

4. ENTENTES PARTICULIÈRES

AVANT-PROPOS :

Les ententes particulières sont des ententes conclues entre le MSSS et la FMOQ en vertu de l'entente générale relative à l'assurance maladie (paragraphe 4.04 ou 17.07), qui ont pour objet la détermination de la rémunération et de certaines conditions d'exercice.

INDEX DES ENTENTES PARTICULIÈRES

Remarque : L'index des ententes particulières est un document administratif, créé dans le but de faciliter la consultation et constitue un **point de repère**. Les **titres officiels** paraissant au début de chacune des ententes particulières ont été **abrogés**; seuls les mots-clés sont conservés **pour le présent index**.

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
1	Grand-Nord	1-1
	Soins psychiatriques en CH (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
3	Unité de soins intensifs ou coronariens en CHSGS.	3-1
	Garde en disponibilité , CLSC / Réseau de garde intégré (<i>abrogée par l'Amendement n° 88</i>)	
#	Garde sur place CH Paul-Gilbert de Charny / Service d'urgence de 1 ^{re} ligne (<i>abrogée par l'Amendement n° 157</i>)	
6	Garde dans CLSC / Réseau de garde intégré / Service d'urgence de 1 ^{re} ligne	6-1
	Programme d'hospitalisation à domicile / Projet d'expérimentation (<i>abrogée par l'Amendement n° 69</i>)	
	Urgences-santé (système préhospitalier d'urgence, Montréal-Centre et Laval) (<i>remplacée par EP Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (n° 46)</i>)	
	Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	C.H. de l' Archipel (Îles-de-la-Madeleine) (<i>abrogée par l'Amendement n° 114 et remplacée par EP CSSS des Îles (n° 44)</i>)	
10	Services en anesthésie dans certains CHSGS	10-1
11	Assurance responsabilité professionnelle	11-1
	Programme en toxicomanie (certains établissements) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	Garde sur place CH Trois-Pistoles /Service d'urgence de 1 ^{re} ligne (<i>abrogée par l'Amendement n° 65</i>)	
	Garde effectuée à l' hôpital St-Julien (<i>abrogée par l'Amendement n° 82</i>)	
#	CLSC Centre-ville et personnes itinérantes de Montréal (<i>abrogée par l'Amendement n° 157</i>)	

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
	Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
	Centre de santé des Hauts-Bois (<i>abrogée par l'Amendement n° 62</i>)	
	Garde sur place en régions universitaires - Service d'urgence de 1 ^{re} ligne en CHSCD (<i>abrogée par l'Amendement n° 84</i>)	
16	Activités médicales particulières (AMP)	16-1
17	Rémunération dans ou auprès d'un CLSC	17-1
	Unité de médecine familiale (UMF) (<i>abrogée par l'Amendement n° 108</i>)	
19	Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement pour l'agence	19-1
	Soins palliatifs / Établissement qui exploite un CHSGS ou maison privée liée par entente (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
21	Planning-sexualité (Établissement qui exploite un CHSGS)	21-1
	Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS (<i>abrogée par l'Amendement n° 127 et remplacée par l'EP n° 49</i>)	
23	Centre de Santé Chibougamau	23-1
24	Santé publique	24-1
	Garde sur place - Urgence 1 ^{re} ligne, CHSGS désignés - Réseau intégré (<i>abrogée par l'Amendement n° 112 et remplacée par l'EP n° 43</i>)	
	Garde en disponibilité auprès de certains établissements (<i>maintien à domicile</i>) (<i>abrogée par l'Amendement n° 88</i>)	
	CH Régional de Sept-Îles (<i>abrogée le 30 juin 2001, Amendement n° 75</i>)	
27	Chef de département clinique de médecine générale (CHSGS)	27-1
	Centre hospitalier ambulatoire de la Région de Laval (CHARL) (<i>abrogée par l'Amendement n° 127</i>)	
29	Malade admis - CHSGS	29-1
	Garde en disponibilité en CHSGS (<i>abrogée par l'Amendement n° 88</i>)	
31	Projet / CH Pierre Janet / santé mentale	31-1
32	RRSSS du Nunavik (17), Conseil Cri SSS de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)	32-1
33	Groupe de médecine de famille (GMF)	33-1
	Entente particulière provisoire / Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables (<i>abrogée le 31 décembre 2006, Amendement n° 95</i>)	
	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables (<i>abrogée le 31 décembre 2006, Amendement n° 95</i>)	
	Chef du service d'urgence (CHSGS) (<i>abrogée par l'Amendement n° 138 et remplacée par l'EP n° 50</i>)	

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
	Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) (<i>abrogée par l'Amendement n° 149 et remplacée par l'EP n° 53</i>)	
38	Garde en disponibilité	38-1
39	Clinique réseau	39-1
40	Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle	40-1
41	Centre de médecine de jour	41-1
42	Médecin enseignant	42-1
43	Garde sur place - Certains établissements	43-1
44	CSSS des Îles	44-1
45	Unité de décision clinique (conditions d'exercice et rémunération)	45-1
	Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (<i>abrogée par l'Amendement n° 145</i>)	
	Services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (<i>abrogée par l'Amendement n° 145</i>)	
#	DSQ - DMÉ (<i>abrogée par l'Amendement n° 154 et remplacée par la LE n° 301</i>)	
49	Rémunération de services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	49-1
50	Rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement	50-1
51	Activités médicales particulières (AMP)	51-1
52	Services préhospitaliers d'urgence	52-1
53	Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)	53-1

EP - GRAND-NORD

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC CONCERNANT LES MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LE GRAND-NORD

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans ou auprès des établissements ou installations suivants : le Centre de santé et des services sociaux de la Radissonie (Centre hospitalier La Grande Rivière), le Centre de santé de l'Hémaité, le Centre de santé de la Minganie, le CLSC Naskapi ou l'un de leurs points de service.
- + **1.02** Aux fins de l'application de l'annexe XII de l'entente générale, les CLSC rattachés aux établissements ou aux installations visés à la présente entente sont réputés être des CLSC du réseau de garde intégré. Il en va de même pour leur service d'urgence en ce qui a trait à l'application de l'annexe XXI de l'entente générale et du paragraphe 16.01 de *l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des centres susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS D'EXERCICE

- + **3.01** La dispensation à domicile de services médicaux sur le territoire desservi par un établissement ou installation qui exploite un centre visé aux présentes fait partie du programme de santé de cet établissement ou installation. Il en est ainsi des services médicaux dispensés dans l'un de ces centres en vertu d'une entente de service;
- 3.02** Le temps que le médecin consacre à la dispensation de ces services fait partie de sa période régulière d'activités professionnelles s'il est rémunéré à honoraires fixes et, s'il est rémunéré selon le mode du tarif horaire, de sa période normale d'activités professionnelles;

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser les codes d'activité suivants :*

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **002081** Garde en disponibilité
- **002084** Services cliniques (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- **002085** Garde sur place (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- **002094** Garde en disponibilité (points de services)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF**, seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Le médecin peut cependant opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'entente.

AVIS : *Pour le mode de rémunération à l'acte, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) pour la facturation des services médico-administratifs.*

4.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : - Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).
- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

5.01 Circonstances exceptionnelles et temporaires

S'il y a survenance de circonstances exceptionnelles et temporaires, le chef du département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser, au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu aux paragraphes 5.02 et 5.05 de l'annexe XIV de l'entente générale.

5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Grand-Nord;
- à la section Informations additionnelles, sélectionner Article 5.02 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues et inscrire la période couverte par l'avis de service.

- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière;
- c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 8.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

- + **6.01** La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le centre ou l'installation. Elle est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;
- + **6.02** Dans ou auprès d'un centre, d'une installation ou pour le compte d'un établissement exploitant plusieurs centres, au plus deux (2) médecins peuvent, par période de garde en disponibilité, se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 6.01;
- 6.03** Dans ou auprès d'un point de service désigné spécifiquement par accord des parties, un médecin peut, par période de garde en disponibilité, être rémunéré selon les modalités qu'édicté le paragraphe 6.01. Cette garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le dispensaire.

7.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

- 7.01** Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;
- 7.02** Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

8.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

- 8.01** Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement selon les termes du décret 1179-88 du 3 août 1988;
- 8.02** La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

9.00 DÉPANNAGE

- 9.01** L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les dispositions de ce même article s'appliquent au médecin visé par le présent article, sous réserve des dispositions suivantes :
- + **9.02** Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès d'un établissement ou installation visé, est rémunéré :
- a) soit selon un *per diem* auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu au paragraphe 6.00;
 - b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au *per diem*, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire;

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **009030** Services cliniques
- **009063** Garde sur place
- **009081** Garde en disponibilité
- **009094** Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)

Identifier le mode de rémunération, comme suit :

PD (per diem) :

- **009030** pour 9 heures d'activités sur place (équivalent à 14 heures d'activités).

TH (tarif horaire) :

- **009030** lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au per diem, soit moins de 9 heures ou plus de 9 heures. Toutefois, pour plus de 9 heures d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération. Si le mode de rémunération est PD, inscrire 9 heures dans la case heures travaillées.
- **009063** aucune particularité
- **009081** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en PD
- **009094** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en PD

9.03 Sous réserve du paragraphe 7.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

9.04 La rémunération selon le *per diem* couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

Le taux de base du *per diem* est de 1 024 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 1 067 \$ au 1^{er} juin 2013.

9.05 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement.

9.06 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

9.07 Aux fins de l'application des dispositions des articles 4.00 et 5.00 de l'annexe XX, le *per diem* est divisible en heures.

AVIS : Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

Si vous avez à utiliser un secteur de dispensation, vous devez répartir vos heures effectuées (per diem divisible en heures) avec ou sans secteur de dispensation.

Exemple : Facturation un jour ouvrable pour la période de 15 h à 24 h :

Plage PM : 5 heures

Plage soir : 4 heures avec secteur de dispensation **32**

10.00 MESURES TRANSITOIRES

10.01 Les heures excédentaires effectuées du 1^{er} juin 1998 au 30 septembre 1998, peuvent être imputées sur les semaines couvrant la période du 1^{er} décembre 1997 au 31 mai 1998, en autant que le médecin bénéficie de la disposition du paragraphe 6.09 de l'entente particulière du 8 octobre 1993 et que les règles d'application de ce paragraphe soient rencontrées.

10.02 Ces heures ainsi imputées ne sont pas comptabilisées dans le calcul des 1540 heures prévues au paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale;

10.03 La Régie applique cette imputabilité au plus tard le 28 février 1999;

10.04 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, peut, exceptionnellement, permettre à un médecin une dérogation aux délais qui lui sont fixés par le présent article.

11.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière intervenue en date du 8 octobre 1993, telle que modifiée subséquemment, concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord;

11.02 Elle prend effet le 1^{er} juin 1998. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - PSYCHIATRIQUES

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DE CERTAINS SERVICES PROFESSIONNELS DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS OÙ SONT DISPENSÉS DES SOINS PSYCHIATRIQUES****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui assure la prestation de services professionnels dans une partie de centre hospitalier énuméré à l'annexe I des présentes où sont dispensés des soins psychiatriques.

1.02 Cette entente régit également la rémunération des services professionnels dispensés par un médecin dans un centre hospitalier à vocation essentiellement psychiatrique énuméré à l'annexe 1 des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des stipulations contenues à la présente entente particulière.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin, lorsqu'il assure la prestation de services professionnels dans une partie d'établissement visé aux présentes, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il y est détenteur d'une nomination avec qualité de plein-temps ou de demi-temps, soit à la vacation s'il y est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération. Le médecin qui, dans cette partie d'établissement, n'est pas détenteur d'une nomination à honoraires fixes ou à la vacation est rémunéré à l'acte lorsqu'il y fournit des services médicaux.

3.02 Le présent article régit également, cette fois-ci au niveau de l'établissement, la rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un centre hospitalier à vocation essentiellement psychiatrique visé par les présentes.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre la présente entente au cours du trimestre visé.

4.00 VACATION ET NORMES Y AFFÉRENTES

4.01 L'attribution des vacances disponibles aux fins des présentes est effectuée sur recommandation du chef du département de médecine générale et du chef du département de psychiatrie, après consultation des médecins visés.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32,00 de l'Entente remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT

6.01 Le présent article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à la présente entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'un centre hospitalier, ou d'une partie de centre hospitalier, où sont dispensés des soins psychiatriques.

6.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par le centre hospitalier visé ainsi que par des médecins qui exercent leur profession dans le centre, ou dans la partie de centre, concerné. Elle est transmise, par écrit, au Ministre et à la Fédération.

6.03 Une demande ayant pour objet le retrait d'un centre hospitalier de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment du centre hospitalier et des médecins concernés, l'approbation des parties.

6.04 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que le centre hospitalier et les médecins concernés.

6.05 Le comité paritaire peut effectuer toute modification à l'annexe I.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-2 est abolie.

7.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES À HONORAIRES FIXES OU À LA VACATION

7.01 Dans une partie d'établissement énumérée aux présentes, la rémunération selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, couvre :

- a) la dispensation des soins médicaux effectuée par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire reliées à la dispensation des soins psychiatriques visée aux présentes.

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **027015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **027030** Services cliniques
- **027032** Rencontres multidisciplinaires
- **027037** Planification - Programmation - Évaluation
- **027043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **027063** Garde sur place
- **027071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **027098** Services de santé durant le délai de carence
- **027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

7.02 Par extension, la rémunération prévue au paragraphe 7.01 couvre également la dispensation des soins psychiatriques que le médecin visé à ce paragraphe est, pendant une période où il est rémunéré à honoraires fixes ou à la vacation, appelé à dispenser ailleurs dans l'établissement.

7.03 Dans un centre hospitalier à vocation essentiellement psychiatrique, la rémunération selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation couvre, sauf dérogation expressément prévue à l'annexe I des présentes, l'ensemble de l'activité professionnelle du médecin dans ce centre hospitalier.

8.00 DISPONIBILITÉ

8.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire un « E » dans la case C.S.*

9.00 DROITS ACQUIS

9.01 Le médecin qui, à la date d'inclusion d'un établissement à l'annexe I ci-jointe, exerce sa profession dans un établissement ou partie d'établissement visé par cette annexe et y est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation ne peut être contraint, pendant la durée de la présente entente particulière, de se prévaloir d'un autre mode de rémunération.

10.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

10.01 L'inscription, en tout ou en partie, à l'annexe I de la présente entente particulière, d'un établissement rend caduque, pour autant, l'inscription de cet établissement, lorsqu'elle existe, soit à l'annexe X de l'Entente, soit à tout autre accord prescrivant, comme mode exclusif de rémunération, soit les honoraires fixes, soit la vacation.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 30 juin 1986 et ses amendements et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de mai 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

AVIS : *L'article 9.01 a été modifié par l'Amendement n° 45.*

AVIS : *Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).*

A - EP - PSYCHIATRIQUES

ANNEXE I

Les parties de centres hospitaliers désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques sont :

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A-2 est abolie.

ABROGÉE

EP - SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, DANS UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin auprès de patients dans l'unité de soins coronariens ou dans l'unité de soins intensifs et coronariens, excluant les lits de monitoring, sise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés inscrit à l'annexe I des présentes;

- + **1.02** L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

AVIS : La liste des établissements désignés est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens visés aux présentes, optent pour le régime A ou B tels que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes. Dans le cas où une installation opère une unité de soins coronariens distincte de l'unité de soins intensifs, les médecins qui exercent dans l'unité de soins coronariens ne peuvent adhérer qu'au régime A;
- + **3.02** Une option de rémunération quant au régime de rémunération ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'unité de l'installation à la présente entente. Elle est exercée par l'ensemble des médecins concernés;
- + **3.03** L'adhésion d'une unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens d'une installation à la présente entente précise le régime de rémunération qui s'applique.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION RÉGIME A

AVIS : Utiliser le code d'établissement **0XXX6**.

4.01 Le médecin, selon un choix quotidien, opte d'être rémunéré selon la formule du mode de rémunération forfaitaire prévue au présent article ou selon la rémunération à l'acte prévue à l'entente générale.

4.02 La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant :

- pour la première journée de séjour dans l'unité un forfait de 129,70 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 136,20 \$ au 1^{er} octobre 2013;

- pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 104,50 \$ au 1^{er} juin 2013, de 111 \$ au 1^{er} octobre 2013 et de 112,30 \$ au 1^{er} décembre 2013.

AVIS : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **09997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **08896** pour la **deuxième** journée de séjour et les journées **suivantes** dans l'unité;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la **date d'entrée** et, le cas échéant, la **date de sortie** de cette unité de soins.

N.B. Le code 09997 peut être facturé uniquement à la date du début du séjour, soit la date à laquelle le patient est admis à l'unité ou réadmis à l'unité dans le cadre d'une même hospitalisation. Dans ce dernier cas, la date de début de séjour doit correspondre à la date de la réadmission.

Cette rémunération ne comprend pas les services professionnels effectués le même jour en dehors de l'unité des soins intensifs pour un patient donné.

En plus du forfait ci-dessus, un supplément est payé lorsque le patient est intubé et est ventilé mécaniquement de manière soutenue, en dehors d'une période de réanimation, durant une journée en cause. Ce supplément, par patient, par journée, est de 52,75 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 55 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code d'acte **15231** dans la section Actes ou dans celle des Visites;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6** ou **4XXX6**);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne le forfait et les actes non inclus dans le forfait et visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes

- le modificateur **069** (les samedi, dimanche ou jour férié), **408** (du lundi au jeudi de 20 h à 24 h sauf un jour férié), **409** (le vendredi de 20 h à 24 h sauf un jour férié) ou leurs multiples selon la période;
- les honoraires demandés en y incluant la majoration en vigueur;
- le code d'établissement spécifique (**0XXX6**)

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
069 – 094	646	1,3000
069 – 126	648	0,6058
094 – 408	714	1,1300
094 – 409	723	1,2300
094 – 126 – 408	391	0,5265
094 – 126 – 409	394	0,5731
126 – 408	716	0,5265
126 – 409	725	0,5731

NOTE : Le médecin qui réclame le supplément de ventilation peut, le même jour et pour le même patient, facturer l'installation pour ventilation en position ventrale.

4.03 Le forfait prévu ci-dessus ne comprend pas la rémunération de la prestation des actes suivants :

- a) la réanimation cardio-respiratoire (codes 00828, 00829);
- b) la mise en place de la canule artérielle (code 00684);
- c) le cathétérisme de veines centrales (codes 00695, 09305, 09306 et 00487);
- d) la mise en place d'un cathéter artériel ou veineux pour hémodialyse par voie transcutanée (code 00389);
- e) l'induction de l'hypothermie thérapeutique (code 20018);
- f) l'installation pour ventilation en position ventrale (code 20019);
- g) la mesure de la tension intra-abdominale (code 20020);
- h) la constatation de décès (codes 00013, 00014, 00016, 00018, 15234, 15264, 15265 et 15266);
- i) l'examen d'évaluation médicale et le constat médico-légal pour un patient présumé victime d'agression sexuelle (codes 09067, 09069, 15160 et 15967);
- j) le forfait de congé en établissement d'un patient admis (code 15158);
- k) le forfait de déplacement d'urgence auprès d'un patient à l'unité des soins intensifs et coronariens entre 0 h et 7 h (code 15232);
- l) les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643);
- m) la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (code 00596);
- n) l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (code 00182);
- o) le traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (code 00412);
- p) le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413);
- q) la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489);
- r) la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (code 00669);
- s) l'échographie ciblée d'urgence (code 00689).

4.04 Sont rémunérés à l'acte de la façon prévue à l'entente générale les soins simultanés requis par le médecin qui fournit l'ensemble de la prestation de services, les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant ou, en cas de non-disponibilité du médecin visé au paragraphe 3.01, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin.

AVIS : - Pour la facturation de soins donnés comme médecin consultant ou dans le cas de la non disponibilité du médecin traitant pour des soins immédiatement requis, inscrire la lettre « G » dans la case C.S.

- Pour la facturation de soins simultanés, inscrire la lettre « H » dans la case C.S.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION - RÉGIME B

AVIS : Utiliser le code d'établissement 4XXX6.

- + **5.01** Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens de l'installation peuvent opter pour le régime B si cette unité répond aux conditions suivantes :
 - a) elle comprend au moins sept (7) lits exclusivement de soins intensifs généraux ou dix (10) lits de soins intensifs et coronariens;
 - b) l'occupation moyenne de ces lits de soins intensifs généraux doit être sur base quotidienne d'au moins sept (7) patients de soins intensifs généraux ou de dix (10) patients de soins intensifs et coronariens;
 - c) la responsabilité de tous les patients ainsi que la coordination de tous les lits de l'unité est assumée par un médecin omnipraticien;
 - d) un seul médecin assume l'ensemble des soins dispensés auprès des patients de l'unité au courant de la période décrite au paragraphe 5.02.

5.02 Les modalités de rémunération prévues au présent article couvrent une période minimale de huit (8) heures de services dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le médecin est alors rémunéré selon un tarif de 719 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 749,50 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19105** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Malgré ce qui précède, au moment de l'adhésion de l'unité au régime B et sur demande de l'établissement ou des médecins concernés, le comité paritaire peut, en tenant compte notamment du nombre de lits et de la nature des soins requis, autoriser la rémunération sur la base d'une période de dix (10) heures de soins dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le forfait est de 898,75 \$ à compter du 1^{er} janvier 2012 et de 936,90 \$ à compter du 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19106** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 Au forfait prévu au paragraphe précédent, s'ajoute un forfait quotidien par patient dont le médecin assume la responsabilité. Ce forfait est fixé à 45 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits paraissant au paragraphe 4.02 des présentes soit de 52,70 \$ à compter du 1^{er} juin 2013. Ce forfait est fixé à 42,65 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits paraissant au paragraphe 4.02 des présentes, soit de 52,70 \$ à compter du 1^{er} octobre 2013 et de 53 \$ à compter du 1^{er} décembre 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19107** dans la case CODE de la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.04 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne les forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus et les actes non inclus dans les forfaits et visés par le sous-paragraphe 2.2.9.A.

