....	13

c. c. Agences de facturation commerciales

#### Courriel, site Web et fils RSS

[www.ramq.gouv.qc.ca/courriel](http://www.ramq.gouv.qc.ca/courriel)  
[www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://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 Garde sur place à l'urgence

Un alinéa est ajouté au [paragraphe 1.4 du Préambule général](#).

Dans un établissement désigné, pour la période de garde de 0 h à 8 h, si 2 médecins se partagent successivement la couverture de la période, le forfait peut être divisible entre eux. Par exemple, un premier médecin peut couvrir 3 h et un second, 5 h pour un total de 8 h de garde. Pour être désigné, l'établissement doit s'adresser au comité paritaire.

Pour vous prévaloir du forfait de garde sur place lorsque vous partagez la couverture de la période entre 0 h et 8 h, vous et le second médecin devez facturer l'un des services suivants :

- en semaine (code de facturation **42265**);
- la fin de semaine ou un jour férié (code de facturation **42266**).

Lors de votre facturation, vous devez

- indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde;
- utiliser l'élément de contexte *Service dispensé pendant la période où un forfait du PG 1.4 est réclamé* pour les services rendus durant la période de garde;
- inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits de garde est facturé.

Aucun autre forfait de nuit de la garde sur place (période de 8 heures) ne doit être facturé dans le même établissement lorsque les services ci-dessus (code de facturation **42265** ou **42266**) sont facturés. Toutefois, un médecin additionnel peut facturer le forfait compensatoire, divisible en heures, de 0 h à 8 h lorsque l'établissement est désigné à cette fin.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

## 2 Périnatalité sociale

Le [4<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 2.2.6 B du Préambule général](#) est modifié. La durée d'une intervention clinique effectuée auprès d'une personne au sein d'un milieu de périnatalité sociale désigné est exclue du maximum de 180 minutes pour l'intervention clinique. Vous devez utiliser l'élément de contexte *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne au sein d'un milieu de périnatalité sociale désigné*. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

Pour les services facturés à partir de la date de la présente infolettre, utilisez l'élément de contexte *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne au sein d'un milieu de périnatalité sociale désigné*.  
Pour les services facturés avant la date de la présente infolettre, vous n'avez aucune action à poser. Nous les réévaluerons.

De plus, 2 alinéas sont ajoutés au [paragraphe 15.06 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle](#) (40). La visite ou la consultation effectuée dans un centre de périnatalité sociale désigné par les parties négociantes ne compte pas dans le calcul du taux d'assiduité. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2021**.

## 3 Téléconsultations

Le [paragraphe 2.4.10](#) relatif à la téléconsultation (télédermatologie et eConsult) est ajouté au Préambule général. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2023, vous devez vous référer aux dispositions et aux instructions de facturation indiquées au paragraphe 3.14 de la *Lettre d'entente n° 269*, [2<sup>e</sup> alinéa](#) pour eConsult (code de facturation **15894**) et [3<sup>e</sup> alinéa](#) pour la télédermatologie (code de facturation **15895**).

## 4 Frais de kilométrage

La section [Frais de kilométrage](#) de l'onglet *B – Consultation, examen et visite* est modifiée. Le montant des frais de kilométrage est ajusté pour les années 2019 à 2022.

Le montant est de :

- 0,93 \$ du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020 (entrée en vigueur rétroactive au 1<sup>er</sup> avril 2019);
- 0,96 \$ du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021 (entrée en vigueur rétroactive au 1<sup>er</sup> avril 2020);
- 0,98 \$ du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2022 (entrée en vigueur rétroactive au 1<sup>er</sup> avril 2021);
- 1,09 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022 (entrée en vigueur rétroactive au 1<sup>er</sup> avril 2022).

Vous n'avez aucune action à poser. Nous réévaluerons progressivement la facturation relative à l'augmentation du taux par kilomètre payé du 1<sup>er</sup> avril 2019 à la date de la présente infolettre. Le versement paraîtra sur un ou plusieurs états de compte prochains.

## 5 Radiologie diagnostique

La [règle 1.4 de l'onglet V – Radiologie diagnostique du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#) et la [règle 1.4 de l'onglet G – Radiologie diagnostique du Manuel des médecins omnipraticiens – Services de laboratoire en établissement](#) sont modifiées.

Si vous rendez un service de radiologie requis par un physiothérapeute, ce service est considéré comme assuré. Vous devez indiquer son prénom, son nom et sa profession dans la section *Professionnel en référence*. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **28 juillet 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **28 juillet 2022**.