AVIS : Les forfaits prévus et les actes non inclus dans les forfaits sont majorés de 30 % les samedi, dimanche ou jour férié. Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le modificateur **069** pour le code d'acte **19105, 19106 ou 19107**;
- les honoraires demandés en y incluant la majoration de **30 %**;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général, utiliser les modificateurs suivants :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
069 – 094	646	1,3000
069 – 126	648	0,6058

5.05 Ces forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 incluent tous les services dispensés auprès d'un patient de l'unité pendant une journée au cours de laquelle le médecin se prévaut des dispositions du présent article sous réserve des dispositions suivantes :

- a) Sont rémunérés à 45 % du tarif les actes suivants :
- la réanimation cardio-respiratoire;
 - le supplément de ventilation prévu au paragraphe 4.02 (*voir l'avis sous le paragraphe 4.02 concernant la facturation du code d'acte 15231*);
 - la mise en place de la canule artérielle;
 - le cathétérisme de veines centrales;
 - la mise en place d'un cathéter artériel ou veineux pour hémodialyse par voie transcutanée;
 - la mesure de la tension intra-abdominale;
 - l'induction de l'hypothermie thérapeutique lorsque l'intervention commence à l'intérieur de la période visée au paragraphe 5.02;
 - l'installation pour ventilation en position ventrale lorsque l'intervention commence à l'intérieur de la période visée au paragraphe 5.02;
 - les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (*code 15643*);
 - la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (*code 00596*);
 - l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (*code 00182*);
 - le traitement de pneumo et d'hémithorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (*code 00412*);
 - le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (*code 00413*);
 - la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (*code 00489*);
 - la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique (*code 00669*);
 - l'échographie ciblée d'urgence (*code 00689*).
- b) Le médecin qui se prévaut des dispositions du présent article et qui dispense des services auprès d'un patient de soins coronariens admis à l'unité de soins intensifs ou coronariens dont il n'assume pas la responsabilité est rémunéré à 45 % du tarif des actes.

AVIS : Dans la section Actes d'une Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire pour chaque service :

- le modificateur **177** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à **45 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).

Les multiples du modificateur **177** sont :

Combinaisons de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 177	632	0,2250
094 – 177	637	0,4500

- c) Sont rémunérés à 100 % selon l'entente générale :
- les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente);
 - la garde en disponibilité ainsi que les services nécessitant un déplacement et dispensés pendant cette période;
- AVIS :** Inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.
- en cas de non-disponibilité temporaire du médecin visé à la présente, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin;
- AVIS :** Inscrire la lettre « **G** » dans la case C.S et le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).
- les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant auprès d'un patient de l'unité de soins coronariens ou de soins intensifs;
- AVIS :** Inscrire la lettre « **G** » dans la case C.S et le code d'établissement spécifique (**4XXX6**).
- le forfait de congé en établissement d'un patient admis.

5.06 Tous les services dispensés hors de l'unité des soins intensifs et coronariens pendant la période visée au paragraphe 5.02 sont rémunérés à 45 % du tarif des actes posés.

AVIS : Dans la section Actes d'une Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire pour chaque service :

- le modificateur **177** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à **45 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;

Les multiples du modificateur **177** sont :

Combinaisons de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 177	653	0,5535
050 – 177	632	0,2250
094 – 177	637	0,4500

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **7.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière de son unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens et les modalités de retrait de celle(s)-ci;

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels au sein de l'unité visés par l'adhésion à la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

- + **7.03** Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité ou d'une installation de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;

7.04 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion de l'unité à la présente entente ou à son retrait de celle-ci ou quant à l'option relativement au régime de rémunération, le comité paritaire prévu à l'article 6.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

7.05 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

- + **7.06** Les installations adhérentes en vertu de l'entente particulière signée le 16 mai 1991 sont réputées être adhérentes au régime A de la présente entente.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière signée le 16 mai 1991 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1^{er} septembre 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^e jour de janvier 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

ANNEXE I

- + **Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens.**

AVIS : La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

EP - CH PAUL-GILBERT DE CHARNY

ENTENTE PARTICULIÈRE

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DU CENTRE HOSPITALIER PAUL-GILBERT DE CHARNY

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde sur place effectuée de 20 h à 8 h, dans le service d'urgence de première ligne du centre hospitalier Paul-Gilbert de Charny.

2.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

2.01 Forfait compensatoire

À compter du 1^{er} juin 1988, l'option de rémunération prévue au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif qui entre en vigueur à cette date s'applique, dans le service d'urgence visé aux présentes, à la rémunération de la garde sur place effectuée, de 20 h à 8 h, par le médecin rémunéré à l'acte.

3.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 30 mai 1988 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée par l'Amendement n° 157.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de mai 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

*EP - GARDE DANS CLSC***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde effectuée, dans le cadre du réseau de garde intégré, dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un centre local de services communautaires (C.L.S.C.) agréé par les parties et énuméré en annexe I des présentes.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-6 est abolie.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin exerçant dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**3.01 Participation**

Dans un centre local de services communautaires régi selon la présente entente particulière, cette entente permet au médecin non rémunéré à honoraires fixes dont l'activité professionnelle s'en limite à effectuer des gardes sur place régies en vertu des présentes, d'être titulaire, à cette fin, d'une nomination spécifique.

Cette entente particulière permet également à un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes dans un autre établissement d'être titulaire, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, d'une nomination spécifique à honoraires fixes pour la garde sur place qu'il effectue.

Une nomination spécifique à honoraires fixes au sens de la présente entente particulière ne comporte, à l'endroit du médecin qui en est titulaire, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

3.02 Garde sur place

La garde sur place effectuée par un médecin qui est rémunéré à l'acte est rémunérée selon ce mode et les options de rémunération prévues au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif s'appliquent.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde dans CLSC;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Voir les modalités d'application et de facturation à l'article 1.4 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

La garde sur place effectuée par un médecin qui se prévaut d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire est, selon le mode de rémunération applicable au médecin, rémunérée selon l'un de ces modes.

AVIS : Utiliser le code d'activités :

- **002063** (Honoraires fixes et tarif horaire) ou;
- **002071** (tarif horaire) ou;
- **002132** (honoraires fixes).

et les codes de secteurs de dispensation suivants :

Journées concernées	Heures concernées	Secteur dispensation	
		à partir du 1 ^{er} juillet 2010	jusqu'au 30 juin 2010
Tous les jours de la semaine	0 h à 8 h	35	12
Samedi, dimanche ou journée fériée	8 h à 24 h	28 ⁽¹⁾ ou 34	12 ou 14
Lundi au jeudi à l'exception d'une journée fériée	20 h à 24 h	32	12
Vendredi à l'exception d'une journée fériée	20 h à 24 h	33	12
Lundi au jeudi à l'exception d'une journée fériée	8 h à 20 h	07	07

⁽¹⁾ : Le secteur de **dispensation 28** peut être utilisé si vous respectez l'article 4.01 iv) de l'annexe XX.

3.03 Garde en disponibilité

Outre les motifs énoncés à l'article 14.00 de l'entente générale, la nécessité d'effectuer, en complémentarité avec la garde sur place, une garde en disponibilité selon la présente entente particulière, se fonde également sur le nombre réduit des effectifs médicaux et l'impossibilité qui en découle d'assurer, de façon continue, une garde sur place.

La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour les instructions de facturation, voir l'entente particulière relative à la garde en disponibilité.

3.04 Répartition de la garde sur place

Lorsque le fonctionnement du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes est assumé par des médecins dont certains sont rémunérés à l'acte et d'autres à honoraires fixes, la garde est répartie équitablement entre ces médecins par le chef de médecine générale, ou le médecin qui assume ces fonctions, peu importe leur mode de rémunération.

+ 3.05 Activités professionnelles

Un médecin dont la nomination spécifique a pour objet exclusif, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, la dispensation de services d'urgence de première ligne selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter une autre activité professionnelle se situant en dehors des périodes de garde sur place visées aux présentes. Le présent paragraphe ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Malgré l'objet restreint de sa nomination, le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique selon la présente entente particulière peut, à l'occasion et à la demande expresse du chef de médecine générale ou du médecin qui assume ces fonctions, accepter d'effectuer une activité professionnelle autre que la garde prévue à la présente entente particulière. Dans ce cas, pour l'activité professionnelle ainsi exercée, la rémunération à l'acte s'applique au médecin qui est rémunéré selon ce mode et, selon que le médecin est détenteur d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire, il est rémunéré, selon le mode de rémunération qui lui est applicable, en vertu des dispositions des paragraphes 15.04 ou 17.12 de l'Entente.

+ 3.06 Effectifs médicaux

Malgré les paragraphes 10.09 et 10.11 de l'entente générale, le médecin régi selon le paragraphe 3.05 de la présente entente particulière ne peut voir son avis de non-renouvellement de nomination spécifique fondé sur la détermination des effectifs médicaux arrêtés par le conseil d'administration de l'établissement.

Toutefois, cette disposition ne doit pas avoir pour effet d'augmenter le nombre de médecins autorisés par le plan d'effectifs médicaux spécifique prévu pour le C.L.S.C.

3.07 Malgré l'objet restreint de la nomination spécifique du médecin rémunéré à honoraires fixes visé aux deuxième et troisième sous-paragraphes du paragraphe 3.01, la garde sur place effectuée par ce médecin dans un C.L.S.C. visé aux présentes est, selon les modalités qu'édicte l'annexe VI de l'Entente, prise en compte aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire de ce médecin comme si la garde sur place visée avait été effectuée dans un établissement où, en qualité de plein temps ou de demi-temps, il exerce principalement.

3.08 La rémunération prévue à la présente entente particulière n'est payable, pour une même période de garde et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin.

3.09 L'établissement avise la Régie du nom du médecin rémunéré selon la présente entente.

4.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

+ 4.01 La présente entente particulière entre en vigueur à la date de sa signature.

4.02 Elle remplace l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) intervenue en date du 16 mai 1991 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de juin 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - GARDE DANS CLSC

ANNEXE I

Liste des C.L.S.C. désignés aux fins de l'entente particulière concernant la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-6 est abolie.

EP - URGENCES-SANTÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE**CONCERNANT LE SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE ET DE LAVAL ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ DE LA RÉGION DE MONTRÉAL-MÉTROPOLITAIN****PRÉAMBULE :**

En ce qui a trait au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain intervient en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, selon la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (L.Q., 1988, c. 47), et conformément aux dispositions du Code civil du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 DÉFINITIONS****1.01 Médecin inscrit**

Un médecin qui, selon la présente entente particulière et à compter de sa nomination par la Corporation, accepte de dispenser les activités professionnelles prévues à l'article 8.00;

1.02 Chef de département

Le médecin qui, sous l'autorité du directeur des services professionnels ou du conseil des médecins et pharmaciens, surveille, coordonne et contrôle les activités professionnelles des médecins inscrits;

1.03 Conseil des médecins et pharmaciens

Le conseil des médecins et pharmaciens institué aux termes de l'article 5.00 des présentes;

1.04 Directeur des services professionnels

Le médecin représentant la Corporation au conseil des médecins et pharmaciens et exerçant les fonctions de directeur des services professionnels. Une description de ces fonctions apparaît en annexe I des présentes;

1.05 Médecin consultant

Le médecin qui, en vertu d'une nomination spécifique, est appelé à fournir l'expertise particulière dont traite le paragraphe 7.05 des présentes;

1.06 Les parties

Le Ministre, la Fédération ainsi que, en sa qualité d'intervenante, la Corporation;

1.07 La Régie

La Régie de l'assurance maladie du Québec;

1.08 La Corporation

La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain.

2.00 OBJET DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE

2.01 Cette entente particulière a pour objet de régir, dans le cadre du système préhospitalier d'urgence établi sous la responsabilité de la Corporation, les normes afférentes à la rémunération du médecin, les conditions d'exercice de sa profession ainsi que les modalités de sa participation aux activités du système visé aux présentes.

3.00 CHAMP D'APPLICATION

3.01 La présente entente particulière lie, outre les parties, le médecin inscrit;

3.02 Selon les stipulations qu'elle énonce, la présente entente particulière lie la Régie ainsi que tout établissement, catégorie d'établissement, organisme ou autre personne qu'elle vise;

3.03 Aucune disposition de la présente entente particulière n'a pour effet de limiter le droit d'un médecin de dispenser, dans la région, un service assuré selon la Loi sur l'assurance maladie;

+ **3.04** Pendant la durée de la présente entente particulière, les parties conviennent de s'abstenir d'établir ou d'organiser tout système ayant pour objet principal des interventions médicales à domicile de nature urgente ou semi-urgente, tel que déterminé aux présentes, sur le territoire desservi par la Corporation, ou de participer à tel système. La présente disposition lie également tout médecin ainsi que tout établissement ou catégorie d'établissement. La présente disposition ne peut avoir pour effet d'empêcher l'agence ou le Ministre de transférer une partie des activités visées aux présentes à un établissement, à un organisme ou à toute autre personne;

3.05 L'organisation et le fonctionnement du système préhospitalier d'urgence visé aux présentes relèvent de la Corporation, sous réserve des stipulations contenues dans la présente entente particulière;

3.06 Dans le système préhospitalier d'urgence visé par les présentes, les incidences administratives et financières de l'activité professionnelle du médecin relèvent de la Corporation.

4.00 GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL ET RESPONSABILITÉ

4.01 Les garanties d'ordre professionnel prévues par l'article 7.00 de l'Entente bénéficient au médecin inscrit. Le Ministre et la Corporation en garantissent l'exercice;

4.02 À l'intérieur du système préhospitalier d'urgence visé par la présente entente particulière, le médecin inscrit, conservant son entière autonomie professionnelle, assume l'entière responsabilité des services professionnels qu'il rend;

4.03 La Corporation accepte ou refuse la nomination d'un médecin en tenant compte des éléments de son plan d'organisation visés à l'article 9.06 de la présente entente particulière;

La Corporation peut également refuser la demande de nomination d'un médecin en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres au présent système préhospitalier d'urgence;

4.04 Une demande de renouvellement de nomination ne peut être refusée par la Corporation qu'en fonction des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres au présent système préhospitalier d'urgence et du respect des obligations rattachées à la nomination du médecin;

4.05 La Corporation ne peut statuer sur le non-renouvellement de nomination d'un médecin inscrit, sa suspension ou son congédiement, qu'après lui avoir donné l'occasion de se faire entendre.

5.00 LE CONSEIL DES MÉDECINS ET PHARMACIENS

5.01 Les parties conviennent de constituer, au sein de la Corporation, un conseil des médecins et pharmaciens;

5.02 Le conseil des médecins et pharmaciens est composé de tous les médecins et pharmaciens qui exercent au sein de la Corporation;

5.03 Les responsabilités du conseil des médecins et pharmaciens envers le conseil d'administration de la Corporation sont :

- 1° de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des activités professionnelles des médecins et des pharmaciens faites dans le cadre du système préhospitalier d'urgence de la Corporation d'urgences-santé;
- 2° d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins et pharmaciens qui exercent dans le cadre du système préhospitalier d'urgence;

- 3° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination;
- 4° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination;
- 5° de donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin ou un pharmacien;
- 6° de faire des recommandations concernant l'adoption de règles, procédures ou règlements nécessaires à la dispensation adéquate des services médicaux et de règles d'utilisation des médicaments applicables dans le cadre du système préhospitalier d'urgence et élaborés par le chef de département;
- 7° d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la présence de médecins en fonction des besoins du présent système préhospitalier d'urgence;
- 8° de donner son avis sur les aspects professionnels relativement à l'organisation technique et scientifique du système préhospitalier d'urgence;
- 9° de faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des services médicaux et pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de la Corporation;
- 10° de faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la nomination accordée à un médecin par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du présent système préhospitalier d'urgence;
- 11° de faire des recommandations, eu égard aux vocables « exigences propres au présent système préhospitalier d'urgence » employés aux paragraphes 4.03 et 4.04, relativement à toute norme ou tout critère afférents auxdites exigences;
- 12° de donner son avis sur la nomination du chef de département conformément au paragraphe 6.01 de la présente entente particulière;
Il en est de même pour la nomination du directeur des services professionnels prévu au paragraphe 1.04;
- 13° de faire des recommandations à la Corporation sur les interventions médicales de nature urgente et de donner à celle-ci des avis relativement aux interventions médicales de nature semi-urgente prévues à l'article 8.00 des présentes;
- 14° de faire des recommandations à la Corporation sur les responsabilités relatives à la garde et à la confidentialité du dossier médical, responsabilités assumées par le directeur des services professionnels;
- 15° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux patients, de l'organisation de la Corporation et des ressources dont dispose cet organisme.

Le conseil des médecins et pharmaciens doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent;

5.04 Le conseil des médecins et pharmaciens donne son avis au directeur général sur les aspects administratifs des questions suivantes :

- 1° les moyens à mettre en oeuvre pour que les services médicaux et pharmaceutiques dispensés dans le cadre du système préhospitalier d'urgence le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans la région, soit dans un centre exploité par un établissement, soit par un organisme ou par toute autre personne et qui répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats;
- 2° l'organisation technique et scientifique de la Corporation;
- 3° la distribution appropriée des services médicaux et pharmaceutiques ainsi que l'organisation médicale de la Corporation;
- 4° toute autre question que le directeur général porte à son attention;

5.05 Le conseil des médecins et pharmaciens peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration;

5.06 Les responsabilités du conseil des médecins et pharmaciens sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins cinq (5) médecins ou pharmaciens désignés par le conseil, du directeur général, du directeur des services professionnels et du chef de département.

Le comité exécutif exerce tous les pouvoirs du conseil des médecins et pharmaciens.

Le mandat des membres du comité exécutif désignés par le conseil est de deux (2) ans et peut être renouvelé;

5.07 Aux fins de la présente entente particulière, les dossiers et procès-verbaux du conseil des médecins et pharmaciens, y compris ceux de chacun de ses comités, sont confidentiels et nul ne peut y avoir accès.

Pour autant qu'il s'agit du conseil des médecins et pharmaciens, l'interdiction susmentionnée ne s'applique pas à un membre du conseil, à un membre du comité exécutif de ce conseil, ou à un représentant du Collège des médecins ou de l'Ordre des pharmaciens dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la Loi.

Pour autant qu'il s'agit d'un comité du conseil des médecins et pharmaciens, l'interdiction susmentionnée ne s'applique pas à un membre de ce comité, un membre du comité exécutif du conseil ou un représentant du Collège des médecins ou de l'Ordre des pharmaciens dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi;

5.08 Nonobstant le paragraphe 5.07 ci-dessus, la Corporation peut obtenir à ses fins, sous un code anonyme, tout renseignement raisonnable relatif au fonctionnement du système préhospitalier d'urgence visé aux présentes.

6.00 CHEF DE DÉPARTEMENT

6.01 Le chef de département est choisi parmi les médecins inscrits au système préhospitalier d'urgence de la Corporation. Il est nommé par le conseil d'administration après consultation du directeur général, du directeur des services professionnels et du conseil des médecins et pharmaciens. Son mandat est d'au plus quatre (4) ans et peut être renouvelé. Le conseil d'administration doit statuer sur le renouvellement de nomination du chef de département au moins trois (3) mois avant l'échéance du terme pour lequel il a été nommé. Les dispositions du paragraphe 4.05 s'appliquent alors, mutatis mutandis, à celui-ci;

6.02 Sur l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de département exerce les fonctions suivantes :

- 1° coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le conseil des médecins et pharmaciens, les activités professionnelles des médecins;
- 2° gérer les ressources médicales;
- 3° élaborer les règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins;
- 4° faire la liste de garde conformément aux règlements du conseil des médecins et pharmaciens approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application;
- 5° s'assurer de la distribution appropriée des services médicaux;
- 6° voir au respect des règles d'utilisation des ressources élaborées et informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels ou le conseil des médecins et pharmaciens de l'inobservance, par un médecin, de ces règles.

Les règles prévues au paragraphe 3° du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou de suspendre le droit d'un médecin d'utiliser les ressources de la Corporation. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une suspension de la nomination du médecin accordée par le conseil d'administration.

Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels est responsable de l'application de ces sanctions. Il doit faire part au médecin des motifs sur lesquels il s'est fondé pour prendre sa décision et le médecin, s'il est en désaccord avec la décision, peut soulever un différend selon l'article 11.00 de la présente entente particulière.

Lorsqu'aucun chef de département n'est nommé, les responsabilités visées au paragraphe 6.02 sont exercées par le directeur des services professionnels.

Lorsque le chef de département néglige d'élaborer les règles d'utilisation des ressources, le directeur général peut demander au directeur des services professionnels de les élaborer.

Les règles d'utilisation des ressources prévues au paragraphe 3° du premier alinéa du présent article entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration qui doit, au préalable, obtenir l'avis du conseil des médecins et pharmaciens;

6.03 Sous l'autorité du conseil des médecins et pharmaciens, le chef de département exerce les fonctions suivantes :

- 1° surveiller la façon dont s'exerce la médecine;
- 2° élaborer des règles, procédures ou règlements nécessaires à la dispensation adéquate des services médicaux qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux patients, de l'organisation et des ressources dont dispose la Corporation;
- 3° donner son avis lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin et sur les obligations qui y sont rattachées.

Les règles, procédures, règlements visés au paragraphe 2° du premier alinéa du présent article doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins doit répondre à des règles uniques.

Lorsqu'aucun chef de département n'est nommé, les responsabilités visées au présent article sont exercées par le conseil des médecins et pharmaciens.

Lorsque le chef de département néglige d'élaborer les règles, procédures ou règlements visés au paragraphe 2° du premier alinéa, le conseil d'administration peut demander au conseil des médecins et pharmaciens de les élaborer.

7.00 NOMINATION

7.01 Un médecin doit, pour dispenser des services comme médecin inscrit, faire parvenir sa demande de nomination au directeur général de la Corporation qui la transmet sans délai au conseil des médecins et pharmaciens, pour recommandation. Il en informe par écrit le médecin;

7.02 Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de la demande de nomination prévue par le paragraphe 7.01, le conseil des médecins et pharmaciens transmet ses recommandations à la Corporation;

7.03 Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception des recommandations du conseil des médecins et pharmaciens, la Corporation avise le médecin par écrit de sa décision. Tout refus doit être motivé par écrit;

7.04 La nomination d'un médecin inscrit vaut pour une période de deux (2) ans. Au terme de cette période, elle est renouvelée pour un même terme selon les dispositions de la présente entente particulière par la Corporation, après recommandation du conseil des médecins et pharmaciens. La date de renouvellement de nomination applicable au médecin visé par le présent paragraphe est arrêtée par la Corporation, après recommandation du conseil des médecins et pharmaciens.