## 6 Formation continue (Annexe XIX)

Le [paragraphe 1.01 de l'Annexe XIX](#) est modifié. Vous n'avez plus à être adhérent ou à être réputé adhérent aux activités médicales particulières pour vous prévaloir des dispositions de l'Annexe XIX. Par concordance, le dernier alinéa du [paragraphe 3.2.3 de l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières \(AMP\)](#) (51) est supprimé. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

Vous n'avez aucune action à poser. Nous réévaluerons les journées de formation auxquelles vous avez droit en 2023. Nous réviserons les demandes refusées et les versements paraîtront sur un ou des états de compte subséquents.

Les paragraphes [1.03](#), [3.01](#), [3.02](#) et [4.01](#) sont modifiés. Si vous êtes rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou selon le mode mixte, vous pouvez suivre un maximum de 3 blocs de 3 heures consécutives de formation continue par jour pour un maximum de 14 blocs par année civile. Le montant de l'allocation forfaitaire est de 354,50 \$ par bloc de 3 heures. Ces modifications entrent en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

Le [paragraphe 2.01](#) est modifié. Pour vous prévaloir des dispositions de l'Annexe XIX, les cours de formation continue doivent répondre aux critères d'obtention de crédits de catégorie 1 ou être reconnus selon le règlement de développement professionnel continu obligatoire du Collège des médecins du Québec (voir la liste des organismes agréés à l'[annexe I de l'Annexe XIX](#)). Notez que le Collège des médecins du Québec a été ajouté à la liste des organismes agréés pour la formation continue. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2021**.

Pour vous prévaloir des modalités de l'Annexe XIX, remplissez le formulaire *Demande de remboursement – 3814 – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ* accessible par notre service en ligne [Facturation – Formulaires](#). Chaque bloc de 3 heures est considéré comme une demi-journée de formation. Ainsi, pour l'utilisation des jours :

- 3 heures de formation équivalent à 0,5 jour;
- 6 heures de formation équivalent à 1 jour;
- 9 heures de formation équivalent à 1,5 jour.

Le formulaire 3814 a été modifié pour vous permettre d'inscrire la nouvelle valeur de 1,5 jour.

Vous n'avez pas à nous faire parvenir l'attestation de présence signée par le responsable officiel de la session de formation. Toutefois, vous devez la conserver pendant 5 ans, puisque nous pouvons la demander en tout temps.

Si vous avez suivi une formation de 9 heures à partir du **1<sup>er</sup> janvier 2023** et que vous avez facturé seulement une journée, vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour soumettre une [demande de révision](#).

## 7 Journées de pratique significatives (Annexe XXI)

Un sous-alinéa est ajouté au [paragraphe 1.05 c\) de l'Annexe XXI](#). Un total de 30 journées de pratique significatives pour les activités médico-administratives est alloué au médecin qui agit à titre de chef du service d'ÉVAQ. S'il est également chef de département de médecine générale ou chef d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, il a plutôt droit à 15 journées de pratique significatives pour le volet ÉVAQ. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> novembre 2020**.

S'il y a lieu, nous réévaluerons votre facturation rétroactivement au **1<sup>er</sup> novembre 2020**.

## 8 Rémunération mixte (Annexe XXIII)

À l'[annexe I de l'Annexe XXIII](#), certains tableaux de suppléments d'honoraires sont modifiés.

Les codes de facturation **08841** et **08843** (Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité) sont ajoutés à la section *Services sur base de temps* des tableaux de suppléments d'honoraires des sections suivantes :

- *B-1 – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, services dispensés dans le cadre du programme jeunesse et services d'interruption volontaire de grossesse en CLSC;*
- *B-2 – GMF-U en établissement;*
- *B-3 – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs.*

Les codes de facturation **08842** et **08844** sont ajoutés à la section *Services sur base de temps* des tableaux de suppléments d'honoraires des sections suivantes :

- *C-1 – Gériatrie – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS;*
- *C-2 – Soins palliatifs – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS;*
- *C-3 – Soins physiques en psychiatrie – Services rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP;*
- *C-4 – Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP;*
- *C-5 – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS;*
- *C-6 – Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS;*
- *D-1 – Services auprès des patients admis en établissement de longue durée dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP;*

- *E-1 – Réadaptation – Services de réadaptation rendus dans un CHSGS n’opérant pas une unité de courte durée et un service d’urgence et dans un centre de réadaptation dont la fonction principale est la réadaptation.*

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2021**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2021**. Les services déjà facturés seront réévalués.