7.05 De façon exceptionnelle, une nomination spécifique à titre de médecin consultant peut être accordée à un médecin sur recommandation du conseil des médecins et pharmaciens lorsque ses services sont requis dans le cadre d'une expertise particulière. Les obligations rattachées à cette nomination sont alors celles visées par l'expertise particulière demandée;

7.06 Pour acquérir et conserver la qualité de médecin inscrit, tout médecin doit détenir, pour lui et sa succession, une police valide d'assurance responsabilité professionnelle acceptée par la Corporation et, chaque année, établir que cette assurance est en vigueur. Un médecin peut toutefois s'acquitter de l'obligation visée par le présent paragraphe en fournissant annuellement à la Corporation la preuve qu'il est membre de l'Association canadienne de protection médicale;

7.07 Tout médecin exerçant dans le système visé par les présentes doit s'engager à respecter les règles et procédures de fonctionnement du système préhospitalier d'urgence sous la responsabilité de la Corporation;

7.08 La Corporation peut, après recommandation du conseil des médecins et pharmaciens, démettre un médecin visé par le présent article s'il n'a pas respecté les règles et procédures de fonctionnement du système préhospitalier d'urgence ou s'il s'est rendu coupable d'un acte de négligence ou d'inconduite;

7.09 En cas d'urgence et de manquement grave, le chef de département ou le directeur des services professionnels de la Corporation peut décréter la suspension immédiate et temporaire d'un médecin inscrit et il doit alors faire rapport au conseil des médecins et pharmaciens dans les soixante-douze (72) heures suivant cette suspension. Dans les quinze (15) jours de la réception de ce rapport, le conseil des médecins et pharmaciens transmet à la Corporation les recommandations qui lui semblent appropriées;

7.10 Aucune disposition du présent article ne peut être interprétée comme empêchant un médecin détenant un certificat de spécialité non prévu par l'Entente d'agir comme médecin inscrit s'il satisfait aux critères de nomination en vigueur;

7.11 Le médecin qui décide de cesser d'exercer sa profession dans le présent système préhospitalier d'urgence doit donner à la Corporation un préavis d'au moins soixante (60) jours;

7.12 La Corporation avise la Régie de la nomination et du mode de rémunération des médecins visés par cette entente.

8.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

8.01 La rémunération selon le mode des honoraires fixes ou selon celui du tarif horaire prévue par la présente entente particulière couvre :

- a) les activités de contrôle immédiat à distance au niveau de la répartition et du tri des appels urgents et comprenant certaines fonctions d'expertise reliées à la formation, à l'évaluation et à l'appréciation de la qualité;
- b) les activités de contrôle direct faites sur les lieux de l'intervention et reliées à la supervision des protocoles de soins et au contrôle de la qualité des interventions-terrain. Ces activités peuvent comprendre, dans les cas urgents selon des critères déterminés par la Corporation sur recommandation du conseil des médecins et pharmaciens, des interventions diagnostiques et thérapeutiques;
- c) après consultation du conseil des médecins et pharmaciens, les interventions médicales de nature semi-urgente déterminées par la Corporation, telles les constats de décès, l'évaluation des cas à caractère psychiatrique avec refus de transport et le traitement de clientèles à mobilité réduite.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **010015** Examen relatif à l'hépatite C
- **010038** Coordination (chef de département)
- **010042** Médecin inscrit
- **010044** Médecin consultant
- **010063** Garde sur place
- **010071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (TH seulement)
- **010075** Témoin
- **010098** Services de santé durant le délai de carence
- **010132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

9.00 RÉMUNÉRATION

9.01 Pour les services qu'il dispense dans le cadre de la présente entente particulière, le médecin inscrit est rémunéré par la Régie, de façon exclusive, soit au tarif horaire, soit à honoraires fixes. Le médecin consultant est, quant à lui, rémunéré selon le mode du tarif horaire;

9.02 Les modalités de rémunération s'appliquant à chacun de ces modes sont celles prévues à l'entente générale conclue entre le Ministre et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

9.03 Aux fins de l'application des annexes VI et XIV de l'Entente et des articles 5 et 7 de l'annexe IX, la Corporation d'Urgences-Santé est réputée être un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au sens de ces dispositions;

9.04 Le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'entente générale, relatives à la garde sur place seulement, lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

Il en est de même pour le médecin régi par l'annexe VI de l'entente générale qui est appelé, en sus de ses heures régulières, à dispenser des services pendant les périodes mentionnées à l'alinéa précédent;

9.05 Les modalités prévues à l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale relativement à la rémunération de la garde sur place s'appliquent au médecin qui dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine et les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine;

9.06 Les dispositions prévues aux paragraphes 5.02 et 5.03 de l'annexe XX de l'entente générale s'appliquent au médecin rémunéré en vertu de la présente entente.

AVIS: *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

9.07 Dans le cadre de son plan d'organisation, la Corporation, sur une base annuelle, détermine, quant aux médecins, le nombre d'effectifs et le nombre d'heures d'activités professionnelles requis, après recommandation du conseil des médecins et pharmaciens. Dans la détermination du nombre d'heures requis, la Corporation tient compte des activités médico-administratives exigées du chef de département et du médecin inscrit, eu égard à la mission du système géré par la Corporation;

9.08 Les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur des services professionnels;

9.09 Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est reliée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente entente particulière et est rémunérée en conséquence.

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité 010075 : témoin.*

10.00 ÉQUIPEMENT ET SOUTIEN TECHNIQUE

10.01 La Corporation convient, dans l'application de la présente entente, après consultation du conseil des médecins et pharmaciens, de fournir, à ses frais, aux médecins inscrits, les moyens de communication, les moyens de transport comprenant le personnel d'assistance technique auprès du patient, le soutien technique approprié, les ressources matérielles, instrumentales, humaines et pharmaceutiques nécessaires à l'exercice de leur profession, dans le cadre des interventions médicales de nature urgente visées aux présentes, conformément au budget approuvé à cette fin par le Ministre.

11.00 CONSULTATION

11.01 La Corporation convient de consulter le conseil des médecins et pharmaciens avant de modifier, quant aux médecins, les règles et procédures de fonctionnement du présent système préhospitalier d'urgence.

12.00 DIFFÉREND

12.01 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière;

12.02 Étant donné son intervention aux présentes, la Corporation peut être partie à un différend au sens du paragraphe 12.01 ci-dessus;

12.03 Un avis ou une recommandations ne peut faire l'objet d'un différend;

12.04 Seule une décision du Ministre, de la Corporation, de la Régie ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend;

12.05 Est imputable à la Corporation tout autre acte ou toute autre directive :

- a) du conseil d'administration de la Corporation;
- b) d'un organisme ou d'une instance relevant de la Corporation y compris, selon les modalités qui sont prévues aux présentes, le conseil des médecins et pharmaciens;
- c) d'un responsable relevant de l'autorité de la Corporation;

12.06 Un médecin, seul ou par l'entremise de la Fédération, peut soulever un différend, conformément au paragraphe 12.07. La Fédération peut aussi, de son propre chef, soulever un différend. Nonobstant la présente disposition, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut, de son propre chef, soulever, au bénéfice du même médecin, un différend ayant la même cause et le même objet;

12.07 Un différend doit être soulevé contre une partie de la façon ci-après déterminée :

- a) le différend doit être soulevé par la Fédération lorsque le litige se fonde uniquement sur les articles 3.00 et 10.00 de la présente entente particulière;
- b) le différend peut être soulevé par le médecin ou par la Fédération, celle-ci agissant en son nom ou au nom d'un médecin, lorsque le litige se fonde, en tout ou en partie, sur d'autres dispositions de la présente entente particulière;

12.08 La partie contre laquelle est soulevé un différend est réputée mandataire des autres parties non mises en cause aux fins de l'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou d'arbitrage et de l'exécution de la décision du conseil d'arbitrage;

12.09 Le Ministre ou la Fédération peuvent, en tout temps, intervenir de leur propre chef dans tout différend. Les articles 24.00, 25.00, 26.00, 27.00 et 28.00 de l'Entente s'appliquent mutatis mutandis à un différend visé par le présent article;

12.10 La décision que l'arbitre rend en rapport avec un différend visé au présent article lie, selon le cas, la Régie, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties.

13.00 MESURES TRANSITOIRES

13.01 Pendant une période d'une durée maximale de six (6) mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, le médecin qui exerçait les fonctions de médecin coordonnateur avant que la présente entente particulière ne prenne effet exerce, par intérim, les fonctions de chef de département au sens de la présente entente. Pendant cette période, le médecin en cause continue à être régi selon les dispositions du paragraphe 8.02 de l'entente particulière remplacée aux termes du paragraphe 14.01 des présentes;

13.02 Les dispositions de l'article 2 de la *Lettre d'entente n° 45* traitant de la rémunération du médecin coordonnateur, telles qu'elles étaient en vigueur en date du 1^{er} avril 1995, s'appliquent à la rémunération prévue au paragraphe 13.01 ci-dessus.

14.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

14.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à l'assurance maladie concernant le service d'intervention médicale d'urgence de la région de Montréal Métropolitain intervenue, en date du 16 mai 1991, entre le Ministre et la Fédération;

14.02 La présente entente particulière entre en vigueur le 2 avril 1995 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette entente particulière est remplacée par l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (E.P. n° 46) en date du 24 avril 2011.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour de avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

MAURICE CHARLEBOIS
Président-directeur général
Corporation d'urgences-santé de la
région de Montréal Métropolitain

A - EP - URGENCES-SANTÉ

ANNEXE I**Fonctions du directeur des services professionnels**

Le directeur des services professionnels doit être un médecin. Il est nommé par la Corporation, après consultation du conseil des médecins et pharmaciens.

Sous l'autorité du directeur général de la Corporation, le directeur des services professionnels exerce les fonctions suivantes :

- 1° Diriger, coordonner et surveiller les activités du chef de département prévues au paragraphe 6.02 de la présente entente particulière;
- 2° Obtenir, du chef de département, des avis sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et pharmaciens exerçant au sein de la Corporation;
- 3° Appliquer les sanctions administratives prévues au paragraphe 6.02 et en informer le conseil des médecins et pharmaciens et le chef de département;
- 4° Surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux et pharmaceutiques posés;
- 5° Faire part au médecin ou au pharmacien qui fait l'objet d'une sanction administrative, énoncée à l'alinéa 3 de la présente annexe, des motifs sur lesquels se fonde cette décision;
- 6° Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de la Corporation.

EP - GÉRIATRIE (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UNE UNITÉ OU D'UN SERVICE DE GÉRIATRIE EXPLOITÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT DONT LA FONCTION PRINCIPALE EST LA GESTION D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie, ci-après nommé une unité ou un service, exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

1.02 Aux fins de la présente entente particulière, les vocables « unité ou service » signifient et, lorsque telle chose existe, couvrent l'unité de soins gériatriques de courte durée, l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (dite de moyen séjour), l'hôpital de jour, l'unité des services ambulatoires gériatriques et l'unité d'hébergement et de soins de longue durée.

1.03 Cette entente porte également sur la rémunération du médecin qui est appelé, à titre de médecin de famille d'une personne en perte d'autonomie, à participer, dans ou auprès d'une unité ou d'un service, à l'évaluation de cette personne en vue de son orientation ou du suivi médical à lui être accordé.

1.04 L'annexe I fait état de l'adhésion, complète ou partielle, d'un établissement désigné par le comité paritaire aux fins de la présente entente. À moins d'indication contraire, cette annexe comprend, pour cet établissement, l'ensemble de ses installations.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et É.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-8 est abolie.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Selon les modalités qu'elle édicte, notamment celles prévues à son article 13.00, la présente entente particulière s'applique également aux établissements et centres qui, conventionnellement, étaient régis selon l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre hospitalier de soins de courte durée désigné, dispense des services professionnels dans ou auprès d'une unité ou d'un service de soins gériatriques, conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 16 mai 1991, telle qu'amendée subséquemment, avant que cette entente ne soit remplacée par l'entente particulière visée aux présentes. Les noms de ces établissements et, le cas échéant, ceux des unités ou services qu'ils exploitent, apparaissent en annexe des présentes.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

4.01 Quel que soit le mode de rémunération prévu par la présente entente particulière, les activités professionnelles que le médecin doit effectuer sont les suivantes :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient.

4.02 Le nombre d'heures alloué, sur une base annuelle, à un établissement, pour l'ensemble des activités professionnelles susmentionnées, est déterminé par le Ministre après consultation du comité paritaire dont création est prévue à l'article 32.00 de l'Entente.

4.03 La répartition entre les médecins de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale. En son absence, ses pouvoirs sont exercés par le médecin qui a été désigné à cette fin par le conseil d'administration, après consultation des médecins régis selon la présente entente particulière.

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, selon les modalités apparaissant ci-après, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération, soit à l'acte;

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **057015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **057030** Services cliniques
- **057032** Rencontres multidisciplinaires
- **057043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **057055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **057063** Garde sur place
- **057071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **057097** Plan d'intervention pour le patient
- **057098** Services de santé durant le délai de carence
- **057132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

5.02 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service dont l'établissement n'adhère pas à la présente entente particulière est rémunéré selon le mode de l'acte;

5.03 Le médecin qui exerce dans ou auprès d'une unité ou d'un service dont l'établissement adhère partiellement à la présente entente particulière est rémunéré soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire, soit à l'acte s'il est rémunéré selon ce mode à la date d'adhésion de l'établissement à l'entente. Cette rémunération à l'acte a cours tant que le médecin continue à se prévaloir de ce mode de rémunération;

5.04 Le médecin qui exerce dans ou auprès d'une unité ou d'un service dont l'établissement est complètement adhérent à l'entente est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;

5.05 Exceptionnellement et malgré les paragraphes 5.03 et 5.04, le médecin qui ne dispense pas des soins de façon régulière dans ou auprès d'une unité ou d'un service est, lorsqu'il y dispense des soins médicaux à la demande de son patient, rémunéré à l'acte;

AVIS : *L'établissement doit préciser sur l'avis de service qu'il s'agit d'un médecin qui dispense des soins à la demande de son patient et qu'il est rémunéré à l'acte.*

5.06 Au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.03, cette entente tient lieu des nomination et autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire. Le présent paragraphe ne s'applique pas au médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.05 susmentionné;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 057080 : Participation du médecin de famille.*

5.07 L'établissement avise sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode de rémunération. Les cas d'exception prévus au paragraphe 5.05 font également l'objet d'un pareil avis. L'établissement doit transmettre copie de cet avis au médecin concerné. L'établissement joint, lorsque tel est le cas, l'autorisation du comité paritaire concernant le médecin visé par l'article 6.00;

AVIS : *Faire parvenir l'avis de service (n° 1897) pour le médecin désirant être rémunéré à honoraires fixes et l'avis de service (n° 3547) pour celui désirant être rémunéré à tarif horaire. Par ailleurs, pour permettre exceptionnellement la facturation à l'acte dans le secteur XXXX4 de l'établissement, s'assurer de faire parvenir l'un ou l'autre de ces avis de service pour chaque médecin visé en spécifiant la situation d'exception applicable (soins à la demande du patient, autorisation du comité paritaire ou droits acquis).*

5.08 Par extension, la rémunération prévue au présent article couvre également la dispensation de soins gériatriques que le médecin est, pendant une période où il est rémunéré selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, appelé à dispenser ailleurs dans le centre hospitalier, à l'extérieur des unités ou services visés aux présentes;

5.09 Aux fins de l'application de l'annexe XIV de l'Entente, lorsqu'il s'agit de pourvoir à la dispensation de soins médicaux immédiatement requis ou de soins médicaux dont la dispensation est rendue nécessaire par l'état ou la condition du patient admis, le chef du département de médecine générale, ou le médecin qui le remplace, peut, avec l'accord de l'établissement, s'il existe des circonstances particulières dans le service ou l'unité visés, autoriser, au bénéfice d'un médecin dont la réquisition de services entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 de ladite annexe, des heures additionnelles d'activités professionnelles. Ces heures additionnelles sont réputées être des heures de garde sur place. La facturation de ces heures se fait selon la colonne 2 prévue au paragraphe 5.01 et suit les règles d'application apparaissant aux paragraphes 5.03 et 5.05 de ladite annexe. L'établissement informe la Régie de cette autorisation.

Il en est de même, aux fins de l'application de l'annexe VI de l'Entente, lorsqu'une telle réquisition de services entraîne un dépassement de la période régulière d'activités professionnelles telle que prévue à l'avis de service. La facturation de ces heures se fait selon les modalités de rémunération de la garde sur place.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 057070 : Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis. Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe la Régie (Service du règlement, dépôt de courrier Q019), de son autorisation avant de facturer les heures concernées.*

5.10 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre la présente entente au cours du trimestre visé.*

6.00 RÉMUNÉRATIONS DÉROGATOIRES

6.01 En cas de difficultés de recrutement, le comité paritaire peut autoriser un établissement dont l'adhésion est partielle à remplacer, dans une unité ou un service, un médecin rémunéré à l'acte par un médecin rémunéré selon ce mode;

6.02 Malgré le paragraphe 5.02, le médecin qui exerce dans ou auprès d'une unité ou d'un service dont l'établissement n'est pas adhérent à l'entente mais qui, en date du 29 avril 1995, y était rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation peut, en rémunération des activités professionnelles visées aux présentes, se prévaloir, selon le cas, de la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire;

6.03 Malgré le paragraphe 5.02, le comité paritaire peut, de façon exceptionnelle, autoriser un médecin qui, dans ou auprès d'une unité ou d'un service, n'était pas rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation en date du 29 avril 1995, à se prévaloir du mode de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, s'il exerce dans un programme où l'ensemble des médecins, en considération de l'activité professionnelle visée aux présentes, sont rémunérés selon l'un ou l'autre de ces modes;

6.04 Au bénéfice des médecins et de l'établissement visé, le comité paritaire peut également autoriser, pour une unité ou un service visés aux présentes, un mode de rémunération différent pour les médecins qui, au moment de l'adhésion complète de cet établissement à la présente entente, y exercent leur profession, lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

- a) l'établissement en cause gère plus d'une unité ou d'un service visés aux présentes;
- b) les équipes de médecins qui exercent dans ou auprès des unités ou services visés aux présentes sont différentes;
- c) il y a désaccord relativement à une adhésion complète au sens de la présente entente particulière.

Lorsqu'un mode de rémunération différent est autorisé par le comité paritaire, l'activité professionnelle du médecin doit toutefois demeurer conforme aux exigences qu'édicté l'article 4.00 des présentes.

7.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire un « E » dans la case C.S.*

8.00 MODALITÉS GÉNÉRALES D'ADHÉSION

8.01 En regard de l'ensemble des unités ou services visés aux présentes, un établissement peut adhérer partiellement ou complètement à l'entente;

8.02 Une demande d'adhésion est formulée conjointement par l'établissement et les médecins;

8.03 Une demande d'adhésion partielle peut être formulée, en tout temps, si les médecins qui désirent être rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire assurent la dispensation de 25 % et plus des heures de service visées aux présentes;

8.04 Une demande d'adhésion complète peut être formulée, en tout temps, si les médecins qui désirent être rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire assurent la dispensation de plus de 50 % des heures de service visées aux présentes;

9.00 MODALITÉS PARTICULIÈRES D'ADHÉSION ET PRÉSOMPTION

9.01 Un établissement pour le compte duquel 25 % et plus des heures de service visées aux présentes sont effectuées par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire est réputé partiellement adhérent à l'entente;

9.02 Dans ou auprès des unités ou services visés aux présentes, même si les heures de service effectuées par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire n'atteignent pas 25 % des heures de service dispensées, le comité paritaire peut, exceptionnellement, recommander aux parties une adhésion partielle si l'établissement en cause démontre qu'il est en mesure d'atteindre, dans ou auprès des unités ou services visés, un pourcentage de 25 % dans un délai n'excédant pas six (6) mois;

9.03 Lorsque les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent déjà plus de 50 % des heures de service dispensées et qu'une demande d'adhésion complète n'est pas formulée, l'adhésion de cet établissement continue à bénéficier de la présomption d'adhésion partielle si, selon l'évaluation du comité paritaire, les services dispensés respectent la description des activités professionnelles telles que déterminées selon l'article 4.00 de la présente entente. Si l'activité professionnelle constatée ne répond pas aux exigences de cette description, le comité paritaire peut recommander aux parties une adhésion complète;

9.04 Tout constat relatif à la détermination des pourcentages dont traitent les articles 8.00 à 10.00 de cette entente relève de l'autorité du comité paritaire;

9.05 En regard de la détermination des pourcentages dont traite le paragraphe 9.04 ci-dessus, la rémunération selon le mode de l'acte est, à des fins de calcul, convertie en heures travaillées, sur la base du tarif horaire.

10.00 MODALITÉS DE RETRAIT

10.01 Une demande qui a pour objet le retrait de l'adhésion complète d'un établissement requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins qui effectuent la dispensation de plus de la moitié des heures de services, l'assentiment du comité paritaire. Toutefois, une demande ayant pour objet le retrait de l'adhésion partielle de l'établissement requiert, outre l'assentiment de l'établissement et du comité paritaire, l'accord des médecins qui, rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, dispensent la majorité des services médicaux rémunérés selon ces modes;

10.02 En regard de l'établissement, des médecins et des services ou unités visés aux présentes, une demande de retrait entraîne l'application des dispositions du paragraphe 5.02, sauf à l'égard du médecin rémunéré à honoraires fixes, lequel conserve son mode de rémunération;

10.03 Lorsque le retrait de l'entente concerne un établissement dont l'adhésion est complète, cet établissement ne peut, pendant la période de six (6) mois qui suit la date de ce retrait, que réadhérer complètement à l'entente. Au-delà de cette période, l'établissement en cause peut, partiellement ou complètement, réadhérer à l'entente.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire informe, par écrit, l'établissement ainsi que les parties, de la détermination des modes de rémunération découlant de l'application des paragraphes 6.01 à 6.04.

12.00 RÉVISION

12.01 À compter de la première date anniversaire de l'entrée en vigueur de la présente entente particulière, cette entente peut, à la demande d'une partie, faire l'objet d'une révision.

13.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

13.01 Un établissement visé aux présentes est réputé non adhérent à la présente entente si, en date du 31 mars 1995, la dispensation de moins de 25 % des heures de service visées aux présentes est effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à la vacation. La rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unités ou services visés aux présentes est sujette aux conditions qu'édictent les paragraphes 5.01, 5.02, 6.02 et 6.03 des présentes;

13.02 Un établissement visé aux présentes est réputé adhérent partiellement à la présente entente si, en date du 31 mars 1995, la dispensation de 25 % et plus des heures de service visées aux présentes étaient effectuées par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à la vacation;

13.03 Un établissement visé au présent article ainsi que les médecins qui exercent leur profession dans ou auprès des unités ou services visés aux présentes, peuvent, par la suite, se prévaloir des modalités, générales ou particulières, d'adhésion ou, le cas échéant, de retrait, visées aux présentes;

13.04 L'adhésion d'un établissement au sens de la présente entente particulière rend caduque pour autant l'inscription de cet établissement, lorsqu'elle existe, soit à l'annexe I de l'Accord n° 1, soit à l'annexe I de l'Accord n° 2 de l'entente générale;

13.05 La mise en oeuvre du présent article, ainsi que celle de la présente entente particulière, ne peuvent avoir pour effet de réduire les droits et bénéfices qui, à la date d'entrée en vigueur de cette entente, étaient ceux d'un médecin rémunéré à honoraires fixes qui, depuis cette date, est régi aux termes des présentes.