## 9 EP 17 – Rémunération dans ou auprès d’un CLSC

### 9.1 Médecine de rue

Le [paragraphe 3.05 de l’Entente particulière relative à la rémunération dans ou auprès d’un CLSC](#) (17) est modifié. Vous pouvez être rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pour vos activités de première ligne en médecine de rue lorsque vous offrez des services de rapprochement avec une clientèle désavantagée. Celle-ci pourrait ne pas être visée par le programme d’itinérance ou de toxicomanie.

Vous pouvez vous prévaloir d’un forfait horaire qui s’ajoute à la rémunération de 95 % des heures d’activités professionnelles facturées en médecine de rue. Ce forfait horaire de 23,05 \$, versé trimestriellement, rémunère les activités de première ligne en médecine de rue, soit :

- les activités médicales et les activités cliniques qui y sont reliées;
- les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ou du milieu légal;
- les interventions préventives et éducatives auprès de la clientèle mentionnée ci-dessus.

Votre établissement doit nous faire parvenir le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte](#) (1897) ou [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547). Ces formulaires ont été modifiés pour inclure le programme *Médecine de rue*. Sur le formulaire, la situation d’entente *Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d’un CLSC* et le programme *Médecine de rue* doivent être indiqués.

Pour vous prévaloir de ce forfait, vous devez utiliser la nature de service **275XXX**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022** ou faire une [demande de révision](#).

Dans la mesure où vous modifiez le code de nature de service, nous réévaluerons le forfait horaire qui s’ajoute à la rémunération de 95 % des heures d’activités professionnelles facturées en médecine de rue. Le versement paraîtra sur un prochain état de compte. Vous n’avez aucune action à poser.

### 9.2 Intervention clinique collective

Le [paragraphe 5.06 de l’annexe I \(programme de santé mentale\) de l’EP 17 – Rémunération dans ou auprès d’un CLSC](#) est modifié. Le supplément d’honoraires de 19,40 % s’ajoute également aux services suivants :

- Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d’une condition de vulnérabilité, première période de trente (30) minutes (code de facturation **08841**);
- Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d’une condition de vulnérabilité, période supplémentaire de quinze (15) minutes (code de facturation **08843**).

Lorsque vous facturez ces services, utilisez l'élément de contexte *Modalités de rémunération spécifiques (EP-17) – Programme de santé mentale en CLSC*.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2021**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services et indiquer l'élément de contexte rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2021**. Les services déjà facturés seront réévalués.

## 10 EP 32 – RRSS Nunavik – CCSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord

Un alinéa est ajouté au [paragraphe 4.01.2 de l'Entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik \(17\), du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James \(18\) et le Centre de santé et des services sociaux de la Basse-Côte-Nord \(32\)](#).

Vous pouvez facturer 2 suppléments de visites par patient par jour lors d'une visite dans le cadre d'une clinique de la douleur pour l'évaluation ou le suivi d'un patient ou pour des infiltrations sous fluoroscopie visant le contrôle de la douleur. Notez que le maximum de 25 suppléments de visites par jour demeure.

Vous devez utiliser l'élément de contexte *Visite dans le cadre d'une clinique de la douleur pour l'évaluation ou le suivi d'un patient ou pour des infiltrations sous fluoroscopie visant le contrôle de la douleur*.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.  
Si vous avez facturé une visite dans une clinique de la douleur, vous avez **135 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour modifier votre facturation et ajouter l'élément de contexte *Visite dans le cadre d'une clinique de la douleur pour l'évaluation ou le suivi d'un patient ou pour des infiltrations sous fluoroscopie visant le contrôle de la douleur* rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

## 11 EP 33 – GMF

L'article VII est ajouté à l'[annexe V de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille \(GMF\) \(33\)](#).

Si vous n'êtes pas membre du groupe de médecine de famille, mais que vous participez aux services médicaux rendus en sans rendez-vous, vous êtes considéré comme faisant partie du groupe de médecins pour l'application des dispositions concernant la pratique de groupe de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) (par. 6.02 c)).

Ainsi, dans cette situation, vous êtes réputé être membre du GMF, ce qui vous donne droit à la tarification pour patient vulnérable et au forfait de responsabilité lorsque vous rendez des services aux patients inscrits auprès des médecins du GMF. Notez que vous n'avez pas à avoir au moins un patient inscrit dans le lieu de facturation pour vous prévaloir des modalités de groupe. Toutefois, vous **ne pouvez pas** vous prévaloir de la rémunération prévue pour les activités de fonctionnement du GMF (code d'activité **072101**) ou de celle prévue pour les activités cliniques (code d'activité **072103**).

Le médecin responsable doit nous aviser des médecins visés. Il doit remplir le formulaire [Groupe de médecine de famille et pratique de groupe](#) (4060) et nous le transmettre.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

À compter du 4 décembre 2023, dès le moment où nous vous confirmerons, par lettre, le traitement de votre formulaire 4060, vous pourrez facturer vos services rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

## 12 EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

### 12.1 Dossier médical électronique (DMÉ)

Le [paragraphe 17.01 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle](#) est modifié.

Pour compenser les frais d'acquisition et d'opération liés à l'utilisation d'un dossier médical électronique, lorsque vous exercez en cabinet GMF ou hors GMF, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de 459,90 \$ par trimestre (code de facturation 19978).

À compter du **1<sup>er</sup> avril 2021**, si vous exercez dans l'un des **GMF mixtes** (composés de sites privés et de sites publics) indiqués à l'[annexe I de l'EP 33 – GMF](#), vous pouvez également vous prévaloir du présent forfait.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2021**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer le forfait rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2021**.

### 12.2 Forfait de familiarisation et de gestion du changement

L'une des conditions pour bénéficier du forfait de familiarisation et de gestion du changement (code de facturation 19966) est modifiée ([paragraphe 18.02 b\) iii\)](#)). Pour vous prévaloir de ce forfait, vous devez avoir rendu visible une portion de vos plages de sans rendez-vous sur l'orchestrateur au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 2022. Ces plages incluent :

- les plages accessibles directement aux patients;
- les plages réservées à la réorientation en provenance de l'urgence et du Guichet d'accès à la première ligne.

Au besoin, les parties négociantes peuvent convenir de prolonger la date du 1<sup>er</sup> mai 2022 d'un commun accord et nous en informer.

Nous vous rappelons que la disposition relative au forfait de familiarisation et de gestion du changement s'est terminée le 30 septembre 2022.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2021**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer le forfait rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2021**.

## 13 EP 42 – Médecin enseignant

Les modifications suivantes entrent en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

### 13.1 Activités d'enseignement et d'apprentissage par simulation

L'[alinéa 3.5](#) est ajouté au paragraphe 3.01 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (42).

Vous pouvez désormais être rémunéré lorsque vous effectuez des activités d'enseignement et d'apprentissage par simulation nécessaires à l'atteinte des objectifs du programme de formation des résidents en médecine de famille. Vous devez alors utiliser l'un des codes d'activité suivants, selon le lieu visé :

- au sein du GMF-U (code d'activité **051395**);
- dans un centre de simulation universitaire (code d'activité **051396**);
- dans un milieu désigné à cette fin par une faculté de médecine (code d'activité **051397**).

Lors de votre facturation, indiquer le numéro d'établissement du GMF-U où vous détenez une nomination.

Si les activités sont effectuées dans un centre de simulation universitaire ou dans un milieu désigné à cette fin par une faculté de médecine, indiquez le nom de l'université dans le champ *Renseignements complémentaires*.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

## 13.2 Code de vulnérabilité

Le [paragraphe 3.04](#) est ajouté à la section II. Lorsque vous supervisez un médecin résident, vous pouvez ajouter ou modifier un code de vulnérabilité d'un patient inscrit auprès d'un autre médecin du groupe au GMF-U lors d'une visite, d'une intervention clinique ou d'une psychothérapie selon les dispositions du paragraphe 6.01 b) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle. L'inscription d'un code de vulnérabilité du patient doit faire état d'un suivi en association avec l'un des résidents du GMF--U.

## 13.3 Forfait de prise en charge et de suivi

Le [paragraphe 3.05](#) est ajouté à la section II. En tant que médecin inscripteur, vous pouvez vous prévaloir du forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code de facturation **08875**) pour les patients inscrits en votre nom qui ont été vus par un médecin superviseur lors de la première visite qui suit l'inscription ou lors de la première visite des années civiles suivantes. L'inscription du patient doit faire état d'un suivi en association avec l'un des résidents du GMF-U. Le médecin superviseur doit alors inscrire la visite au registre des consultations effectuées avec un résident.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer le forfait rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

## 13.4 Médecin ayant des activités d'enseignement occasionnelles dans un GMF-U établissement

Le [paragraphe 4.12](#) est ajouté à la section II. Même si vous n'exercez pas votre profession au sein d'un GMF-U établissement, vous pouvez être rémunéré pour l'enseignement théorique et clinique que vous donnez occasionnellement aux médecins résidents et aux externes du GMF-U établissement.

Pour ces activités, vous pouvez être rémunéré selon le mode de votre choix, soit :

- au tarif horaire selon les conditions prévues à la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant;
- en mode mixte selon les dispositions prévues à l'annexe I de l'Annexe XXIII (section B-2 – GMF-U établissement);
- aux honoraires fixes si vous exercez dans le même établissement et que vous y détenez une nomination régulière.