13.06 Aux fins de la mise en oeuvre des paragraphes 6.02, 6.03, 13.01 et 13.02 des présentes, le vocable « vacation » comprend également, lorsque ce mode existe, les vocables « tarif horaire ».

14.00 REMPLACEMENT

14.01 À compter de sa date de mise en vigueur, la présente entente particulière remplace l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre hospitalier de soins de courte durée désigné, dispense des services professionnels dans ou auprès d'une unité ou d'un service de soins gériatriques, conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 16 mai 1991, telle qu'amendée subséquentement.

15.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

15.01 La présente entente particulière entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 30 avril 1995;

15.02 Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour d'avril 1995.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

A - EP - GERIATRIE (CHSGS)

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A-8 est abolie.

ABROGÉE

EP - ARCHIPEL (ÎLES-DES-LA-MADELEINE)

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS OU AUPRÈS DU CENTRE HOSPITALIER DE L'ARCHIPEL, SITUÉ À CAP-AUX-MEULES, ÎLES-DE-LA-MADELEINE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre hospitalier de l'Archipel, situé à Cap-aux-Meules, Îles-de-la-Madeleine et ses points de service.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'établissement susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS D'EXERCICE

3.01 Les dispensations à domicile de services médicaux sur le territoire de l'archipel font partie du programme de santé de l'établissement. Il en est ainsi des services médicaux dispensés dans un autre centre en vertu d'une entente de service;

3.02 Le temps que le médecin consacre à la dispensation de ces services fait partie de sa période régulière d'activités professionnelles s'il est rémunéré à honoraires fixes et, s'il est rémunéré selon le mode du tarif horaire, de sa période normale d'activités professionnelles.

AVIS : Pour le mode de rémunération honoraires fixes ou tarif horaire, utilisez les codes d'activité suivants :

- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH**, seulement)
- **002081** Garde en disponibilité
- **002083** Garde en disponibilité (anesthésie)
- **002084** Services cliniques (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- **002085** Garde sur place (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF**, seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire;

- + **4.02** Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.
- # **AVIS:** - Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).
- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

5.01 Circonstances exceptionnelles et temporaires

S'il y a survenance de circonstances exceptionnelles et temporaires, le chef du département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser, au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu aux paragraphes 5.02 et 5.05 de l'annexe XIV de l'entente générale.

5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS: L'établissement doit utiliser l'avis de service « Rémunération au tarif horaire, au per diem, à la vacation et à l'acte » (formulaire n° 3547), cocher la case ENTENTE PARTICULIERE AUTRE, et inscrire la mention « Article 5.02 de l'E.P. C.H. de l'Archipel (Îles-de-la-Madeleine) ».

- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

- la moitié de la prime d'isolement;
- une (1) sortie dont les frais sont remboursés à 50 %;
- dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière;

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 Cette garde est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, au taux normal applicable;

6.02 La garde en disponibilité est toutefois rémunérée à 40 % du taux susmentionné lorsqu'elle a lieu en anesthésie;

6.03 À l'endroit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire, les dispositions du paragraphe 6.02 ci-dessus reçoivent application jusqu'à leur remplacement éventuel par de nouvelles dispositions découlant de la révision de l'entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie et, le cas échéant, l'extension possible de cette entente au Centre hospitalier de l'Archipel.

7.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

7.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

7.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière intervenue en date du 16 mai 1991;

8.02 Elle prend effet le 1^{er} juin 1998. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS: *Cette entente particulière prend fin le 31 mars 2010. Elle est abrogée par l'Amendement n° 114 et est remplacée par l'Entente particulière relative au CSSS des Îles entrant en vigueur le 1^{er} avril 2010 (voir E.P. n° 44).*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

EP - ANESTHÉSIE (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DE SERVICES PROFESSIONNELS EN ANESTHÉSIE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE :

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet de déterminer la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie effectuée par un médecin qui détient des privilèges en anesthésie dans une installation qui opère un centre hospitalier visé en annexe des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Le médecin, ou le cas échéant, le groupe de médecins si l'installation compte plus d'un médecin visé aux présentes, opte pour le régime B ou C tel que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes;

- + **3.02** Seul le médecin rémunéré au 1^{er} avril 2004 selon les dispositions du régime A peut continuer de s'en prévaloir.

Un médecin qui, subséquemment au 1^{er} avril 2004, débute sa pratique en anesthésie dans une installation où le régime A s'applique déjà à un des médecins de l'installation ne peut lui-même s'en prévaloir. Il doit opter pour le régime B ou le régime C. Son option devient le régime auquel adhère l'installation pour tout autre médecin autre que celui visé à l'alinéa précédent;

3.03 Le médecin, ou, le cas échéant, le groupe de médecins, rémunéré, à la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, selon les dispositions du régime A ou du régime B tel que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes continue de se prévaloir du même régime. Il peut, toutefois, opter pour le régime B ou C, selon le cas, selon les dispositions du paragraphe suivant;

- + **3.04** Une option de rémunération au sens du présent article ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'installation à la présente entente. Elle est exercée par le médecin ou, dans le cas où l'installation compte plus d'un médecin visé aux présentes, par l'ensemble des médecins visés et doit recueillir leur accord unanime;

- # **AVIS :** *Si l'option de rémunération est exercée, l'installation doit informer la Régie par le biais d'une lettre adressée au Service de l'admissibilité et du paiement (réf. : voir les modalités précisées dans l'avis administratif du régime de rémunération choisi). Cette information peut être transmise par télécopieur au numéro 418 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :*

*Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

- + **3.05** L'adhésion d'une installation à la présente entente fait état du régime de rémunération pour lequel a opté le médecin visé aux présentes ou, le cas échéant, le groupe de médecins;

+ **3.06** L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente ainsi que, le cas échéant, le nombre de vacations allouées dans le cadre du régime A.

AVIS : La liste des installations désignées dans l'annexe I et III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

4.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION A

4.01 La prestation des services professionnels en anesthésie, effectuée par un médecin visé par le présent mode est rémunérée selon le mode de la vacation;

4.02 Cette rémunération couvre la dispensation, par un médecin, de tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 et comprend en outre la prestation de toute période de garde afférente à la dispensation de tels actes;

AVIS : Utiliser le code d'activité **008030** : Services cliniques, sur la demande de paiement (1215).

4.03 Pour la prestation des services anesthésiques visés aux présentes, le médecin est, sur une base hebdomadaire, rémunéré jusqu'à concurrence du nombre de vacations apparaissant à l'annexe I, sous la colonne intitulée régime A. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie de la période hebdomadaire visée, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte. Pendant toute période ou partie de période hebdomadaire où le médecin est rémunéré à vacation en vertu de la présente entente particulière, il ne peut recevoir aucune autre rémunération pour des activités dans le centre hospitalier;

Lorsque plus d'un médecin dispense des services anesthésiques dans un centre hospitalier, le nombre de vacations prévu en annexe pour ce centre hospitalier est réparti par le centre hospitalier après consultation des médecins concernés.

Toutefois, un médecin ne peut être rémunéré pour plus de vingt (20) vacations hebdomadaires.

+ **4.04** Dans le cadre du régime de rémunération prévu au présent article, le comité paritaire évalue le nombre de vacations allouées hebdomadairement pour la dispensation des services anesthésiques à l'installation visée aux présentes. Le nombre de vacations allouées est réévalué à tous les deux ans.

5.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION B

5.01 Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime B est rémunéré selon le mode de la vacation pour la dispensation sur place de l'ensemble des services en lien avec ses privilèges en anesthésie et pour la garde faite sur place afférente à ces services. Aux fins des dispositions du présent paragraphe, l'examen préanesthésie est exclu de l'ensemble des services en lien avec les privilèges en anesthésie;

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Services en anesthésie dans certains CHSGS;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Les examens préanesthésiques **09092**, **09093**, **15192** ou **15193** peuvent être facturés en tout temps, y compris pendant les heures rémunérées à la vacation avec les codes d'activité **008030** ou **008106** lorsqu'une anesthésie se prolonge après 16 h.

5.02 La rémunération selon le mode de la vacation s'applique à la dispensation des services professionnels en anesthésie effectués sur place par le médecin, de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi, incluant le cas échéant, pendant ces périodes, la garde faite sur place.

AVIS : Utiliser le code d'activité **008030** : Services cliniques, sur la demande de paiement (1215).

Pour les services dispensés sur place après 16 h, l'entente générale s'applique.

AVIS : Pour la rémunération des services à l'acte dispensés en dehors de la période de garde à la vacation de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi :

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- Le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- Le code d'acte dans la section Actes;
- Les HONORAIRES du code d'acte facturé;
- Le code d'établissement où vous réalisez vos activités;
- L'heure à laquelle le service a été rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Si le service est rendu durant une période où le forfait de garde en disponibilité est réclamé, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

5.03 Le médecin ne peut recevoir pour les services professionnels visés au présent article plus de trois (3) vacations par jour. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie d'une journée telle que définie au paragraphe précédent, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte;

5.04 Malgré le maximum de vacations prévu au paragraphe précédent, lorsque la durée d'un acte anesthésique couvre des périodes qui sont rémunérées selon des modalités différentes, les modalités de rémunération applicables au début de l'acte anesthésique visé s'appliquent à la rémunération de l'ensemble de l'acte concerné;

AVIS : Utiliser le code d'activité **008106** pour la suite de l'anesthésie débutée pendant une période rémunérée à la vacation.

+ **5.05** Dans le cas où une installation n'opère qu'un seul bloc opératoire, sauf exception autorisée par le comité paritaire prévu à l'article 8 des présentes, et qu'il a été désigné aux fins du présent paragraphe par le comité paritaire, le médecin peut également se prévaloir des conditions de rémunération suivantes :

- Le médecin qui dispense sur place des services d'anesthésie durant moins de 45 heures au cours d'une semaine donnée peut être rémunéré, à raison de la différence entre 45 heures et le nombre d'heures de services dispensés sur place, pour les heures faites non sur place, en-dehors de la période déjà rémunérée en vertu de l'article 7.00 des présentes, selon le mode de la vacation, au quart (1/4) du taux de la vacation pour chaque heure facturée;

AVIS : Pour les services à facturer selon cette disposition, utiliser le code d'activité **008105**. Voir les avis sous les alinéas suivants pour la facturation complémentaire s'appliquant à votre situation. Rappel : Les codes d'activité **008030** et **008105** ne peuvent être réclamés simultanément. Lorsque facturés au cours de la même plage horaire, le médecin doit préciser dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les heures de début et de fin rattachées à chacun de ces codes.

- Concurrément aux heures compensées au quart (1/4) du taux de la vacation selon les modalités apparaissant à l'alinéa précédent et à la condition qu'il soit, lorsque requis, disponible pour la dispensation de services en anesthésie selon le règlement de l'installation, le médecin peut exercer dans d'autres secteurs d'activités.
- Il est alors rémunéré, en plus de la rémunération au quart (1/4) du taux de la vacation comme précisé ci-dessus, selon les dispositions suivantes :
 - Les services dispensés auprès des malades admis dans l'installation où le médecin détient sa nomination avec privilèges en anesthésie sont rémunérés selon les dispositions des paragraphes 5.01 à 5.03 des présentes malgré le fait qu'il ne s'agisse pas de services liés à sa nomination en anesthésie;

AVIS : Pour les heures effectuées auprès des malades admis, durant les heures de garde non faites sur place en anesthésie, dans les secteurs 0XXX2, 0XXX3, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX6 et 0XXX8, utiliser le code d'activité **008139**. Ces heures vous seront rémunérées au taux de la vacation additionné du quart du taux de la vacation pour les heures de garde non faites sur place en anesthésie.

Pour une même plage horaire, les codes d'activité **008139**, **008105** et **008030** ne peuvent se chevaucher. De plus, vous devez indiquer dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les heures de début et de fin rattachées à chacun de ces codes.

AVIS : (suite)**Exemple :**

Plage horaire	Code d'activité	Nombre d'heures	
AM	008139	2 h	(Services malade admis) (2 h au taux de la vacation + 2 h au quart du taux de la vacation)
AM	008105	1 h	(1 heure non faite sur place en anesthésie = 1 h au quart du taux de la vacation)
AM	008030	1 h	(Services cliniques en anesthésie)

Case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Code **008139** : 8 h à 10 hCode **008105** : 10 h à 11 hCode **008030** : 11 h à 12 h

- Les services dispensés dans d'autres secteurs d'activités sont rémunérés selon les modalités de rémunération s'appliquant dans le secteur en question.

AVIS : Lors d'une période de garde non sur place à la vacation entre 7 h et 16 h du lundi au vendredi, vous pouvez facturer à l'acte, en complément du code d'activité **008105**, si vous rendez des services en clinique externe (0XXX1) ou au service d'urgence (0XXX7). Pour la rémunération des services à l'acte dispensés en dehors de la période de garde sur place à la vacation de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi, vous référer à l'avis sous le dernier alinéa du paragraphe 5.02.

Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues à ce présent paragraphe que pour les journées ou partie de journées pendant lesquelles il assume seul la garde afférente à la dispensation des services en anesthésie.

AVIS : Utiliser le code d'activité **008105** : Heures non faites sur place ou **008139** : Services malade admis Régime B.

6.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION C

6.01 Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime C est rémunéré, lorsqu'il dispense des services anesthésiques, selon le mode du *per diem* plus un pourcentage des actes tel qu'apparaissant à l'annexe II des présentes. Malgré certaines dispositions d'ententes particulières, cette rémunération couvre, de façon exclusive, pendant la période couverte par le *per diem* ou le *demi-per diem*, la dispensation de tous les services médicaux au sens de l'entente générale dispensés sur place et comprend la garde afférente à ces actes faite sur place.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Services en anesthésie dans certains CHSGS;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Les honoraires demandés par le médecin doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de l'annexe II, pour les services médicaux **dans la section Actes** du formulaire Demande de paiement - Médecin (1200). Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** inscrire dans la case P.H. sur le formulaire 1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu, **et ce, peu importe le lieu de dispensation** (établissement, cabinet, domicile, etc.) :

- De 0 h à 7 h (nuit), la plage horaire = **1**
- De 7 h à 12 h (A.M.), la plage horaire = **2**
- De 12 h à 17 h (P.M.), la plage horaire = **3**
- De 17 h à 24 h (soir), la plage horaire = **4**

Les services anesthésiques dispensés selon le mode du *per diem* doivent être facturés sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (3743).

Les activités faites sur place en-dehors des périodes prévues au paragraphe 6.03 sont rémunérées selon l'entente générale;

AVIS : Pour la facturation des services médicaux, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200). Toujours **inscrire la plage horaire** appropriée et les honoraires à 100 % (ou selon le taux auquel vous avez droit en vertu de la rémunération différente).

6.02 Les services médicaux visés ainsi que les pourcentages des actes sont indiqués à l'annexe II des présentes. La détermination et l'application de ces pourcentages d'actes se font selon les règles suivantes :

- i) Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un pourcentage d'acte le pourcentage de l'acte le plus élevé est retenu;

AVIS : On détermine le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical. Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du rôle 4 qui n'est pas sujet à rémunération. Pour un service médical à unités (rôle 1), on tient compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.

- ii) Le pourcentage des actes est appliqué sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

- iii) Sous réserve de l'alinéa iv) ci-dessous, l'heure de début de prestation de services est retenu;

- iv) À l'égard des procédés d'anesthésie-réanimation tarifés en unités, le temps de prestation du service est retenu pour les unités de durée et l'heure du début de prestation du service est retenue pour les unités de base.

AVIS : Pour la suite de l'opération inscrire le **MOD 116 ou un multiple**, et ce, peu importe la plage horaire *.

Exemple : Anesthésie qui chevauche trois plages horaires. Ces plages sont payables à 80 % pour la plage horaire 2 de 7 h à 12 h, à 80 % pour la plage horaire 3 de 12 h à 17 h et à 100 % pour la plage horaire 4 de 17 h à 20 h.

Heure de début : 7 h Heure de fin : 20 h

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
2013-06-10	2	09419	2		44	545,60
2013-06-10	3	09419	2	116	60	744,00
2013-06-10	4	09419	2	116	36	558,00

*S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération, et ce, peu importe la plage horaire.

6.03 Une journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités faites sur place de sept (7) heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités de trois heures et demie (3 ½), entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés;

6.04 Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activités on applique les règles suivantes :

- i) le calcul de la période moyenne d'activités est effectué par période de deux (2) semaines;
- ii) le médecin ne peut réclamer plus d'un *per diem* par jour;
- iii) le médecin ne peut réclamer le paiement d'un demi *per diem* au cours d'une journée où il ne participe à aucune des activités prévues à l'article 6.02;
- iv) le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 6.02 a été inférieure à trois heures et demie (3 ½);
- v) aux fins de déterminer le nombre maximum de demi *per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de deux (2) semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 6.02 au cours de cette période de deux (2) semaines;

AVIS : La période est établie selon le calendrier de la rémunération mixte; vous référer au point 5.8 de l'onglet Paiement du manuel de facturation.

6.05 Un médecin reçoit un *per diem* pour l'ensemble des services médicaux qu'il dispense sur place au cours d'une journée d'activités. Pour une demi-journée d'activités, il reçoit la moitié du *per diem* applicable pour une journée. Le montant du *per diem* est de 779 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 812 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Les services anesthésiques dispensés selon le mode du *per diem* doivent être facturés sur la Demande de paiement - Rémunération mixte (3743).

Utiliser le code d'activité **008030** : Services cliniques

Limitation sur la rémunération

- + **6.06** Sous réserve du paragraphe 6.07, le médecin ne peut durant la journée, de 7 h à 17 h pendant laquelle il se prévaut d'un *per diem*, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi *per diem*, se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'installation à l'exception de l'entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont limitées, pour la période en cause, à l'application des modificateurs apparaissant à l'annexe II des présentes.

AVIS : Les services facturés dans le cadre de l'E.P. relative aux soins intensifs ou coronariens doivent être facturés selon les pourcentages prescrits à l'annexe II pendant la période du *per diem* ou demi-*per diem*.

Malgré ce qui précède, le médecin peut, de 16 h à 8 h, être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans un service d'urgence de l'installation;

- # **AVIS :** Inscrire le **MOD 028 ou un multiple** et la **plage horaire appropriée ***.

Exemple: Anesthésie qui chevauche trois plages horaires dans un service d'urgence et rémunérée selon l'entente générale. Ces plages sont payables à 100 % pour la plage horaire **3** de 16 h à 17 h, à 100 % pour la plage horaire **4** de 17 h à 24 h et à 100 % pour la plage horaire **1** de 24 h à 4 h 30.

Heure de début : 16 h Heure de fin : 4 h 30

Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
2013-06-10	3	09301	2	028	09	139,50
2013-06-10	4	09301	2	116	60	930,00
2013-06-10	1	09301	2	116	54	837,00

*S'il s'agit d'une installation où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération, et ce, peu importe la plage horaire.

- 6.07** Sous réserve de l'article 7.00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans tout établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière pour les services dispensés en dehors de la période de 7 h à 17 h s'il se prévaut d'un *per diem* ou en-dehors de la période de 7 h à 12 h s'il se prévaut d'un demi *per diem*;

6.08 Le médecin ne peut, de 7 h à 17 h, lorsqu'il se prévaut d'un *per diem*, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi *per diem*, être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail* et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs énumérés à l'annexe II des présentes;

6.09 Le médecin qui se prévaut d'un *per diem* ou d'un demi-*per diem* au cours d'une journée de calendrier est rémunéré pour l'examen pré-anesthésique selon le pourcentage applicable de l'annexe II sauf pour les soins immédiatement requis pendant une période de garde en disponibilité.

7.00 RÉGIMES B ET C : GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à raison d'un forfait pour les quarts de garde suivants :

- du lundi au vendredi :
 - de 0 h à 7 h;
 - de 16 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime B;
 - de 17 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime C;
- les samedi, dimanche et jour férié, de 0 h à 8 h et de 8 h à 16 h et de 16 h à 24 h;

AVIS : Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime B, utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09090** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES; **utiliser 1 ligne par quart de garde;**
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait n'est **pas divisible** sur base horaire.

Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime C, utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19045** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES; **utiliser 1 ligne par quart de garde;**
- la plage horaire correspondant à celle du début du quart de garde facturé dans la case PH;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement.
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait n'est **pas divisible** sur base horaire.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement

N. B. : Pour les services rendus pendant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.

Le montant du forfait est de 61,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 64 \$ au 1^{er} juin 2013.

7.02 Sous réserve du paragraphe 6.09, les services médicaux dispensés pendant une garde en disponibilité sont rémunérés de la façon prévue au paragraphe 15.03 de l'entente générale, cette rémunération entraînant, le cas échéant, l'application du paragraphe 2.4.7.3 B du préambule général au tarif;

7.03 Une garde au sens du présent article n'est effectuée que par un seul médecin; cette garde ne peut être concomitante avec une garde qui, dans un centre hospitalier, pour une même période, serait effectuée par un médecin spécialiste.

+ **7.04** Un forfait supplémentaire de 443,15 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 461,95 \$ au 1^{er} juin 2013, par 24 heures de garde en disponibilité est versé à un médecin qui assure la garde en disponibilité un samedi, un dimanche ou un jour férié si l'installation auprès duquel cette garde est faite présente les caractéristiques suivantes :

- i) il est situé dans une région désignée au sens de l'annexe XII de l'entente générale;
- ii) il est en pénurie d'effectifs médicaux selon les critères que se donne le comité paritaire et;
- iii) le plan d'effectifs médicaux en anesthésiologie prévoit un seul médecin.

Le comité paritaire désigne l'installation et la durée de cette désignation. Il peut, exceptionnellement, désigner une installation qui ne présente pas toutes les caractéristiques énoncées ci-dessus.

L'annexe III à la présente entente fait état des installations désignées ainsi que de la durée de la désignation.

AVIS : La liste des installations désignées dans l'annexe I et III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19339** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

+ **9.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci;

9.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels visés par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

+ **9.03** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;

9.04 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion à la présente entente ou à son retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 4.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

9.05 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

+ **9.06** L'adhésion d'une installation à la présente entente est abrogée lorsque aucun médecin de cette installation ne s'est prévalu de ses dispositions depuis plus d'un an ou, pour la première année d'application de la présente entente, de l'entente en vigueur du 1^{er} juin 1997.

10.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

+ **10.01** Tout médecin ou ensemble de médecins d'une même installation qui, selon la modalité prévue au paragraphe 3.04 des présentes, opte pour le Régime C entre le 1^{er} avril 2004 et le 30 septembre 2004 peut, malgré la limite en regard de la date anniversaire d'adhésion énoncée à ce paragraphe, modifier son option avant le 1^{er} octobre 2004. La date de cette modification devient alors la date anniversaire visée au paragraphe 3.04 des présentes.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 20 mai 2004. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS) - ANN I

ANNEXE I

+ **Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS) - ANN II

ANNEXE II

POURCENTAGE DES ACTES

% Services médicaux visés

- 80** Tous les services médicaux, à l'exception des examens, visites et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), l'intervention clinique, les transferts ambulanciers : codes 09087 et 09246.

Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.

Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus.
Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.

Les services médicaux codés 00910, 00911, 00912, 00921, 00927, 00928, 00933, 00935, 00939, 00940, 00984, 00988, 00989, 00990, 00991, 00997, 00998, 00999, 01900, 00828, 00829, 00822, 00824.

Les services médicaux codés 00123, 00170, 00176, 00251, 00291, 00435, 00469, 00530, 00542, 00559, 00575, 00617, 00639, 00648, 00707, 00753, 00799, 00973, 00975, 03019, 03026, 03028, 03029, 03039, 03040, 03041, 03042, 03043, 03044, 03045, 03046, 03120, 03122, 03123, 03124, 03125, 03133, 05022, 05023, 05025, 05027, 05029, 05057, 05060, 05067, 05077, 05080, 05081, 05083, 05090, 05140, 05141, 05142, 05146, 05147, 05150, 05154, 05158, 05160, 05161, 05164, 05166, 05194, 05241, 05242, 05245, 05253, 05279, 05280, 05304, 05329, 05335, 05338, 05339, 05350, 05353, 05362, 05363, 05364, 05374, 05379, 05384, 05385, 05386, 05389, 05396, 05405, 05412, 05418, 05421, 05423, 05426, 05428, 05429, 05434, 05436, 05437, 05450, 05452, 05467, 05470, 05473, 05474, 05475, 05478, 05480, 05485, 06101, 06113, 06114, 06115, 06141, 06199, 06311, 06312, 06331, 06332, 06334, 06335, 06336, 06340, 06357, 06374, 06383, 09351, 09352, 09353, 09360, 09362, 09363, 09419, 09422, 09423, 09436, 09439, 09444, 09446, 09447, 09448, 09449, 09450, 09492, 09493, 09494, 09495 et 09496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

- 100** Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.

Tous les services codés 00013, 00014, 00016, 00018, 09100, 09101, 09063, 09067, 09069, 09070, 09073, 09800, 09801, 09825, 09826, 09900, 09907, 09908, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09955 (fin : 2016-01-31), 09970, 09971, 09975 (fin : 2016-01-31), 09818, 15234, 15265, 15266 et 15967.

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôle 1, 2 et 3 seulement.

A - EP - ANESTHÉSIE (CHSGS) - ANN III

ANNEXE III

- + **Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'article 7.04 de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.**

AVIS : La liste des installations désignées dans l'annexe III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

EP - ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente particulière a pour objet, au bénéfice du médecin qui exerce sa profession au Québec, la détermination des conditions de remboursement par la Régie de l'assurance maladie du Québec d'une quote-part de la prime annuelle d'assurance responsabilité que ce médecin paie en regard de chacune des années de calendrier visées aux présentes.

2.00 Conditions particulières

2.01 Une prime d'assurance responsabilité professionnelle visée aux présentes ne comprend pas le coût de toute prime spécifique afférente à la couverture des actes médicaux posés antérieurement par le médecin;

2.02 La Régie rembourse au médecin participant au régime, une quote-part de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle.

- + Cette quote-part correspond, selon la classification du médecin, à la différence entre la prime-témoin qui inclut la taxe de vente de 9 % sur les assurances et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe de la présente entente. La prime-témoin s'entend du montant de la cotisation fixé pour un genre d'activité médicale par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) pour l'année 2016 incluant la taxe de vente de 9 % sur les assurances.

Toutefois, pour le médecin qui ne souscrit pas son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'ACPM, la quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre :

- le moindre de la prime d'assurance responsabilité professionnelle applicable pour l'année et de la prime-témoin incluant la taxe de vente de 9 % sur les assurances; et
- le montant mentionné en annexe représentant la contribution du médecin.

De plus, lorsque le médecin n'exerce qu'une partie de l'année et n'acquiesce ainsi, auprès de l'ACPM ou d'un assureur, qu'une partie de la prime d'assurance responsabilité professionnelle autrement applicable, la quote-part est déterminée en tenant compte de la prime acquittée pour cette partie de l'année et en ajustant au prorata la contribution du médecin mentionnée en annexe.

3.00 Remboursement

- + **3.01** Le remboursement de prime est accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.
- + Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2016, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.
- + Le remboursement de prime visé aux alinéas ci-dessus est aussi accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, ou pendant l'année 2016 a touché des revenus supérieurs à 20 000 \$ mais inférieurs à 36 000 \$ et qui remplit les conditions apparaissant à l'alinéa suivant.

Ce remboursement est accordé au médecin qui, au retour d'un congé de maternité, a une pratique réduite pour une période maximale de deux (2) ans d'au moins 30 % ou est en invalidité partielle temporaire ou, au médecin qui, s'étant prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté, effectue un retour en pratique active dans le cadre des paramètres fixés par la *Lettre d'entente n° 154*.

3.02 Un remboursement de prime est payé dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle.

- + Un remboursement de prime pour l'année 2016 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2017.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

4.00 Mise en vigueur

- + **4.01** La présente entente a effet du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016. Elle est renégociée au 1^{er} octobre 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^e jour de décembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

AVIS :

1 - Le remboursement n'est effectué que sur présentation de preuves attestant que la prime ou partie de la prime à rembourser a été acquittée par le professionnel (ex. : l'accusé de réception de l'ACPM ou un reçu attestant le genre d'activité médicale visée par la prime et le montant acquitté).

Lorsqu'une partie de la prime a été acquittée par le professionnel, la Régie rembourse partiellement la quote-part.

2 - Le médecin qui a autorisé l'ACPM à fournir par télécommunication à la Régie les renseignements concernant son assurance responsabilité personnelle, n'a pas à remplir le formulaire, sauf pour sa première année d'adhésion à l'ACPM.

3 - Pour savoir quand et comment demander un remboursement, veuillez consulter la rubrique [Assurance responsabilité](#) de l'onglet Administration de la pratique sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Dans cette rubrique, vous trouverez également des détails sur le remboursement inscrit à l'état de compte et des explications sur le calcul du remboursement de la quote-part.

4 - Pour demander le remboursement d'une quote-part de son assurance responsabilité, le médecin doit remplir le formulaire Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité (2904), disponible sur le site Web de la Régie, dans la section Formulaires.

Instructions de facturation

Section Contrat d'assurance

- Inscire dans les cases prévues à cette fin, le numéro du contrat d'assurance de même que le nom de la compagnie qui assure le professionnel. Les dates à inscrire sont les dates de début et de fin de la période assurée figurant sur le contrat.
- Case MONTANT TOTAL DE LA PRIME (excluant les autres frais).
Le montant à inscrire dans cette case est le montant total de la prime d'assurance (excluant la taxe provinciale et les frais d'administration). La Régie fera le calcul de la quote-part remboursable.

Section Détail sur la prime payée

Cette section ne doit être remplie que pour les médecins assurés auprès de l'Association canadienne pour la protection médicale (ACPM). Veuillez prendre note que le code et le nom de l'activité à l'ACPM se réfèrent au genre de travail qui apparaît sur la facturation de l'ACPM.

Ce formulaire doit être signé par le médecin.

Renseignements généraux

Au moment de faire parvenir le formulaire n° 2904, il est **extrêmement important d'y joindre** une copie de l'accusé de réception (ACPM) ou de **tout document attestant que la prime a effectivement été acquittée en totalité**. S'assurer que ces documents sont lisibles.

En aucun cas, la demande ne doit parvenir à la Régie dans le même envoi que les demandes de paiement régulières. Faire parvenir le formulaire dûment rempli et signé, **sous pli séparé**, à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

Si le médecin a droit à un remboursement, le montant remboursé paraîtra au sommaire de **l'état de compte avec la mention « Détail du remboursement en assurance responsabilité »** lors d'un paiement régulier.

A - EP - ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

ANNEXE

DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

+	Genre d'activité	Prime témoin 2016 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
+	Adjoints cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements – affectés à un service de chirurgie. Comprend l'assistance chirurgicale, les soins pré/postopératoires (ne doit pas comprendre le travail et l'accouchement, la pratique chirurgicale indépendante, le traitement des fractures, le travail dans une unité de soins coronariens, une unité de soins intensifs/critiques ou une unité de soins intensifs néonataux, les quarts de travail au service d'urgence ou la consultation en spécialité).*	1 805,04 \$	1 146,00 \$
*Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité ni aux médecins de famille qui travaillent aussi en cabinet. De plus, ce code ne s'applique pas aux médecins admissibles au code 12 ou 14 à titre de Résidents.			
+	Adjoints cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements – affectés à un service de médecine (ne doit pas comprendre le travail dans une unité de soins coronariens, une unité de soins intensifs/critiques ou dans une unité de soins intensifs néonataux, les quarts de travail au service d'urgence ou la consultation en spécialité).*	1 922,76 \$	1 146,00 \$
+	Enseignement/Recherche – Travail à l'étranger , sauf aux États-Unis et dans tout autre pays où s'applique le système judiciaire américain; période minimale de 3 mois et maximale de 12 mois. Aucun contact clinique. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	850,20 \$	850,20 \$
+	Médecine familiale ou médecine générale (cabinet privé, CLSC, hôpital ou unité de soins, clinique sans rendez-vous/clinique de soins d'urgence, soins à domicile, centre d'hébergement et de soins de longue durée). Inclut l'assistance chirurgicale. Si le travail se limite à un domaine de soins, p. ex., traitement médical de la toxicomanie (psychiatrie), gériatrie, travail d'hospitaliste, médecine du travail, soins palliatifs, médecine du sport ou psychothérapie (psychiatrie), choisir le code approprié selon le Barème des cotisations. Si le travail se limite aux interventions esthétiques mineures, choisir le code 37. Ces codes de médecine familiale ne s'appliquent pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité.		
	- excluant l'anesthésie, l'obstétrique (travail et accouchement) les quarts de travail au service d'urgence et la chirurgie.	1 922,76 \$	1 146,00 \$
	- travail professionnel effectué principalement en médecine familiale, incluant les quarts de travail au service d'urgence. Les médecins qui travaillent principalement au service d'urgence doivent choisir le code de travail 82.	2 772,96 \$	1 289,00 \$
	- incluant l'obstétrique (travail et accouchement). Comprend également l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au service d'urgence.	6 108,36 \$	1 493,00 \$
	- incluant l'anesthésie et la chirurgie. Comprend également les quarts de travail au service d'urgence.	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+	Moniteurs cliniques (fellows) et médecins suivant un programme structuré de formation non reconnu par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou un organisme provincial ou territorial de réglementation de la médecine, pendant un maximum de 36 mois.*	1 805,04 \$	1 146,00 \$
+	Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé par le CMFC ou le CRMCC ou un organisme provincial ou territorial de réglementation de la médecine. Ce code est aussi utilisé par les médecins diplômés à l'extérieur du Canada inscrits à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier.*	1 805,04 \$	1 146,00 \$

+ Genre d'activité	Prime témoin 2016 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
+ Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé par le CMFC, ou le CRMCC, ou par un organisme provincial ou territorial de réglementation de la médecine. Ce code comprendra l'admissibilité à une assistance de l'ACPM en cas de problèmes médico-légaux découlant de la pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunéré ou non. Avec travail clinique additionnel (moonlighting) . Les résidents qui effectuent du travail clinique additionnel doivent détenir un permis d'exercice reconnu par l'organisme de réglementation (le Collège) dans la province ou le territoire où ils effectuent ce travail clinique additionnel. Les résidents qui limitent leurs activités cliniques uniquement au travail clinique additionnel (p. ex., à la suppléance) pendant plus de deux semaines consécutives doivent choisir un code de travail associé à une pratique médicale.* <i>*Ce code comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident, mais ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. Aucun travail clinique additionnel (moonlighting). Les moniteurs cliniques qui effectuent du travail clinique additionnel doivent s'inscrire sous le code approprié et ne peuvent s'inscrire sous le code 14.</i>	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+ Travail humanitaire à l'étranger - sauf aux États-Unis et dans tout autre pays où s'applique le système judiciaire américain; période minimale de 3 mois et maximale de 12 mois. Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	850,20 \$	850,20 \$
+ Allergie	2 341,32 \$	1 146,00 \$
+ Anesthésiologie	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+ Biochimie médicale	1 124,88 \$	1 124,88 \$
+ Cardiologie	2 772,96 \$	1 289,00 \$
+ Chirurgie - Assistance chirurgicale (aucune autre activité professionnelle).	1 124,88 \$	1 124,88 \$
+ Chirurgie cardiaque	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie cervico-faciale (oto-rhino-laryngologie) incluant les interventions esthétiques limitées à la tête et au cou.	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie générale	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie gynécologique excluant le travail et l'accouchement. Si le travail se limite à la gynécologie en cabinet, choisir le code 39.	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie - Neurochirurgie	20 888,76 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie orthopédique	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie pédiatrique	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie plastique	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie thoracique	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Chirurgie vasculaire	12 282,12 \$	1 493,00 \$
+ Consultations chirurgicales / pratique chirurgicale en cabinet. Ce code s'applique également aux médecins dont la pratique se limite à des interventions esthétiques mineures. Si le travail se limite à la gynécologie en cabinet, choisir le code 39.	2 772,96 \$	1 289,00 \$
+ Dermatologie	2 772,96 \$	1 289,00 \$
+ Endocrinologie et métabolisme	1 805,04 \$	1 146,00 \$
+ Gastroentérologie	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+ Génétique médicale	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+ Gériatrie	1 805,04 \$	1 146,00 \$
+ Hématologie	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+ Immunologie clinique	2 341,32 \$	1 146,00 \$
+ Maladies infectieuses	2 341,32 \$	1 146,00 \$
+ Médecine administrative – Médecin-cadre/conseiller médical/expert médical – aucun contact clinique.	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+ Médecine de la douleur - sans anesthésie générale ou rachidienne	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+ Médecine de soins intensifs	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+ Médecine d'urgence. Ce code s'applique également aux médecins de famille ou aux omnipraticiens travaillant principalement au service d'urgence.	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+ Médecine du sport	2 341,32 \$	1 146,00 \$
+ Médecine du travail	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+ Médecine interne et ses surspécialités non précisées ailleurs.	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+ Médecine néonatale et périnatale	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+ Médecine nucléaire	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+ Médecine palliative	1 805,04 \$	1 146,00 \$

+	Genre d'activité	Prime témoin 2016 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
+	Médecine physique et réadaptation	1 805,04 \$	1 146,00 \$
+	Microbiologie médicale	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+	Néphrologie	2 772,96 \$	1 289,00 \$
+	Neurologie	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+	Obstétrique incluant ou excluant la gynécologie	34 204,20 \$	1 493,00 \$
+	Obstétrique/gynécologie , excluant le travail, l'accouchement et la chirurgie. Ce code s'applique à la gynécologie en cabinet et comprend les traitements d'infertilité.	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+	Oncologie médicale	2 341,32 \$	1 146,00 \$
+	Oncologie - Radio-oncologie	2 341,32 \$	1 146,00 \$
+	Ophthalmologie	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+	Pathologie – Anatomo-pathologie	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+	Pathologie générale	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+	Pathologie hématologique	1 124,88 \$	1 124,88 \$
+	Pathologie - Neuropathologie	1 124,88 \$	1 124,88 \$
+	Pédiatrie – travail professionnel effectué principalement en pédiatrie, peut inclure les quarts de travail au service d'urgence. Si le travail se limite à la pédiatrie du développement, choisir le code 27.	6 108,36 \$	1 493,00 \$
+	Pneumologie	2 772,96 \$	1 289,00 \$
+	Psychiatrie et traitement médical de la toxicomanie - comprend les omnipraticiens dont la pratique se limite à la psychothérapie et/ou au traitement médical de la toxicomanie. Peut comprendre les quarts de travail au service d'urgence d'un hôpital psychiatrique.	2 772,96 \$	1 289,00 \$
+	Radiologie diagnostique	5 075,04 \$	1 493,00 \$
+	Rhumatologie	1 922,76 \$	1 146,00 \$
+	Santé publique et médecine préventive (médecine communautaire)	1 517,28 \$	1 146,00 \$
+	Urologie	6 108,36 \$	1 493,00 \$

EP - TOXICOMANIE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS OFFRANT UN PROGRAMME EN TOXICOMANIE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui assure la prestation de services professionnels dans un établissement ou partie d'établissement offrant un programme de toxicomanie et énuméré à l'annexe 1 des présentes.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-12 est abolie.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des stipulations contenues à la présente entente particulière.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin, lorsqu'il assure la prestation de services professionnels dans un établissement ou partie d'établissement visé aux présentes, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il y est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à la vacation s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération. Le médecin qui, dans l'établissement ou partie d'établissement visé, n'est pas détenteur d'une nomination à honoraires fixes ou à la vacation est rémunéré à l'acte lorsqu'il y fournit des services médicaux.

3.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre la présente entente au cours du trimestre visé.*

4.00 VACATION ET NORMES Y AFFÉRENTES

4.01 L'attribution des vacances disponibles aux fins des présentes est effectuée sur recommandation du chef du département de médecine générale et du chef du service ou de l'unité de toxicomanie, après consultation des médecins visés ou, à défaut, du médecin responsable nommé par le Conseil d'administration, après consultation des médecins qui exercent dans l'établissement ou partie d'établissement visé.

5.00 COMITÉ MIXTE

5.01 Le nombre d'heures rémunérées qui est alloué, sur base annuelle, à un établissement pour la dispensation des services professionnels visés à l'article 6.00 est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité mixte prévu au paragraphe 5.02;

6.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES À HONORAIRES FIXES OU À LA VACATION

6.01 Dans un établissement ou partie d'établissement visé aux présentes, la rémunération selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, couvre :

- a) la dispensation des soins médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et médico-administratif, reliées à un programme de toxicomanie visé aux présentes.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **031015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **031030** Services cliniques
- **031032** Rencontres multidisciplinaires
- **031043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **031063** Garde sur place
- **031071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

6.02 Par extension, lorsque seule une partie d'établissement est désignée, la rémunération prévue au paragraphe 6.01 couvre également la dispensation des soins médicaux que le médecin visé à ce paragraphe est, pendant une période où il est rémunéré à honoraires fixes ou à la vacation, appelé à dispenser ailleurs dans l'établissement.

7.00 GARDE

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire un « E » dans la case C.S.*

8.00 DROITS ACQUIS

8.01 Le médecin qui, à la date d'inclusion d'un établissement ou d'une partie d'établissement à l'annexe 1 ci-jointe, y exerce sa profession et y est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, ne peut être contraint, pendant la durée de la présente entente particulière, de se prévaloir d'un autre mode de rémunération.

9.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

9.01 L'inscription, à l'annexe 1 de la présente entente particulière, d'un établissement ou d'une partie d'établissement, rend caduque, pour autant, son inscription lorsqu'elle existe, soit à l'annexe X de l'Entente, soit à tout autre accord prescrivant, comme mode exclusif de rémunération, soit les honoraires fixes, soit la vacation.

9.02 Pour la période comprise entre le 28 janvier et le 1^{er} avril 1991, le docteur Christian Fortin est, nonobstant toute clause inconciliable, rémunéré à l'acte lorsqu'il exerce à l'unité de toxicomanie du centre hospitalier Jonquière.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente particulière prend effet le 28 janvier 1991 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de mai 1991.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

A - EP - TOXICOMANIE

ANNEXE I

Liste des établissements ou parties d'établissement désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains établissements offrant un programme en toxicomanie.

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A-12 est abolie.

ABROGÉE

EP - GERIATRIE (CHSLD)

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UNE UNITÉ OU D'UN SERVICE DE GÉRIATRIE VISÉS AUX PRÉSENTES EXPLOITÉS PAR UN ÉTABLISSEMENT DONT LA FONCTION PRINCIPALE EST LA GESTION D'UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie visés aux présentes, exploités par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;

1.02 Aux fins des présentes, les vocables « unité ou service » signifient et, lorsque telle chose existe, couvrent un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un hôpital de jour, un centre de réadaptation et une unité gériatrique de soins de courte durée, exploités par l'établissement visé au paragraphe 1.01 précité;

1.03 Cette entente s'applique également au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée géré par un établissement dont la fonction principale est l'exploitation d'un centre local de services communautaires;

1.04 Cette entente porte enfin sur la rémunération du médecin qui est appelé, à titre de médecin de famille d'une personne en perte d'autonomie, à participer, dans ou auprès des unités et services visés aux présentes, à l'évaluation de cette personne en vue de son orientation ou du suivi médical à lui être accordé;

1.05 L'annexe I fait état de l'adhésion, complète ou partielle, d'un établissement désigné par le comité paritaire aux fins de la présente entente. À moins d'indication contraire, cette annexe comprend, pour cet établissement, l'ensemble des installations.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-13 est abolie.

1.06 Sauf lorsqu'elle y pourvoit autrement, l'annexe susmentionnée ne couvre pas, lorsque telle chose existe, le service d'urgence de première ligne de l'établissement, la clinique externe de soins généraux et l'unité de soins de courte durée autres que gériatriques;

1.07 Aux fins de cette entente, un centre peut ne comprendre que des lits faisant partie du programme d'achat de places du gouvernement. Aux mêmes fins, un programme de centre de jour d'un établissement ne peut être couvert par l'adhésion de cet établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Selon les modalités qu'elle édicte, notamment celles prévues à son article 12.00, la présente entente particulière s'applique également aux établissements et centres qui, conventionnellement, étaient régis selon l'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil et d'hébergement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 16 mai 1991, telle qu'amendée subséquemment, avant que cette entente ne soit remplacée par l'entente particulière visée aux présentes. Les noms de ces établissements, et le cas échéant ceux des centres qu'ils exploitent, apparaissent en annexe des présentes;

3.02 Selon les mêmes modalités, cette entente particulière s'applique enfin aux établissements, centres ou unités qui, conventionnellement, étaient régis par l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans un centre hospitalier de soins de longue durée, intervenue en date du 28 août 1991, telle qu'amendée subséquemment, avant que cette entente ne soit remplacée par la présente entente particulière. Les noms de ces établissements, et le cas échéant ceux des centres qu'ils exploitent, apparaissent en annexe des présentes.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

4.01 Quel que soit le mode de rémunération prévu par la présente entente particulière, les activités professionnelles que le médecin doit effectuer sont les suivantes :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient;

AVIS: Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

- **056015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **056030** Services cliniques
- **056032** Rencontres multidisciplinaires
- **056043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **056055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **056063** Garde sur place
- **056071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **056097** Plan d'intervention pour le patient
- **056098** Services de santé durant le délai de carence
- **056132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.02 Le chef du département de médecine générale, celui du service médical, ou le médecin responsable des soins médicaux s'assure que les activités professionnelles énumérées au paragraphe précédent sont généralement dispensées pendant les heures régulières de fonctionnement de l'établissement. Par heures régulières de fonctionnement, il faut entendre la période comprise entre 8 h et 17 h;

4.03 Le nombre d'heures alloué, sur une base annuelle, à un établissement, pour l'ensemble des activités professionnelles susmentionnées, est déterminé par le Ministre, après consultation du comité paritaire dont la création est prévue à l'article 32.00 de l'Entente;

4.04 La répartition entre les médecins de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale, par celui du service médical, ou par le médecin responsable des soins médicaux.