Si vous êtes rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, vous devez utiliser le code d'activité **051068**.

De plus, vous pouvez vous prévaloir des modalités de rémunération prévues à la section I de l'EP 42 – Médecin enseignant pour vos activités d'encadrement d'un médecin résident ou d'un externe.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos activités d'enseignement rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

Le chef du GMF-U doit nous envoyer un avis de service (formulaire 1897 ou 3547) qui tient lieu d'avis de nomination du médecin l'autorisant à être rémunéré pour ses activités d'enseignement effectuées au GMF-U. L'avis de nomination doit indiquer le mode de rémunération du médecin et préciser qu'il s'agit d'activités d'enseignement occasionnelles.

## 13.5 Médecin enseignant de façon occasionnelle dans un GMF-U en cabinet privé

Le [paragraphe 3.08](#) est ajouté à la section III. Même si vous n'exercez pas dans un GMF-U en cabinet privé, vous pouvez être rémunéré pour l'enseignement théorique et clinique que vous donnez occasionnellement aux médecins résidents et aux externes du GMF-U en cabinet privé.

Vous pouvez vous prévaloir de la rémunération prévue au [paragraphe 3.02 de la section III](#) de même que des modalités de rémunération prévues à la [section I de l'EP 42 – Médecin enseignant](#) pour vos activités d'encadrement d'un médecin résident ou d'un externe.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos activités d'enseignement rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

Si vous êtes autorisé à vous prévaloir de cette disposition, le chef du GMF-U doit nous informer par lettre :

- de votre nom;
- de votre numéro de pratique;
- de la période pendant laquelle vous exercerez occasionnellement ces activités dans le GMF-U.

La liste doit être transmise :

**Par la poste**

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

**Par télécopieur**

418 646-8110

## 14 EP 44 – CISSS des Îles

À l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (44), le [paragraphe 3.05](#) est remplacé et le [paragraphe 3.06](#) est ajouté. Les paragraphes 3.06 et 3.07 sont renumérotés 3.07 et 3.08.

Ces modifications entrent en vigueur le **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

### 14.1 Garde en disponibilité (par. 3.05)

La garde en disponibilité effectuée au CISSS des Îles est payable dans l'un des 3 secteurs suivants :

- services d'hospitalisation de courte durée;
- services d'obstétrique;
- services de longue durée jumelés avec les soins à domicile.

Pour vous prévaloir de la garde en disponibilité, vous devez détenir une nomination régulière, comme membre actif ou comme membre associé. Si vous détenez des privilèges temporaires pour assurer des services de façon *ad hoc* ou si vous exercez dans le cadre du mécanisme de dépannage, vous ne pouvez pas vous prévaloir de ces modalités.

Toutefois, vous êtes considéré comme détenant une nomination régulière pour un maximum de 3 mois si vous obtenez des privilèges temporaires en attendant une nomination régulière. Le chef de département clinique de médecine générale doit alors nous en informer. La nomination doit indiquer les secteurs d'activité dans lesquels vous pourriez effectuer de la garde en disponibilité. Ainsi, le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547) doit nous être transmis.

#### Conditions de rémunération

Pour la garde en disponibilité, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de 173 \$ par période de 5 heures divisible (34,60 \$/h).

Dans les secteurs des services d'obstétrique et des services en longue durée jumelés à des soins à domicile, un maximum d'un forfait par période de 5 heures par secteur peut être facturé, alors que dans le secteur de l'hospitalisation de courte durée un maximum de 2 forfaits par période de 5 heures peuvent être facturés.

La garde en disponibilité peut être effectuée en semaine de 20 h à 8 h et en tout temps le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Vous devez facturer l'un des forfaits suivants selon le secteur d'activité :

- Forfait de garde en disponibilité pour les services d'hospitalisation de courte durée (code de facturation **09718**);
- Forfait de garde en disponibilité pour les services d'obstétrique (code de facturation **09719**);
- Forfait de garde en disponibilité pour les services en longue durée et les soins à domicile (code de facturation **09720**).

Lors de votre facturation, indiquez :

- l'heure de début du service;
- la durée de la garde.

Ainsi, le forfait complémentaire quotidien pour la garde en disponibilité (code de facturation **19678**) est aboli.