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unités et services visés aux présentes dont l'établissement est régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, selon les modalités apparaissant ci-après, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération, soit à l'acte;

5.02 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unité et service dont l'établissement n'adhère pas à la présente entente particulière est rémunéré selon le mode de l'acte;

5.03 Le médecin qui exerce dans ou auprès des unité et service dont l'établissement adhère partiellement à la présente entente particulière est rémunéré soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire, soit à l'acte s'il est rémunéré selon ce mode à la date d'adhésion de l'établissement à l'entente. Cette rémunération à l'acte a cours tant que le médecin continue à se prévaloir de ce mode de rémunération;

5.04 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unité et service dont l'établissement est complètement adhérent à l'entente est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;

5.05 Exceptionnellement et malgré les paragraphes 5.03 et 5.04, le médecin qui ne dispense pas des soins de façon régulière dans ou auprès des unité et service visés aux présentes est, lorsqu'il y dispense des soins médicaux à la demande de son patient, rémunéré à l'acte;

AVIS : *L'établissement doit préciser sur l'avis de service qu'il s'agit d'un médecin qui dispense des soins à la demande de son patient et qu'il est rémunéré à l'acte.*

5.06 Au bénéfice du médecin visé par le paragraphe 1.04, cette entente tient lieu des nomination et autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire. Le présent paragraphe ne s'applique pas au médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.05 susmentionné;

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité 056080 : Participation du médecin de famille.*

5.07 L'établissement avise sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode de rémunération. Les cas d'exception prévus au paragraphe 5.05 font également l'objet d'un pareil avis. L'établissement doit transmettre copie de ces avis au médecin concerné. L'établissement joint, lorsque tel est le cas, l'autorisation du comité paritaire concernant le médecin visé par l'article 6.00.

AVIS : *Faire parvenir l'avis de service n° 1897 pour le médecin désirant être rémunéré à honoraires fixes et l'avis de service n° 3547 pour celui désirant être rémunéré à tarif horaire. Par ailleurs, pour permettre exceptionnellement la facturation à l'acte dans le secteur XXXX4 de l'établissement, s'assurer de faire parvenir l'un ou l'autre de ces avis de service pour chaque médecin visé en spécifiant la situation d'exception applicable (soins à la demande du patient, autorisation du comité paritaire ou droits acquis).*

5.08 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre la présente entente au cours du trimestre visé.*

6.00 RÉMUNÉRATIONS DÉROGATOIRES

6.01 En cas de difficultés de recrutement, le comité paritaire peut autoriser un établissement dont l'adhésion est partielle à remplacer un médecin rémunéré à l'acte par un médecin rémunéré selon ce mode;

6.02 Malgré le paragraphe 5.02, le médecin qui exerce dans ou auprès des unité et service dont l'établissement n'est pas adhérent à l'entente mais qui, en date du 29 avril 1995, y était rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation peut, en rémunération des activités professionnelles visées aux présentes, se prévaloir, selon le cas, de la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire;

6.03 Malgré le paragraphe 5.02, le comité paritaire peut, de façon exceptionnelle, autoriser un médecin qui, dans ou auprès des unité et service visés aux présentes, n'était pas rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation en date du 29 avril 1995, à se prévaloir du mode de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, s'il exerce dans un programme où l'ensemble des médecins, en considération de l'activité professionnelle visée aux présentes, sont rémunérés selon l'un ou l'autre de ces modes;

6.04 Au bénéfice des médecins et de l'établissement visé, le comité paritaire peut également autoriser, pour une unité ou un service visés aux présentes, un mode de rémunération différent pour les médecins qui au moment de l'adhésion complète de cet établissement à la présente entente, y exercent leur profession, lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

- a) l'établissement en cause gère plus d'une unité ou service visés aux présentes;

- b) les équipes de médecins qui exercent dans ou auprès de ces unités ou services sont différentes;
- c) il y a désaccord relativement à une adhésion complète au sens de la présente entente particulière;

Lorsqu'un mode de rémunération différent est autorisé par le comité paritaire, l'activité professionnelle du médecin doit toutefois demeurer conforme aux exigences qu'édictent l'article 4.00 des présentes.

6.05 Dans un service d'urgence de première ligne, une clinique externe de soins généraux ou une unité de soins de courte durée autres que gériatriques exclus selon les dispositions du paragraphe 1.06, le médecin qui dispense des services médicaux est rémunéré à l'acte;

7.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire un « E » dans la case C.S.*

8.00 MODALITÉS GÉNÉRALES D'ADHÉSION

8.01 Une demande d'adhésion au sens de la présente entente particulière est formulée en regard de l'ensemble des services ou unités qu'exploite l'établissement;

8.02 Une demande d'adhésion est formulée conjointement par l'établissement et les médecins;

8.03 Une demande d'adhésion partielle peut être formulée, en tout temps, si les médecins qui désirent être rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent, pour le compte de l'établissement, 25 % et plus des heures de service;

8.04 Une demande d'adhésion complète peut être formulée, en tout temps, si les médecins qui désirent être rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent, pour le compte de l'établissement, plus de 50 % des heures de service;

9.00 MODALITÉS PARTICULIÈRES D'ADHÉSION ET PRÉSOMPTION

9.01 Un établissement pour le compte duquel 25 % et plus des heures de service sont effectuées par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, est, réputé partiellement adhérent à l'entente;

9.02 Même si les heures de service effectuées par les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire n'atteignent pas 25 % des heures de service dispensées pour le compte d'un établissement, le comité paritaire peut, exceptionnellement, recommander aux parties une adhésion partielle si l'établissement en cause démontre qu'il est en mesure d'atteindre ce pourcentage de 25 % dans un délai n'excédant pas six (6) mois;

9.03 Lorsque les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent déjà, pour le compte d'un établissement, plus de 50 % des heures de service et qu'une demande d'adhésion complète n'a pas été formulée, l'adhésion de cet établissement continue à bénéficier de la présomption d'adhésion partielle si, selon l'évaluation du comité paritaire, les services dispensés respectent la description des activités professionnelles telles que déterminées selon l'article 4.00 de la présente entente. Si l'activité professionnelle constatée ne répond pas aux exigences de cette description, le comité paritaire peut recommander aux parties une adhésion complète;

9.04 Tout constat relatif à la détermination des pourcentages dont traitent les articles 8.00 à 10.00 de cette entente relève de l'autorité du comité paritaire;

9.05 En regard de la détermination des pourcentages dont traite le paragraphe 9.04 ci-dessus, la rémunération selon le mode de l'acte est, à des fins de calcul, convertie en heures travaillées, sur la base du tarif horaire.

10.00 MODALITÉS DE RETRAIT

10.01 Une demande qui a pour objet le retrait de l'adhésion complète d'un établissement requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins qui effectuent la dispensation de plus de la moitié des heures de services, l'assentiment du comité paritaire. Toutefois, une demande ayant pour objet le retrait de l'adhésion partielle de l'établissement requiert, outre l'assentiment de l'établissement et du comité paritaire, l'accord des médecins qui, rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, dispensent la majorité des services médicaux rémunérés selon ces modes;

10.02 À l'endroit de l'établissement et des médecins visés, une demande de retrait entraîne l'application des dispositions du paragraphe 5.02 sauf à l'égard du médecin rémunéré à honoraires fixes, lequel conserve son mode de rémunération;

10.03 Lorsque le retrait de l'entente concerne un établissement dont l'adhésion est complète, cet établissement ne peut, pendant la période de six (6) mois qui suit la date de ce retrait, que réadhérer complètement à l'entente. Au-delà de cette période, l'établissement en cause peut, partiellement ou complètement, réadhérer à l'entente.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 À la demande des parties, le comité paritaire peut recommander que soit allouée, de façon provisoire, une banque d'heures à un établissement qui entend adhérer à la présente entente particulière afin de permettre à cet établissement d'initier le recrutement de ses effectifs médicaux. Les procédures régulières d'adhésion de l'établissement en cause doivent être complétées dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'allocation de cette banque;

11.02 Le comité paritaire informe, par écrit, l'établissement ainsi que les parties, de la détermination des modes de rémunération découlant de l'application du présent article et des paragraphes 6.01 à 6.04.

12.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

12.01 Un établissement visé au paragraphe 3.01 a, aux fins de la mise en vigueur de la présente entente particulière, statut d'établissement complètement adhérent à cette entente;

12.02 Un établissement visé au paragraphe 3.02 de la présente entente particulière est réputé non adhérent à la présente entente si, en date du 29 avril 1995, la dispensation de moins de vingt-cinq pour cent (25 %) des heures de service visées aux présentes était effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à la vacation. La rémunération du médecin qui y exerce sa profession est sujette aux modalités qu'édictent les paragraphes 5.01, 5.02, 6.02 et 6.03 des présentes;

12.03 Un établissement visé au paragraphe 3.02 a, aux fins de la mise en vigueur de la présente entente particulière, statut d'établissement adhérent partiellement à cette entente si, en date du 29 avril 1995, la dispensation de vingt-cinq pour cent (25 %) et plus des heures de service visées aux présentes était effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à la vacation;

12.04 Un établissement visé au paragraphe 3.02 susmentionné a par ailleurs statut d'établissement adhérent complètement à l'entente si, toujours en date du 29 avril 1995, la dispensation de tous les services visés aux présentes était effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

12.05 Aux fins de l'application des paragraphes 12.03 et 12.04, la rémunération à l'acte décrite au paragraphe 5.05 ne peut être prise en compte;

12.06 Un établissement visé au présent article ainsi que les médecins qui exercent leur profession dans ou auprès des unités et services exploités par cet établissement peuvent, par la suite, se prévaloir des modalités, générales ou particulières, d'adhésion ou, le cas échéant, de retrait, visées aux présentes;

12.07 L'adhésion d'un établissement au sens de la présente entente particulière rend caduque pour autant l'inscription de cet établissement, lorsqu'elle existe, soit à l'annexe I de l'accord n° 1, soit à l'annexe I de l'accord n° 2 de l'entente générale;

12.08 La mise en oeuvre du présent article, ainsi que celle de la présente entente particulière, ne peuvent avoir pour effet de réduire les droits et bénéfices qui, à la date d'entrée en vigueur de cette entente, étaient ceux d'un médecin rémunéré à honoraires fixes qui, depuis cette date, est régi aux termes des présentes;

12.09 Aux fins de la mise en oeuvre des paragraphes 6.02, 6.03, 12.02 et 12.03 des présentes, le vocable « vacation » comprend également, lorsque ce mode existe, les vocables « tarif horaire ».

13.00 REMPLACEMENT

13.01 À compter de sa date de mise en vigueur, la présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil d'hébergement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 16 mai 1991, telle qu'amendée subséquemment;

13.02 Cette entente remplace également, dès sa date de mise en vigueur, l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un centre hospitalier de soins de longue durée, intervenue en date du 28 août 1991, telle qu'amendée subséquemment.

14.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

14.01 La présente entente particulière entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 30 avril 1995;

14.02 Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour d'avril 1995.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

A - EP - GERIATRIE (CHSLD)

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou un service de gériatrie dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A-13 est abolie.

ABROGÉE

*EP - CLSC PERSONNES ITINÉRANTES MTL***ENTENTE PARTICULIÈRE****AYANT POUR OBJET LE CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) CENTRE-VILLE ET LES SERVICES DISPENSÉS AUX PERSONNES ITINÉRANTES DE MONTRÉAL****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui, étant détenteur d'une nomination à cette fin du CLSC Centre-Ville, assure la dispensation de services professionnels dans les organismes communautaires participant au programme conjoint ministère de la Santé et des Services sociaux-Ville de Montréal à l'intention des personnes itinérantes de Montréal.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, telle qu'amendée subséquemment, s'applique au médecin qui dispense des services professionnels visés aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 POINT DE SERVICE ET PROGRAMME

3.01 Les locaux qu'occupent les organismes participant au programme conjoint constituent, aux fins de la présente entente particulière, des points de service du CLSC Centre-Ville;

3.02 Toujours aux mêmes fins, les services professionnels dispensés à ces endroits par un médecin font partie des programmes de santé de cet établissement.

4.00 RÉMUNÉRATION

4.01 Le médecin qui dispense des services médicaux dans le cadre de la présente entente particulière est, pour le temps qu'il consacre à ses activités professionnelles, rémunéré selon le mode de la vacation;

4.02 Toutefois, ce mode de rémunération ne s'applique pas au médecin qui, dans l'établissement visé aux présentes, est déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes et participe, pendant sa période régulière d'activité professionnelle, à la dispensation des services professionnels visés à la présente entente particulière;

4.03 Le nombre d'heures allouées par le ministre pour la dispensation de services professionnels dans le cadre de la présente entente particulière est d'au maximum quarante-cinq (45) par semaine;

4.04 Les rémunérations visées au présent article couvrent l'ensemble de l'activité professionnelle des médecins, à savoir :

- a) la dispensation de services médicaux;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire ou à des activités d'encadrement, et qui sont reliées à la dispensation de services médicaux aux personnes itinérantes de Montréal;

- c) les tâches d'administration, de coordination et de planification que requiert la dispensation des soins médicaux visés aux présentes.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **030015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **030030** Services cliniques
- **030032** Rencontres multidisciplinaires
- **030038** Coordination
- **030043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **030055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)
- **030098** Services de santé durant le délai de carence

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

5.00 GARDE

5.01 En dehors de l'horaire prévu pour fins de dispensation de services médicaux, les médecins n'assurent, au bénéfice des organismes communautaires, aucun service de garde, sur place ou en disponibilité.

6.00 EXONÉRATION

6.01 Le médecin dont la nomination a pour objet exclusif, dans l'établissement visé aux présentes, la dispensation de services professionnels selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter, dans le CLSC visé, une activité professionnelle autre que celles visées aux présentes;

6.02 Le paragraphe précédent ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement concerné, lorsque ces activités se rapportent aux services visés aux présentes.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière ayant pour objet le Centre local de services communautaires (CLSC) Centre-Ville et le dispensaire médical de la maison Dernier Recours de Montréal. Elle prend effet à la date de sa signature et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette entente particulière est abrogée par l'Amendement n° 157.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de juin 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - ADAPTATION-RÉADAPTATION - DÉFICIENCE PHYSIQUE

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI DISPENSE DES SERVICES À L'INTÉRIEUR D'UN PROGRAMME EN ADAPTATION-RÉADAPTATION AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement ou partie d'un établissement énuméré à l'annexe I des présentes, dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation en déficience physique (moyen séjour, réadaptation fonctionnelle intensive).

1.02 Cette entente particulière porte également sur la rémunération du médecin qui est appelé, à titre de médecin de famille d'une personne, à participer à son évaluation en vue de son orientation ou du suivi médical à lui être accordé.

1.03 L'annexe I des présentes comprend la liste des établissements dispensant un programme visé par la présente entente particulière.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A-15 est abolie.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez utiliser les codes d'activité suivants en remplaçant le X, par le chiffre 2, 3 ou 7, selon la situation :*

- MOYEN SÉJOUR OU RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE = 042XXX
- ADAPTATION - RÉADAPTATION, SERVICES EXTERNES = 043XXX
- ADAPTATION - RÉADAPTATION, AUTRES PROGRAMMES = 047XXX

04X030 Services cliniques

04X032 Rencontres multidisciplinaires

04X043 Tâches médico-administratives et hospitalières;

04X055 Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

04X063 Garde sur place

AVIS : (suite)

04X071 Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)

04X080 Participation du médecin de famille (TH seulement)

04X098 Services de santé durant le délai de carence

04X132 Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient.

3.02 Par extension, la rémunération prévue au présent article couvre également les consultations reliées à la présente entente que le médecin est, pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes, appelé à dispenser ailleurs dans l'établissement, auprès d'une même clientèle à l'extérieur d'un programme visé aux présentes.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui exerce dans le cadre du programme visé à l'entente, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à la vacation s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Exceptionnellement et malgré le paragraphe 4.01, le médecin qui ne dispense pas de soins de façon régulière dans l'établissement visé aux présentes peut être rémunéré à l'acte selon l'entente générale lorsqu'il y dispense des soins à la demande de son patient. L'établissement informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de ces cas d'exception.

AVIS : L'établissement doit préciser sur l'avis de service qu'il s'agit d'un médecin qui dispense des soins à la demande de son patient et qu'il est rémunéré à l'acte.

Également, peuvent être rémunérés à l'acte les services médico-administratifs prévus à l'annexe XIII de l'Entente.

4.03 Même s'il n'est détenteur d'aucune nomination dans un établissement désigné à l'annexe I, le médecin de famille visé au paragraphe 1.02 de la présente entente particulière est rémunéré selon le mode de la vacation pour les activités visées par ce paragraphe.

4.04 Au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02, la présente entente particulière tient lieu des nomination et autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon le mode de la vacation.

4.05 Le nombre d'heures qui est alloué, sur base annuelle, à un établissement, pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes est déterminé par le Ministre. Le comité mixte prévu à l'article 6.00 de la présente entente particulière peut soumettre au Ministre les avis qui lui semblent pertinents sur cet objet.

4.06 La répartition entre les médecins de ce nombre d'heures est déterminée par le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins régis selon la présente entente particulière.

4.07 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

4.08 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre la présente entente au cours du trimestre visé.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions prévues à l'entente générale.

AVIS : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

6.00 COMITÉ MIXTE

6.01 Le Ministre et la Fédération constituent un comité mixte formé de deux (2) membres, l'un nommé par le Ministre, l'autre par la Fédération.

6.02 Il incombe au comité de voir à informer et à conseiller les établissements et les médecins visés aux présentes, relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière.

6.03 Ce comité a également pour fonctions d'examiner les demandes des établissements et de soumettre aux parties les avis qui lui semblent pertinents quant aux matières suivantes :

- a) en regard de la présente entente particulière, l'adhésion ou le retrait d'un établissement;
- b) les effets d'une modification au permis d'un établissement.

6.04 Ce même comité voit à évaluer le fonctionnement de la présente entente et à recommander, s'il y a lieu, au Ministre et à la Fédération, les correctifs nécessaires.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet à la date de sa signature et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de septembre 1992.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - ADAPTATION-RÉADAPTATION - DÉFICIENCE PHYSIQUE

ANNEXE I

Liste des établissements ou parties d'établissement désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique.

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A-15 est abolie.

ABROGÉE

EP - AMP

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29) et des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer, conventionnellement, les modalités d'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) (la Loi), relativement à la participation du médecin aux activités médicales particulières dont traite cette loi.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3. ADHÉSION

3.1 Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi.

3.1.1 Cet assujettissement implique que le médecin adhère à la présente entente en signant un engagement conformément à la Loi et à l'article 4 de la présente entente.

3.1.2 À défaut d'adhérer à la présente entente, la rémunération du médecin pour les services qu'il dispense dans le cadre du régime est réduite selon les règles édictées par l'article 5 de la présente entente.

3.2 Pour le médecin qui débute sa pratique et pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région, son adhésion à la présente entente doit respecter les modalités suivantes :

3.2.1 Au cours du premier trimestre tel que défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- adresser une demande à l'agence du territoire où il exerce pour plus de 50 % de ses journées de facturation pour obtenir la liste des activités médicales particulières disponibles proposées par le département régional de médecine générale (DRMG) de l'agence;
- dans le cas où un médecin n'exerce pas pour plus de 50 % de ses journées de facturation dans une même région, l'agence visée au présent sous-paragraphe est celle où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès de ou des établissement(s) qui apparaissent à la liste.

Aux fins de la détermination de l'agence responsable, on ne considère pas les journées de facturation faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

3.2.2 Au cours du trimestre suivant, le médecin doit :

- obtenir la nomination de l'établissement visé au sous-paragraphe 3.2.1;
- transmettre copie de cette nomination au DRMG de l'agence concernée.

Cette nomination doit, dans le cadre de la présente entente, prévoir explicitement le volume d'activités particulières auquel s'engage le médecin.

Sous réserve des dispositions de l'article 4 des présentes, le médecin qui veut se voir reconnaître des activités médicales particulières, en tout ou en partie, dans les secteurs v), vi) et vii) visés au paragraphe 4.1 des présentes, doit, au cours du même trimestre énoncé ci-dessus :

- produire au DRMG de l'agence les pièces justificatives lui permettant d'obtenir la reconnaissance de ses activités à titre d'activités médicales particulières;
- obtenir, le cas échéant, la nomination d'un établissement visé par les secteurs v), vi) et vii) précités;
- obtenir une reconnaissance de la part du DRMG de l'agence de ses activités comme activités médicales particulières.

Dans tous les cas, cette reconnaissance doit prévoir le volume d'activités reconnues.

3.2.3 Le DRMG de l'agence visée au sous-paragraphe 3.2.1, au plus tard deux (2) semaines avant la fin du trimestre visé au sous-paragraphe 3.2.2, doit :

- confirmer au médecin que son engagement s'inscrit dans la liste des activités médicales particulières de l'agence et qu'il répond aux exigences de la présente entente. La Régie reçoit copie de cette confirmation;
- ou, dans le cas où l'offre de services du médecin ne s'inscrit pas de façon satisfaisante dans la liste des activités médicales particulières ou qu'il ne répond pas aux exigences de la présente entente, aviser le médecin qu'il doit apporter des ajustements à son offre et permettre au médecin de faire ses observations;

3.2.4 Sauf circonstances exceptionnelles et avec l'approbation du comité paritaire, l'adhésion du médecin à la présente entente devient effective, au plus tard, au début du trimestre suivant celui visé au sous-paragraphe 3.2.2 ci-dessus.

Dans le cas où l'adhésion du médecin à la présente entente n'est pas confirmée à la date de début de ce troisième trimestre ou si cette adhésion a été refusée en vertu des dispositions du paragraphe 4.7 des présentes, le médecin est considéré comme non adhérent pendant tout ce trimestre et pendant chacun des trimestres suivants jusqu'à ce qu'il ait adhéré à la présente entente. Son adhésion devient, alors, effective au début du trimestre suivant la date apparaissant à son avis d'adhésion à la Régie.

Le comité paritaire peut, en outre, prolonger les délais d'adhésion accordés au médecin en vertu de la présente entente lorsque le DRMG de l'agence n'a pu respecter ses obligations envers le médecin dans les délais impartis.

Aux fins de l'application de l'annexe XIX de l'entente générale, le médecin est réputé adhérent à la présente entente pendant la période de report de son délai d'adhésion.

3.2.5 Le médecin résident qui détient une autorisation prévue au paragraphe 3.10 de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3.0 de la présente entente particulière.

3.3 Activités médicales particulières hors région ou nationales

3.3.1 D'une façon générale, lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue celles-ci, en tout ou en partie, dans une autre région que celle décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes, l'administration de son dossier est confiée à cette dernière. L'agence auprès de laquelle le médecin effectue des activités médicales particulières informe alors par écrit l'agence décrite au paragraphe 3.2.1 de l'engagement du médecin et de son respect.

3.3.2 Malgré le paragraphe précédent, lorsque les activités en cause se situent dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale, ou encore lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue ses activités, en tout ou en partie, dans le cadre d'activités relevant d'une instance à vocation nationale;

Le dossier du médecin est confié :

- a) dans le cas où le médecin a une pratique exclusive dans le cadre du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou que les activités faites dans le cadre d'une instance à vocation nationale répondent à la totalité des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale qui remplit alors les fonctions de l'agence décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes. Le comité paritaire en informe, s'il y a lieu, cette agence;
- b) dans le cas où le médecin qui veut se voir reconnaître comme activités médicales particulières des activités faites dans le cadre du dépannage, mais n'a pas une pratique exclusive dans le cadre du dépannage ou que les activités faites dans le cadre d'une instance nationale ne répondent qu'à une partie des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, à l'agence décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes y compris en ce qui a trait à la partie relative aux activités en cause.

4. ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des activités médicales particulières

En tenant compte des responsabilités dévolues par la Loi au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), l'engagement du médecin relatif aux activités médicales particulières doit se situer dans le cadre de la liste des activités proposées par le DRMG.

Dans un premier temps, cet engagement doit avoir comme objet les activités décrites ci-dessous :

- i) De façon prioritaire, la prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier exploité par un établissement ou de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le service d'urgence doit être désigné en vertu du paragraphe 1.1^o de l'article 359 de la Loi;

Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des activités médicales particulières dans les secteurs suivants :

- ii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;
- iii) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;
- v) La dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement, et ce, obligatoirement jumelée à l'une ou l'autre des activités décrites précédemment aux sous-paragraphe i), ii), iii) et iv);

Dans un troisième temps, le médecin peut se voir reconnaître des activités dans les secteurs vi) et vii) ci-dessous lorsque les conditions suivantes sont remplies:

- a. le DRMG d'une région visée au sous-paragraphe 3.2.1 ne peut attribuer au médecin, de façon à lui permettre de répondre aux exigences de base prévues au paragraphe 4.3 ci-dessous, des activités médicales dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique principal en ce qui concerne les activités du secteur i) ou de quarante (40) kilomètres en ce qui concerne les activités des secteurs ii) à iv) inclusivement;
- b. le DRMG d'une région limitrophe ne peut, dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres du lieu de pratique principal du médecin, lui attribuer, de façon suffisante, des activités médicales dans le secteur d'activités i).

Le médecin ne peut se voir reconnaître des activités médicales particulières dans les secteurs vi) et vii) d'un DRMG d'une agence autre que celle visée au sous-paragraphe 3.2.1 lorsque cette dernière peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à v);

- vi) La dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement;
- vii) La participation à toute autre activité prioritaire déterminée par l'agence et approuvée par le Ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Les activités du secteur iii) ci-dessus, en regard du programme de soutien à domicile d'un CLSC ne peuvent être reconnues que si le médecin détient une nomination de l'établissement même si cette nomination n'a pour objet que sa participation à la garde en disponibilité.

Les activités du secteur v) de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement peuvent répondre jusqu'à la moitié des exigences de base applicables au médecin.

Les activités des secteurs v) et vi) ci-dessus en regard de la clientèle vulnérable répondent aux conditions prévues à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables notamment en ce qui a trait à l'identification du médecin de famille par le patient vulnérable visé à cette entente.

Les activités des secteurs v) et vi) en regard de la clientèle vulnérable suivie en GMF doit répondre aux conditions prévues pour cette clientèle au paragraphe VII de l'annexe V de l'entente particulière relative aux GMF et être inscrite auprès du médecin.

Les secteurs v) et vi) peuvent également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et acceptée à ce titre par accord des parties.

Les services médicaux visés dans les secteurs i) à iv) inclusivement comprennent la dispensation de services médicaux en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.2 Dérogations

- a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme activités médicales particulières. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.
- b) Exceptionnellement, le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG, autoriser un médecin à se voir reconnaître des activités dans le cadre du secteur v) pour plus de la moitié des exigences de base applicables au médecin ou dans le cadre des secteurs vi) ou vii) malgré la disponibilité d'activités médicales particulières dans les secteurs d'activités i) à iv).
- c) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au paragraphe précédent, le DRMG de l'agence peut exempter un médecin d'effectuer ses activités médicales particulières dans le secteur d'activités i) pour une des raisons suivantes :
 - a) Grossesse;
 - b) Pratique active en obstétrique;
 - c) Incapacité physique ou mentale grave le rendant inapte à exercer cette activité :

Pour tout autre motif, la demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG de l'agence et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectuer ses activités soit sur le territoire d'une agence, soit sur les territoires de plus d'une agence, selon les modalités qu'édicte la présente entente particulière.

La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux activités médicales particulières d'une ou de plusieurs agences doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou, sur une base trimestrielle de cent trente-deux (132) heures;

La participation du médecin de quinze (15) ans mais de moins de vingt (20) ans de pratique est établie à six (6) heures par semaine en moyenne ou, sur une base trimestrielle de soixante-six (66) heures;

Le médecin qui compte vingt (20) ans ou plus de pratique, adhèrent à la présente entente, peut être appelé par le DRMG de l'agence à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG de l'agence doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique.

Exceptionnellement, le DRMG de l'agence peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans les cas de grossesse ou d'invalidité partielle.

Le calcul des années de pratique se fait selon les dispositions de l'annexe I des présentes.

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé répondre aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit le médecin dont la rémunération annuelle dans le cadre du régime d'assurance maladie, selon le tarif de base prévu à l'entente, se situe à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après.

Dans ce cas, le DRMG d'une agence doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'activités médicales particulières exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération annuelle du médecin

jusqu'à 19 999 \$
de 20 000 \$ à 39 999 \$
de 40 000 \$ à 60 000 \$

Exigences de base par semaine Médecin de moins de 15 ans de pratique

3 heures
6 heures
9 heures

Ces exigences sont réduites de moitié pour le médecin qui compte 15 ans mais moins de 20 ans de pratique et dont la rémunération se situe dans une des catégories décrites ci-dessus.

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique

De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés à l'annexe I des présentes la période d'inactivité professionnelle en cause aux fins du calcul des années de pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin qui, par ailleurs, satisfait aux exigences relatives à la participation aux activités médicales particulières.

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des activités médicales particulières doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme activités médicales particulières. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

Malgré l'alinéa précédent, les critères relatifs à la reconnaissance d'activités professionnelles comme répondant à des activités médicales particulières dans le secteur vii) du paragraphe 4.1 des présentes sont déterminés lors de leur approbation par le Ministre après avoir consulté la Fédération. Leur volume est convenu selon les dispositions du présent paragraphe.

4.6 Durée de l'engagement du médecin

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au trimestre suivant la date de la confirmation de son adhésion par le DRMG de l'agence à la Régie. L'engagement est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DRMG de l'agence sont d'accord pour procéder à une révision de l'engagement;
- Le DRMG de l'agence considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités i) à v) énumérés au paragraphe 4.1 des présentes. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs vi) et vii) dudit paragraphe.

La révision de l'engagement doit se finaliser au cours du trimestre pendant lequel l'engagement arrive à son terme de deux (2) ans.

Malgré ce qui précède, en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'un établissement de la région ou d'un établissement situé dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DRMG peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

La révision prévue à l'alinéa ci-dessus, n'est applicable que si l'engagement du médecin a pour objet les activités des secteurs vi) et vii) du paragraphe 4.1 des présentes et elle doit être précédée d'un préavis de soixante (60) jours

Cette révision temporaire ne peut être de plus de six (6) mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période maximale de six (6) mois. Aux fins des présentes, une pénurie est dite grave lorsqu'il y a risque de rupture ou lorsque les effectifs médicaux au service d'urgence ne lui permettent pas de combler plus de 70 % de ses besoins en heures-présence selon l'évaluation faite par le comité paritaire responsable de l'application de l'entente particulière relative au service d'urgence de certains CHSGS et de CLSC du réseau de garde.

Un médecin peut porter à l'attention du comité paritaire toute situation mettant en cause le renouvellement ou la révision de son engagement par le DRMG.

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des activités médicales particulières sont disponibles dans un territoire de l'agence, le refus d'une demande d'adhésion d'un médecin par un DRMG ne peut être justifié que par le respect du plan régional des effectifs médicaux.

4.8 Consentement

L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément à l'article 7 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.

5. RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

Une réduction de 30 % s'applique à la rémunération versée pendant un trimestre et provenant des activités professionnelles autres que celles effectuées dans les secteurs i) à v) inclusivement prévus au paragraphe 4.1 des présentes. La rémunération versée provenant du secteur v) est celle se rattachant aux clientèles vulnérables telles que visées à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle. Elle s'applique dans les cas suivants :

- Le médecin qui n'a pas adhéré à la présente entente quel que soit son nombre d'années de pratique ;
- Le médecin qui, durant deux trimestres consécutifs, ne respecte pas le volume d'activités apparaissant à son engagement ;
- Le médecin de vingt (20) ans de pratique ou plus qui ne respecte pas son engagement.

5.2 Modalités d'application

Aux fins de l'application de la réduction prévue au paragraphe 5.1 des présentes, les procédures sont les suivantes :

- Médecins non adhérents : la Régie applique la réduction pour chaque trimestre non couvert en totalité par une adhésion dûment confirmée par le DRMG ou, le cas échéant, par le comité paritaire en vertu du paragraphe 3.3.2 des présentes, et en avise le DRMG et le comité paritaire ;
- Médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique : le DRMG de l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du paragraphe 3.3.2 des présentes, suite à un avis de l'établissement lorsque le non-respect vise une nomination en établissement ou après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, demande à la Régie d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant la demande du DRMG ou du comité paritaire. La Régie continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis du DRMG ou du comité paritaire de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement ;
- Médecins adhérents de vingt (20) ans ou plus de pratique : sur demande du DRMG et avec l'approbation du comité paritaire, la Régie applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes et continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis, du DRMG et du comité paritaire, de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie est prise en compte aux fins des présentes, en excluant de la même façon que le prévoit l'annexe XIII pour les fins de l'annexe IX, la rémunération versée pour les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail.

Dans tous les cas, cette réduction s'applique également à la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel.

Pour les fins de l'application des articles 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la réduction prévue dans le cadre de l'entente sur les activités médicales particulières est considérée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

5.3 Congé de maternité ou d'adoption

Les dispositions prévues aux paragraphes précédents ne s'appliquent au médecin qui bénéficie d'un congé de maternité, ou est éligible à ce congé, ou prend un congé d'adoption, qu'après l'expiration d'une période de douze (12) mois dont la répartition avant et après l'accouchement ou avant et après la prise en charge effective de l'enfant, appartient au médecin et doit comprendre, dans le cas d'un congé de maternité, le jour de l'accouchement et, dans le cas d'un congé d'adoption, le jour de la prise en charge effective.

Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent, la période de douze (12) mois qui y est prévue est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent la Régie.

AVIS : Le médecin doit préciser à la Régie les dates de début et de fin de la période d'exemption dont il désire se prévaloir.

5.4 Exemption

En outre et de façon exceptionnelle, le comité paritaire peut, après avis du DRMG de l'agence, exempter un médecin de l'application de la réduction pour des raisons non prévues par l'entente.

Le comité paritaire précise la période d'application de l'exemption accordée. Dans certains cas, cette période peut être indéfinie.

Aux fins de l'annexe XIX, l'exemption accordée par le comité paritaire tient lieu, pour la période en cause, d'adhésion du médecin à la présente entente.

6.0 PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

6.1 Dispositions s'appliquant au DRMG de l'agence

Le DRMG de l'agence s'assure du respect des procédures d'adhésion décrites à l'article 3.0 des présentes et des délais qui y sont spécifiés.

De plus, il s'assure du respect de l'engagement du médecin. En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, il doit :

- faire connaître la liste des activités médicales particulières qui ont cours sur son territoire à tout médecin qui en fait la demande sauf pour celles relevant d'une instance à vocation nationale qui est déterminée par le Ministre;
- faire connaître à un médecin, s'il en est, les besoins des services d'urgence des régions voisines situés à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique;
- recevoir l'avis de nomination du médecin ou, le cas échéant, convenir avec le médecin d'une reconnaissance de ses activités en cabinet ou dans un milieu autre qu'un établissement;
- confirmer l'adhésion du médecin et en informer la Régie ou aviser le médecin des ajustements à apporter;
- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent en lien avec l'établissement concerné et à l'aide des informations transmises par la Régie;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision de demander à la Régie d'appliquer la réduction selon les modalités prévues à l'article 5.0 des présentes;
- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une agence, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre agence intéressée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui la concerne et informe le DRMG de l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

6.2 Dispositions applicables par la Régie de l'assurance maladie du Québec

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, la Régie doit :

En ce qui a trait au médecin non adhérent :

- faire l'inventaire, sur une base trimestrielle, des médecins non adhérents, et en transmettre la liste au comité paritaire;
- aviser le médecin qu'il est sujet à l'application de la réduction;
- appliquer, le cas échéant, la réduction selon les modalités prévues à la présente entente.

En ce qui a trait au médecin adhérent :

- sur demande du DRMG de l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, lui transmettre ainsi qu'au médecin concerné le profil de pratique de ce dernier, profil de pratique converti en heures-services selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes. Ce profil vise les secteurs d'activités prévus au paragraphe 4.1 des présentes, par territoire et par établissement et est produit par trimestre pour les quatre derniers trimestres pour lesquels les données sont disponibles. En ce qui a trait aux secteurs d'activités v) et vi), la Régie fournit au DRMG annuellement de façon nominative et au comité paritaire annuellement de façon non nominative, et par région le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables de chacun des médecins qui compte, parmi ses AMP, des activités de ces secteurs.
- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG de l'agence et selon les modalités prévues aux présentes;

- lorsqu'un médecin exécute des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une agence, aviser le médecin de l'identité de l'agence responsable de l'administration du dossier du médecin conformément au sous-paragraphe 3.2.1. sauf s'il s'agit de services dispensés dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente.

En ce qui a trait à l'évaluation du fonctionnement de la présente entente en regard des objectifs poursuivis d'une meilleure répartition des effectifs médicaux et d'une augmentation de la participation des médecins dans les secteurs d'activités i) à v) inclusivement du paragraphe 4.1 des présentes, la Régie doit, sur la base des règles de conversion apparaissant en annexe III des présentes, transmettre au 1^{er} avril de chaque année.

- Au DRMG de l'agence, et sur demande, au comité paritaire, le profil de pratique de chaque médecin du territoire, profil de pratique converti en heures-services selon les règles de conversion retenues et visant les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes.
- Au DRMG et au comité paritaire, un tableau-synthèse, par région, et en se basant sur les règles de conversion, sur les éléments suivants :
 - nombre de médecins répondant aux exigences de base prévues à la présente entente;
 - répartition de leurs activités selon les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes;
 - évolution globale et par région du nombre d'heures-services dans les secteurs d'activités visés à la présente entente.

6.3 Dispositions applicables au comité paritaire

Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente entente, le comité paritaire est responsable du suivi de la présente entente. Notamment, il est responsable, en étroite collaboration avec les DRMG des agences, d'évaluer le fonctionnement de l'entente eu égard à ses objectifs et de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

7. ÉVALUATION

Les parties conviennent de procéder, selon l'échéancier qu'elles déterminent, à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux à savoir l'augmentation de la participation des médecins aux activités ciblées particulièrement celles des secteurs i) à v) du paragraphe 4.1 des présentes sur la base d'une participation équitable des médecins et du respect individuel des exigences de base.

Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

8. DIFFÉREND

8.1 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.

8.2 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, une agence ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, une agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, peut être partie à un différend au sens du présent article.

8.3 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'un établissement, d'une agence ou d'une agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'Entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération d'un médecin.

8.4 Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'une agence, d'une agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.

8.5 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément à l'article 8.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.

8.6 Nonobstant les dispositions de l'article 8.5, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.

8.7 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fonde, en tout ou partie, sur toutes autres dispositions contenues dans la présente entente particulière.

Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, ce différend doit, lorsque aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie ou l'agence en cause, ou les deux.

Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'activités médicales particulières, ce différend doit être dirigé contre la Régie ou l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou les deux.

Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (RLRQ, chapitre S-4.2), ce différend doit être dirigé contre l'agence visée et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.

8.8 La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.

8.9 Advenant contestation, l'agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux est réputée mandataire des autres agences intéressées au dossier des activités médicales particulières d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application de l'article 8.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des activités médicales particulières d'un médecin.

8.10 Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.

8.11 La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie, une agence, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

8.12 En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différend logé en vertu de la présente entente particulière.

8.13 Le défaut par la Régie de l'assurance maladie du Québec, par une agence de transmettre au médecin, en regard d'un trimestre, un avis prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour le trimestre visé, l'imposition de toute réduction de sa rémunération, par l'une des parties précitées.

8.14 La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (RLRQ, chapitre S-4.2).

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative aux activités médicales particulières signée le 18 mars 2004. Elle prend effet le 1^{er} octobre 2011 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

AVIS : Cette entente particulière est remplacée par l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (n° 51) en date du 1^{er} septembre 2015, à la suite de l'Amendement n° 141.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - AMP

ANNEXE I**Calcul des années de pratique**

Pour les fins d'application du paragraphe 4.3 des présentes, le calcul des années de pratique se fait selon les modalités suivantes :

- jusqu'au 1^{er} septembre 2003, une année de pratique, ou partie de celle-ci, est, au bénéfice du médecin, comptabilisée depuis la date de l'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec;
- lorsqu'une année de pratique en vertu de la présente entente, ou partie de celle-ci, est postérieure au 1^{er} septembre 2003, les conditions particulières suivantes reçoivent application :
 - cette année de pratique, ou partie de celle-ci, doit être complétée au Québec;
 - le médecin visé doit être considéré comme actif. Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances et des jours de ressourcement pour une durée totale d'au plus deux (2) mois par année, est considéré comme médecin actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année, se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul des années de pratique;
 - les périodes d'invalidité, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont incluses dans le calcul des années de pratique. Il en va de même pour les années de pratique, quel que soit le lieu de dispensation des services, comme médecin militaire, pour le compte des Forces Armées Canadiennes ainsi que le congé de paternité pour une durée maximale de cinq (5) semaines;

AVIS: *Le médecin doit informer la Régie de la période de congé, par une lettre. Pour les périodes d'invalidité, veuillez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et mentionnant que l'invalidité est totale ou partielle. Les documents doivent être transmis à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

- lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente particulière, la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux conjoints selon les modalités qu'ils fixent entre eux. Ils en informent la Régie;
- aux fins des sous-paragraphe précédents, seules les années postérieures à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec sont considérées comme des années de pratique.

ANNEXE II

Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin et devant apparaître à son engagement doit être basée, pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur les critères suivants (*):

1. Service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde :

Seize (16) quarts de garde de huit (8) heures par trimestre (le temps de débordement n'est pas inclus ni compté).

2. Soins aux patients admis en courte durée :

A) Soins dispensés dans une unité de soins de courte durée :

- Pratique solo : le médecin doit être responsable, sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année, en moyenne de quatre (4) lits de courte durée chaque jour;
- Pratique en équipe : sur la base de quinze (15) lits par jour, une (1) semaine d'hospitalisation sur cinq (5) incluant la garde en disponibilité.

B) Soins dispensés à des patients admis par des omnipraticiens consultants ou agissant à la qualité de médecins spécialistes

Le DRMG, sur recommandation du chef du département clinique de médecine générale, peut reconnaître ces activités en prenant en compte le nombre d'heures de présence du médecin dans l'établissement pour ces activités.

3. Soins dispensés à un patient en centre d'hébergement et de soins de longue durée :

- Selon le nombre d'heures lorsque le médecin est rémunéré sur une base horaire.
- S'il est rémunéré à l'acte, il assume la responsabilité des soins à quarante-cinq (45) patients en moyenne sur une base hebdomadaire.

4. Prise en charge et suivi de la clientèle :

Compte tenu de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et au suivi de la clientèle, les parties conviennent de confier au DRMG la responsabilité d'évaluer la pratique de prise en charge et de suivi du médecin eu égard aux exigences de base en AMP applicables à ce médecin.

Aux fins de cette évaluation, le DRMG devra tenir compte de critères d'analyse dont notamment les clientèles prioritaires au sens du paragraphe 4.1 de l'entente particulière relative aux AMP, les caractéristiques socio-économiques du territoire ainsi que certaines variables applicables au profil de pratique du médecin.

Le médecin insatisfait de la décision du DRMG quant à la reconnaissance de sa pratique aux fins des AMP peut faire appel au comité paritaire. Le comité paritaire prend connaissance des données sur la pratique du médecin, consulte le médecin et le DRMG et rend sa décision. Il en informe le médecin, le DRMG ainsi que la Régie.

Les parties conviennent d'évaluer l'application des dispositions du présent paragraphe au cours de l'automne 2013.

5. Programme de soutien à domicile :

Dix (10) visites à domicile par semaine sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année auprès de bénéficiaires faisant partie du programme de soutien à domicile du CLSC. Attestation annuelle de l'établissement concerné et, le cas échéant, sur demande du DRMG de l'agence.

(*) Dans la mesure où un médecin cumule des activités dans plus d'un des secteurs apparaissant à la présente annexe, le DRMG de l'agence fait les ajustements appropriés.

6. Services médicaux en obstétrique :

Nomination avec privilèges en obstétrique.