Si vous avez facturé le forfait complémentaire quotidien pour la garde en disponibilité (code de facturation **19678**) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, vous avez **135 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour modifier votre facturation et utiliser les nouveaux codes (**09718**, **09719** et **09720**) rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

Dans les secteurs des services d'obstétrique et des services en longue durée jumelés à des soins à domicile, s'il y a rupture de service ou qu'un médecin exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage, aucun médecin ne peut facturer le forfait. Dans le secteur des services d'hospitalisation de courte durée, si un médecin exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage pour une portion de la semaine, le nombre de forfaits qui peuvent être facturés est réduit de moitié pour cette semaine.

Vous ne pouvez vous prévaloir d'aucune autre rémunération pour la garde en disponibilité.

Vous pouvez toutefois vous prévaloir chaque jour d'autant de forfaits de garde en disponibilité que le justifie la responsabilité que vous assumez.

Le chef de département clinique de médecine générale nous informe lors du recours à un médecin dépanneur dans un des secteurs visés et des dates lorsqu'il y recourt.

Le forfait pour la garde en disponibilité est exclu du calcul du revenu brut trimestriel.

## 14.2 Forfaits complémentaires trimestriels (par. 3.06)

Pour vos activités liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle au CLSC de l'Archipel (80795), vous pouvez vous prévaloir d'un forfait complémentaire trimestriel de 141,50 \$ (code de facturation **09722**).

Indiquez :

- le nombre de forfaits;
- l'heure de début.

Ainsi, le forfait complémentaire quotidien pour les activités médico-administratives ou liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle (code de facturation **19679**) est aboli.

Si vous avez facturé le forfait complémentaire quotidien pour les activités médico-administratives ou liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle (code de facturation **19679**) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, vous avez **135 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour modifier votre facturation et utiliser le nouveau code (**09722**) rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

Pour vous prévaloir du forfait, vous devez détenir une nomination régulière dans l'établissement, comme membre actif ou comme membre associé. Si vous détenez des privilèges temporaires pour assurer des services de façon *ad hoc* ou si vous exercez dans le cadre du mécanisme de dépannage, vous ne pouvez pas vous prévaloir de ces modalités.

Toutefois, vous pouvez être considéré comme détenant une nomination régulière pour un maximum de 3 mois si vous obtenez des privilèges temporaires en attendant une nomination régulière. Le chef de département clinique de médecine générale doit nous en informer.

Une banque de 590 forfaits est allouée pour les activités de prise en charge et de suivi de la clientèle. Le nombre de forfaits complémentaires trimestriels auquel vous avez droit est déterminé par le chef de département clinique de médecine générale qui vous en avisera. Il réévaluera chaque trimestre le nombre de forfaits auquel vous avez droit et nous en informera en transmettant les informations par courriel au registraire de la RAMQ. Le forfait complémentaire trimestriel est exclu du calcul du revenu brut trimestriel.

### 14.3 Modification des codes d'activités liés à la prime de responsabilité

En vue de l'application de la prime de responsabilité et du calcul des journées de pratique significatives, vous devez désormais utiliser l'un ou l'autre des codes d'activités suivants selon que vous exercez en CHSLD ou non :

- **002401** Services rendus dans un CHSLD donnant droit à la prime de responsabilité;
- **002147** Services rendus dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour soumettre votre demande de révision pour les services rendus rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2023**.

## 15 EP 50 – Activités médico-administratives – Services d'urgence d'un établissement

Le titre de l'[article 4.00 de l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement](#) (50) est modifié. Il devient *Médecins autres que le chef (incluant le chef et celui qui l'assiste)*. Ainsi, le médecin chef de l'urgence de même que celui qui l'assiste peuvent participer aux différents comités indiqués à l'article 4.00.

Le [paragraphe 4.01](#) est modifié. Vous pouvez participer à distance aux réunions des comités indiqués à ce paragraphe. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos activités rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2022**.

## 16 EP 54 – GMF-AR

Les conditions d'admissibilité pour obtenir une reconnaissance GMF-AR sont modifiées dans l'[Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau](#) (54).

Le GMF-AR doit offrir des services médicaux consacrés à la mission réseau pour un **minimum de 76 heures** par semaine ([par. 3.01 c](#)).

Chaque jour, un **minimum de 8 heures** de services doivent être rendus de 7 h à 22 h ([par. 3.01 d](#)).

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2022**.

## 17 Lettre d'entente n° 188 – Évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ)

Le [paragraphe 5.5 de la Lettre d'entente n° 188](#) est modifié. Le nombre de forfaits alloués au chef du service d'ÉVAQ est augmenté à **676 forfaits**.

Étant donné que la période d'application correspond à une année civile, le prorata s'applique comme suit :

- **215 forfaits** du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mai 2022;
- **396 forfaits** du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 décembre 2022;
- **676 forfaits** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2022**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos forfaits rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2022**.

## 18 Lettre d'entente n° 304 – Transfert en bloc de patients

Le [paragraphe 3 de la Lettre d'entente n° 304](#) est modifié. Le médecin ou le coordonnateur médical local peut convenir, avec le médecin prêt à assurer la continuité, du nombre de patients à transférer ainsi que de la date du transfert dans le cas :

- d'une des situations décrites au [paragraphe 12.04 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle](#);
- dans le cas d'une radiation provisoire de plus de 24 mois.

Les nouvelles situations ont été ajoutées au formulaire [Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits – Lettre d'entente n° 304](#) (4381). En cas de radiation du médecin qui transfère sa clientèle, celui-ci doit indiquer sur le formulaire la date de début et de fin de sa radiation.

Notez que les patients peuvent être transférés de façon successive ou non à un ou plusieurs médecins et que le premier transfert de patients entre 2 médecins doit être d'au moins 50 patients. Toutefois, il peut être de moins de 50 patients s'il s'agit d'un transfert subséquent entre les 2 mêmes médecins. Au plus 1 000 patients peuvent être transférés à un médecin annuellement.

D'ailleurs, lors du transfert de votre clientèle, vous pouvez demander au comité paritaire d'en conserver une partie pour continuer la prise en charge et le suivi, lorsque vous :

- réorientez votre pratique;
- déménagez.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2022**.

## 19 Lettre d'entente n° 367 – Clinique d'urgences mineures à l'hôpital Jeffery-Hale

La nouvelle [Lettre d'entente n° 367 concernant des modalités spécifiques de rémunération du médecin qui dispense des services dans le cadre du projet pilote de clinique d'urgences mineures implanté à l'hôpital Jeffery-Hale](#) est introduite.

Si vous rendez des services médicaux sur place à la clinique d'urgences mineures de l'hôpital Jeffery Hale, vous devez vous prévaloir des modalités de rémunération pour le groupe 3 prévues à l'[article 6.00 de l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements](#) (43) (codes de facturation **19856**, **19857** et **19858**). Les majorations prévues au [paragraphe 2.2.9 B du Préambule général](#) s'appliquent.

Vous devez :

- inscrire l'heure de début du service;
- utiliser l'élément de contexte *Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé*.

Notez que vous pouvez vous prévaloir de cette rémunération seulement pour les services rendus du lundi au dimanche, de 8 h à 0 h.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **15 mai 2022** et prennent fin le **14 mai 2024**.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **15 mai 2022**.

## 20 Lettre d'entente n° 379 – Constat de décès à l'hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal

La nouvelle [Lettre d'entente n° 379 concernant l'adaptation des modalités de rémunération de la Section II et de la Section III de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence applicables durant la période de transition des services pour la région de Montréal et Laval vers un hôpital de base et ayant trait à la négociation relative aux conditions et modalités de rémunération applicables à la suite de la période de transition](#) est introduite.

Concernant les services préhospitaliers d'urgence dans les régions de Montréal et de Laval, les services de constat de décès en ligne seront intégrés dans les activités courantes des médecins qui assurent la garde sur place à l'hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal vers le **1<sup>er</sup> octobre 2024**.

### Dispositions transitoires pour les constats de décès

Ainsi, une période de transition du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 30 septembre 2024 est mise en place pour le transfert de ces activités. Pendant la période de transition, 95 % des services de constat de décès doivent être effectués à la Corporation d'Urgences-santé. Le 5 % restant se fait à l'hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal.

### Dispositions transitoires pour les activités de soutien en ligne

Du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 30 septembre 2023, 95 % des heures destinées aux activités de soutien en ligne devaient être offertes aux médecins qui assuraient déjà ces services à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal avant le 1<sup>er</sup> octobre 2022. Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2023, les activités de soutien en ligne doivent être effectuées en totalité par les médecins détenant une nomination au département de médecine préhospitalière d'urgence de cet hôpital.

### Modalités de rémunération

Pour vous prévaloir des présentes dispositions, vous devez :

- détenir une nomination à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal avec privilèges d'exercice au département de médecine préhospitalière d'urgence;
- faire l'objet d'une entente entre cet hôpital et la Corporation d'Urgences-santé pour assurer la couverture des constats de décès.

Lorsque vous effectuez un constat de décès à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, vous êtes rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes. Vous devez utiliser :

- le numéro d'établissement **0027X**;
- le code d'activité **215160** – Constat de décès.

Vous avez **90 jours** à compter du **4 décembre 2023** pour facturer vos services rétroactivement au **15 mai 2022**.

## 21 Lettre d'entente n° 380 – Ressourcement pour les médecins déplacés d'Urgences-santé

La nouvelle [Lettre d'entente n° 380 concernant le programme de ressourcement en médecine hospitalière de soins de courte durée et de soins palliatifs pour les médecins déplacés d'Urgences-santé](#) est introduite. Elle entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> octobre 2022** et se termine le **30 septembre 2025**.

Le programme de ressourcement permet au médecin de recevoir une allocation compensatoire pour le stage qu'il suit afin de lui permettre d'offrir des services en soins de courte durée ou en soins palliatifs.

### Conditions d'admissibilité

Vous pourriez vous prévaloir d'un programme de ressourcement si vous avez participé à la couverture des constats de décès par Urgences-santé ou au soutien médical en ligne à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avant et pendant la période de transition vers le modèle de l'hôpital de base à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Pour vous prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente, vous devez en plus :

- être en pratique depuis plus de 3 ans;
- ne pas avoir pratiqué de façon significative dans le secteur visé par votre demande depuis plus de 3 ans;
- vous inscrire dans le programme de ressourcement de la présente lettre d'entente pour la première fois;
- répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec;
- compléter vos stages sur une période ne dépassant pas 3 mois, sauf sur approbation du comité paritaire.

### Procédure

1. Vérifiez s'il y a des besoins dans le secteur pour lequel vous souhaitez établir un projet de ressourcement. Pour cela, adressez-vous :
  - à un établissement de votre territoire qui offre le genre de services visés par votre projet de ressourcement;
  - au mécanisme de dépannage.

L'établissement ou le mécanisme de dépannage vous confirmera s'il y a des besoins dans le secteur visé.

2. Soumettez une demande au Collège des médecins du Québec pour établir les exigences de ressourcement liées à votre projet de pratique et convenir du mode de sélection des maîtres de stage.
3. Soumettez votre projet de ressourcement au comité paritaire pour approbation. Votre projet doit mentionner notamment :
  - le nombre de journées de stage prévues;
  - le nom du ou des médecins maîtres de stage;
  - le nom des installations utilisées comme lieux de formation.

Le comité paritaire nous transmet le nom des médecins visés par la présente lettre d'entente.

### Modalités

Pendant votre stage de ressourcement, vous pouvez vous prévaloir d'une allocation forfaitaire quotidienne de :

- 711,50 \$ pour une période de formation de 8 heures (code de facturation **19437**);
- 355,75 \$ pour une période de formation de 4 heures (code de facturation **19438**).

Durant votre stage, lorsque vous recevez l'allocation forfaitaire, vous ne pouvez vous prévaloir d'aucune autre rémunération pour les services rendus la même journée dans l'installation où vous effectuez votre stage. De plus, vous ne pouvez pas vous prévaloir des dispositions de l'Annexe XIX relatives au programme de formation continue ni de celles relatives au ressourcement prévu à l'Annexe XII.

Toutefois, si vous exercez de façon régulière en cabinet, vous pouvez recevoir une compensation pour les frais de cabinet lorsque votre formation a lieu pendant une journée où vous auriez exercé en cabinet. Cette compensation est de 208 \$ par jour (code de facturation **19437**) ou de 104 \$ par demi-journée (code de facturation **19438**). Utilisez l'élément de contexte ***Aurait exercé en cabinet pendant la période du stage de ressourcement.***

Notez que les frais de déplacement et de séjour sont à votre charge durant votre stage de ressourcement.

Vous pouvez vous prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente pour les séances de formation suivantes :

- Cours en soins avancés de réanimation des polytraumatisés (ATLS);
- Cours avancé de réanimation pédiatrique (APLS);
- Cours avancé de réanimation cardiorespiratoire (ACLS).

L'allocation reçue pour votre stage de ressourcement est exclue du calcul du revenu brut trimestriel.

À compter du **4 décembre 2023**, dès que nous recevons votre désignation, vous pourrez facturer votre allocation forfaitaire rétroactivement au **1<sup>er</sup> octobre 2022**.

### Maître de stage

Votre maître de stage peut se prévaloir des dispositions relatives à l'enseignement clinique ([par. 1.1.3 du Préambule général](#)).

Les frais payés par le Collège des médecins du Québec peuvent être remboursés pour l'encadrement par le maître de stage. Le montant versé peut aller jusqu'à 920 \$ par jour de stage. S'il souhaite être remboursé, le médecin maître de stage doit s'adresser au comité paritaire. Le comité paritaire analysera sa demande et nous informera du montant à lui rembourser. Les pièces justificatives liées à sa demande doivent être conservées.