7. Garde en disponibilité pour les secteurs ii) et iii) :

La garde en disponibilité n'est reconnue que les semaines où elle est rémunérée. Chaque forfait versé pour une garde de huit (8) heures est comptabilisé à une heure quarante-cinq minutes (1,75 heure).

8. Dépannage :

- Temps réel de services cliniques selon les critères apparaissant ci-dessus.
- Le temps de déplacement est comptabilisé.

ABROGÉE

ANNEXE III**Proposition préliminaire****Règles de conversion**

Dans le but de fournir aux DRMG et au comité paritaire des données dans une certaine mesure uniformisées et comparables et de traduire les données sur la rémunération des médecins en heures, comptée comme ayant été payée selon le tarif de base, la Régie de l'assurance maladie du Québec se base sur les règles de conversion qui suivent :

- Garde sur place (CH et CLSC du réseau de garde) temps réel à partir des forfaits ou si rémunération selon le mode de l'acte selon un tarif horaire établi à 90,90 \$.
- Garde en disponibilité : selon le nombre de forfaits de garde versé, chaque forfait équivalent à une heure et quarante-cinq minutes (1,75 heure).
- Obstétrique : nomination avec privilèges en obstétrique équivaut à douze (12) heures par semaine.
- Malade admis : trente (30) minutes par examen.
- Anesthésie : temps réel ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$.
- CHSLD, CR : selon le nombre d'heures ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$.

ABROGÉE

EP - RÉMUNÉRATION DANS OU AUPRÈS D'UN CLSC

ENTENTE PARTICULIÈRE

+ RELATIVE AUX MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UNE INSTALLATION D'UN ÉTABLISSEMENT DANS LE CADRE DE LA MISSION DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions applicables au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- + **2.01** L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Le médecin qui exerce sa profession dans l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus est rémunéré de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération, soit à l'acte;

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Si le médecin choisit le mode de rémunération à l'acte et qu'il participe à la garde dans un CLSC du réseau de garde intégré, l'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

À la section Rémunération majorée en région désignée, l'établissement doit cocher la case OUI pour confirmer la participation à la garde.

3.02 Malgré le paragraphe précédent, le médecin qui opte pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur recommandation du chef du service médical ou du médecin responsable et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous, dans le cadre du service d'urgence d'un centre local de services communautaires du réseau de garde ou dans le cadre du programme de maintien à domicile. **Le médecin peut aussi opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.**

AVIS : *L'établissement doit préciser le mode de rémunération à l'acte sur l'avis de service si le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes choisit le mode de l'acte lorsqu'il effectue une ou des activités ci-haut mentionnées. L'établissement doit également cocher tous les jours ou samedi, dimanche et jours fériés, s'il s'agit du service d'urgence ou de services médicaux sans rendez-vous.*

3.02.1 Le médecin visé au paragraphe 3.02 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef de département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.);

3.02.2 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 3.02.1, inclut tous les services médicaux alors dispensés;

3.02.3 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 3.02.1 et 3.02.2, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie*, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes;

3.02.4 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux sous-paragraphes précédents :

- a) s'il détient cette nomination au 1^{er} février 2002;
- b) si le programme d'I.V.G. n'était pas offert par l'établissement au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

- + **3.03** Exceptionnellement, le médecin qui détient un avis de service rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire peut choisir, en cours de nomination, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous ou dans le cadre du service d'urgence de l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus du réseau de garde.

Le présent paragraphe ne reçoit application que si, à la date de la nomination ou du renouvellement de nomination en cours :

- a) l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous, ou
- b) l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous les samedi, dimanche, jours fériés ou pendant une période située au-delà de 18 h.

3.04 Une option de rémunération à l'acte au sens du présent article peut, selon ce qu'atteste l'avis de service, permettre la rémunération à l'acte tous les jours de la semaine ou limiter celle-ci uniquement aux samedi, dimanche et jours fériés.

- + **3.05** Une prime de responsabilité est payée au médecin qui, dans le cadre de la nomination à honoraires fixes ou à tarif horaire qu'il détient de l'établissement pour ses activités en CLSC, dispense des services dans un centre de détention. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services dispensés dans le centre de détention. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) ou (3547) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente Entente particulière en CLSC, cocher la case Centre de détention et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

AVIS : *Utiliser le code d'activité 088030 (services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination d'un médecin dans un CLSC).*

Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité 088030 et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

- + **3.06** Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, reçoit un forfait horaire pour sa participation aux activités professionnelles liées à ce programme.

Le forfait horaire rémunère le temps qu'il consacre aux services de première ligne concernant le programme d'itinérance ou de toxicomanie comprenant les activités médicales et les activités cliniques qui y sont reliées, les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ou du milieu légal ainsi que les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Ce forfait est de 22 \$ à compter du 1^{er} novembre 2015. Le forfait horaire s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus. Le forfait est versé au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;
- préciser le programme choisi (Itinérance ou toxicomanie);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS : *Utiliser le code d'activité 263XXX pour les services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie et le code d'activité 264XXX pour les services rendus dans le cadre du programme d'itinérance aux fins du versement du forfait horaire. Ce forfait est calculé par la Régie à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et versé le mois suivant la fin d'un trimestre.*

En tenant compte du programme dans lequel vous exercez, les heures retenues sont celles facturées avec les codes d'activité 263XXX ou 264XXX et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours d'un trimestre donné.

Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).*

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 002XXX
- 263XXX
- 264XXX

Avec les **emplois de temps** suivants :

- XXX030 Services cliniques
- XXX031 Étude de dossiers
- XXX055 Communications (rencontre avec les proches)
- XXX079 Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)
- XXX098 Services de santé durant le délai de carence

Le code d'activité suivant est permis uniquement **en CLSC** :

- 088030 Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Le code d'activité suivant est permis uniquement dans le cadre du **programme Antipoison** :

- 089030 Services cliniques

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PRESCRITES

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants en remplaçant les **X** par les chiffres appropriés, selon la situation :

Dans un CLSC = **002XXX**

Dans le programme Toxicomanie = **263XXX**

Dans le programme Itinérance = **264XXX**

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C

- **XXX030** Services cliniques *

- **XXX031** Étude de dossiers

- **XXX032** Rencontres multidisciplinaires

- **XXX037** Planification – Programmation – Évaluation

- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières

- **XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

- **XXX063** Garde sur place

- **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)

- **XXX079** Services anesthésiques / obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, paragraphe 5.4, alinéa 2)

- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Programme Centre de détention :

- **088030** Services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC

Programme Centre antipoison :

- **089030** Services cliniques

- **089067** Expertise conseil, information et coordination

* Pour la facturation des services cliniques effectués dans un GMF ou dans une clinique réseau, se référer aux ententes particulières concernées pour connaître le code d'activité à utiliser.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, se référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

- + **4.01** Un programme spécifique sous la responsabilité d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus peut être couvert par les modalités de rémunération prévues à la présente entente. Toutefois, l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, le programme spécifique, la banque d'heures annuelle allouée à ce programme ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières de rémunération, doivent être convenus par accord des parties et inscrits à l'annexe de la présente entente.

AVIS : 1- Pour le programme Centre anti-poison, utiliser les codes d'activité suivants :

- **089030** Services cliniques ou

- **089067** Expertise conseil, information et coordination

2- La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'Entente.

AVIS : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière.

S

+ **7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE**

+ **7.01** La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - RÉMUNÉRATION DANS OU AUPRÈS D'UN CLSC

ANNEXE I

Programme spécifique (par. 4.01)

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

EP - UMF

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI, DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE FORMATION EN MÉDECINE FAMILIALE, EXERCE SA PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UNE UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE DÉSIGNÉE ET Y DISPENSE DES SERVICES MÉDICAUX

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

1.02 L'annexe I ci-jointe contient la liste des établissements qui exploitent un centre ayant une unité de médecine familiale et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour chaque établissement, le nombre d'heures alloué pour les services de supervision, le nombre d'heures alloué pour les activités académiques ainsi que le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la présente entente.

1.03 Pour être éligible à une désignation selon la présente entente particulière, une unité de médecine familiale doit être lourde. Est ainsi qualifiée, toute unité de médecine familiale qui est responsable, vis-à-vis d'une faculté de médecine ou d'un département universitaire de médecine familiale, de l'ensemble d'un programme de formation en médecine familiale, notamment sa mise en oeuvre et sa réalisation.

1.04 L'annexe I fait état de la liste des établissements opérant une unité de médecine familiale désignés par le comité paritaire.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité pertinent qui est inscrit à chacun des sous-paragraphe.*

3.01 Sous réserve du paragraphe 3.02, la rémunération prévue par la présente entente particulière couvre les services dispensés aux malades inscrits de la clinique externe relevant de l'unité de médecine familiale désignée, c'est-à-dire :

1. Les services cliniques :

- la dispensation des services médicaux et les activités clinico-administratives qui s'y rapportent; (*code d'activité 051030*)
- les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation des soins à un patient; (*code d'activité 051032*)
- les activités médico-administratives et hospitalières. (*code d'activité 051043*)

2. Les activités de supervision :

Les périodes entières où un enseignant est affecté à la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des étudiants et des résidents; ces périodes peuvent inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision. (code d'activité **051069**)

3. Les activités académiques :

3.1 L'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel; (code d'activité **051068**)

3.2 L'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique; (code d'activité **051031**)

3.3 La gestion administrative spécifique de l'UMF; (code d'activité **051028**)

3.4 Le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques. (code d'activité **051027**)

3.02 Le médecin peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci, ou encore au moment de l'adhésion de l'établissement à l'entente, opter pour le mode du tarif horaire ou pour celui des honoraires fixes lorsqu'il dispense des soins aux malades admis. (code d'activité **063030 - Services cliniques - malades admis**)

AVIS : Dans ce cas, le médecin doit s'assurer que l'établissement coche la case Patient admis UMF à son avis de service à transmettre à la Régie.

Les soins aux malades admis, au sens du présent paragraphe, ne comprennent pas les soins médicaux dont la dispensation est régie par une entente particulière, notamment celles ayant pour objet les soins coronariens ou intensifs, les soins psychiatriques, les soins palliatifs ainsi que les soins gériatriques. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas régis par entente particulière, ces soins sont rémunérés selon les modalités prévues à l'Entente.

Enfin, une rémunération au sens du présent paragraphe ne couvre ni un accouchement, ni un acte d'assistance opératoire.

3.03 Cette rémunération ne couvre pas la dispensation des services médicaux qui est effectuée par le médecin dans le service d'urgence de première ligne ou dans une clinique externe physiquement distincte de celle relevant de l'unité de médecine familiale désignée.

Toutefois, cette rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le cas, couvre les visites à domicile que le médecin est appelé à effectuer pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes.

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'Entente, le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de l'unité de médecine familiale est, pour les activités décrites à l'article précédent et selon l'option exercée en vertu de son paragraphe 3.02, rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

Le médecin doit être détenteur d'un titre universitaire.

Malgré le premier alinéa ci-dessus, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.

AVIS : Lorsque le médecin opte pour l'acte pour les services médico administratifs (annexe XIII), il ne doit pas réclamer de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes pour la période de temps où il dispense ces services.

4.02 Par accord des parties, le nombre d'heures alloué à un établissement pour les activités professionnelles de supervision et académiques visées aux présentes est, sur une base annuelle, déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire. Le nombre d'heures ainsi déterminé se subdivise en deux banques distinctes, la première devant rémunérer les services de supervision décrits à l'alinéa 2 du paragraphe 3.01 et la seconde, les activités académiques décrites à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01.

4.03 Le transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque devant servir à rémunérer les activités académiques doit être approuvé par le comité paritaire.

4.04 Le nombre d'heures alloué à chaque établissement pour les services cliniques tels que décrits à l'alinéa 1 du paragraphe 3.01 est déterminé par le comité paritaire. Toute modification à ce nombre d'heures relève également du comité paritaire.

4.05 Le comité paritaire informe l'établissement et la Régie du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques.

4.06 La répartition entre les médecins du nombre d'heures alloué pour les activités professionnelles de supervision, académiques ainsi que du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques est déterminée par le chef de l'unité de médecine familiale et entérinée par le chef du département de médecine générale.

4.07 Malgré le premier alinéa du paragraphe 4.01 ci-dessus, le médecin peut, lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir sur recommandation du médecin chef de l'unité de médecine familiale et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous de l'unité de médecine familiale. Exceptionnellement, si le médecin ne pouvait se prévaloir de l'option lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, ou si l'unité n'offrait alors pas de services sans rendez-vous, il peut exercer l'option en cours de nomination.

4.08 Dans le cas où l'unité de médecine familiale est rattachée à un CLSC, le médecin doit facturer en vertu de la présente entente les services dispensés pour toutes les activités qui relèvent de l'unité de médecine familiale et en vertu de l'entente relative aux CLSC pour les activités qui relèvent du CLSC.

4.09 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode respectif de rémunération. La Régie doit également être informée du nom des médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 3.02 et 4.07.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service n° 3547 selon le mode de rémunération.*

4.10 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe mensuellement les parties négociantes ainsi que les chefs des unités de médecine familiale concernées du suivi de l'utilisation des différentes banques d'heures.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'Entente relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière, le comité détermine les modalités de transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque allouée pour la rémunération des activités académiques, dont les règles de conversion et la période couverte par le transfert.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT

6.01 Le présent article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à la présente entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'un établissement qui opère une unité de médecine familiale, désignée aux fins des présentes.

6.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement par l'établissement ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale.

6.03 Le choix d'adhérer à la présente entente particulière doit, pour être valable, recevoir l'appui des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale concernée et qui, en termes d'heures, assument la majorité des activités professionnelles qui s'y exercent.

6.04 Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité de médecine familiale requiert, outre l'approbation des parties, celle de l'établissement qui exploite l'unité de médecine familiale ainsi que celle des médecins qui assument la majorité des services.

6.05 Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à l'adhésion ou au retrait de la présente entente particulière, ce désaccord peut être soumis au comité paritaire afin qu'il recommande aux parties, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'unité de médecine familiale visée.

6.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie, l'établissement qui opère l'unité de médecine familiale ainsi que les médecins concernés.

7.00 FORMATION CONTINUE

7.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions du présent article tout médecin qui détient une nomination de l'établissement responsable de l'unité de médecine familiale adhérente à la présente entente.

7.02 Les cours de formation admissibles aux présentes dispositions doivent répondre aux conditions apparaissant à l'article 2.00 de l'annexe XIX de l'Entente relative au Programme de formation continue et être approuvés par le chef de l'unité de médecine familiale. Certaines activités de formation pertinentes ne répondant pas aux conditions de l'article 2 de l'annexe XIX pourront être également admissibles avec l'approbation du chef de l'UMF.

7.03 Une banque de journées de formation, sur la base de cinq (5) journées de formation continue par médecin en équivalent temps complet, est allouée à chaque UMF par période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente détermine le nombre alloué à chaque UMF.

7.04 Le chef de l'unité de médecine familiale est responsable de la répartition entre les médecins des journées de formation allouées à l'unité de médecine familiale.

7.05 La journée de formation visée par les présentes dispositions comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

7.06 Quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui bénéficie de journées de formation continue selon les présentes dispositions reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 336 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$. Le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente pour sa pratique dans l'UMF a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

AVIS : *Pour les professionnels à **tarif horaire**, veuillez utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215 en inscrivant les informations suivantes:*

- sous **quantième** : inscrire la date de la journée de la formation continue;
- sous **mode de rémunération** : inscrire TH;
- sous **plage horaire** : indiquer la plage au cours de laquelle la formation a débuté;
- sous **code d'activités** : **051133** pour une demi-journée de formation continue
051134 pour une journée complète de formation continue
- sous **heures travaillées** : toujours inscrire 1 heure.

*Pour les professionnels à **honoraires fixes**, veuillez utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat n° 1216 et le code de congé 17.*

- Sous **durée (jours)** : inscrire 1.00 ou 0.50

- a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum une (1) fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, sous réserve des dispositions des paragraphes 5.2 et 5.3 de la section II de l'annexe XII, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : *Le médecin qui réclame le remboursement de ses frais de déplacement doit remplir la partie « Déplacement » du formulaire n° 3336 « Demande de remboursement des mesures incitatives ». Le médecin qui choisit d'utiliser les frais de déplacement selon les dispositions de la formation continue en UMF doit l'indiquer dans la partie « Renseignements complémentaires » et inscrire le nom et le numéro d'établissement de l'UMF dans la partie « Endroit de pratique ».*

- b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3, alinéa c), de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : *Le médecin qui réclame l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit compléter la partie « Ressourcement et perfectionnement » du formulaire n° 3336 « Demande de remboursement des mesures incitatives ». Le médecin qui choisit d'utiliser les journées d'allocation forfaitaire selon les dispositions de la formation continue en UMF doit l'indiquer dans la partie « Renseignements complémentaires » et inscrire le nom et le numéro d'établissement de l'UMF dans la partie « Endroit de pratique ».*

7.07 Le médecin qui bénéficie des journées de formation prévues par les présentes dispositions doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée au paragraphe précédent, fournir à la Régie les pièces justificatives au plus tard trois (3) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation. Les pièces justificatives sont :

- a) l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu du paragraphe 7.02 ci-dessus. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés;
- b) l'approbation du chef de l'unité de médecine familiale relativement au cours de formation en cause.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 8 septembre 1994. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 1997 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette entente particulière est abrogée au 30 juin 2008 par l'Amendement n° 108 et est remplacée par l'Entente particulière relative au médecin enseignant en vigueur le 1^{er} juillet 2008. Les établissements désignés ont été reconduits dans la nouvelle entente.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^e jour de septembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - UMF

ANNEXE I

Établissements désignés et banques d'heures allouées annuellement dans le cadre de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée au 30 juin 2008 par l'Amendement n° 108 et est remplacée par l'Entente particulière relative au médecin enseignant en vigueur le 1^{er} juillet 2008. Les établissements désignés ont été reconduits dans la nouvelle entente.

ABROGÉE

EP - ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

ENTENTE PARTICULIÈRE

- + **AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EFFECTUÉE, POUR LE COMPTE D'UN ÉTABLISSEMENT, DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE DE PERSONNES EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT**

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRO, chapitre A-29), la présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

- + **1.01** Cette entente particulière a principalement pour objet de déterminer les modalités de rémunération de l'activité professionnelle que le médecin exerce, pour le compte d'un établissement, dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire des besoins des personnes en attente d'hébergement et des services que celles-ci requièrent;
- 1.02** Cette évaluation multidisciplinaire intervient postérieurement à l'examen d'évaluation médicale du patient en perte d'autonomie effectuée par le médecin traitant.

2.00 Rémunération

2.01 L'activité professionnelle visée aux présentes est rémunérée selon le mode du tarif horaire;

AVIS : *Utiliser les codes d'activité :*

- **050032** *Rencontres multidisciplinaires*
- **050043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

2.02 Le médecin qui est déjà détenteur, pour le compte d'un établissement, d'une nomination à honoraires fixes est, en rémunération de l'activité professionnelle visée par la présente entente, selon l'option qu'il exerce, rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire. Une option au sens du présent paragraphe vaut pendant toute la durée du mandat du médecin;

2.03 Cette entente tient lieu des nomination et autorisation permettant à un médecin d'être rémunéré;

- # **AVIS :** *Pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, l'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) en version papier sur lequel il doit :*
- *sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Évaluation multidisciplinaire;*
 - *inscrire la période couverte par l'avis de service.*

2.04 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

3.00 Présomption

3.01 Aux fins de l'application des modalités relatives à la rémunération différente ainsi qu'aux fins de la mise en oeuvre de l'entente relative aux activités médicales particulières, la dispensation des services professionnels visés aux présentes est réputée avoir été effectuée en centre d'hébergement et de soins de longue durée;

3.02 Lorsque l'évaluation multidisciplinaire visée aux présentes est effectuée dans un lieu de pratique différent du principal lieu de pratique du médecin et que cette circonstance a pour effet d'affecter à la baisse la rémunération prévue par l'Entente pour l'évaluation multidisciplinaire en cause, peu importe que ce soit en regard de la rémunération de base ou de celle différente (115 %) prévues par l'Entente, cette évaluation est, aux fins de l'application des modalités relatives à la rémunération différente, réputée avoir été effectuée sur le territoire où est situé le principal lieu de pratique du médecin.

AVIS : *Inscrire « A » dans la case C.S. et dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le numéro de la localité du lieu de pratique, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45) ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.*

4.00 Banque annuelle

- + **4.01** Pour la rémunération des services professionnels visés aux présentes, chaque établissement se voit octroyer, annuellement, une banque d'heures. Le nombre d'heures apparaissant à cette banque est maximal;

4.02 Le nombre d'heures d'une banque est déterminé en fonction de la quantité de dossiers à évaluer et du temps requis à cette fin, selon les normes définies par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces normes ont pour objet de permettre une détermination adéquate du nombre d'heures d'une banque. Elles sont établies après consultation auprès de la Fédération.

- + **4.03** Pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année, le nombre d'heures alloué à chaque établissement est celui apparaissant en annexe I de la présente entente particulière.

5.00 Répartition

- + **5.01** La répartition adéquate entre les médecins d'une banque d'heures ainsi que la détermination des obligations qui en découlent relèvent de l'autorité de chaque établissement concerné.

6.00 Facturation

6.01 Tout relevé d'honoraires relatif à une activité professionnelle visée aux présentes est complété selon la procédure habituelle.

AVIS : *Le numéro attribué au CISSS ou au CIUSSS concerné ou au CRSSS de la Baie-James doit être inscrit dans la case NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT.*

7.00 Révision

- + **7.01** Toute banque d'heures doit être réévaluée, annuellement, à partir des données fournies par chaque établissement concerné, dont le nombre de dossiers;

7.02 Une banque d'heures peut, pour cause, être réévaluée en cours d'année;

7.03 Une banque d'heures qui fait l'objet d'une réévaluation en vertu du paragraphe 7.01 demeure en vigueur au-delà de la période annuelle pour laquelle elle a été octroyée, et ce jusqu'à ce que la réévaluation en cause ait été complétée;

7.04 Le rajustement d'une banque d'heures est effectué par les parties sur recommandation du comité paritaire. À cette fin, les parties procèdent par accord conclu selon le paragraphe 17.07 de l'Entente.

8.00 Entrée en vigueur

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente du 8 septembre 1994. Elle prend effet le 1^{er} janvier 1997 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^e jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

ANNEXE I

Banques annuelles d'heures allouées pour les services médicaux dispensés dans le cadre de l'évaluation des besoins des personnes en attente d'hébergement et des services qu'elles requièrent.

Pour la période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier et se terminant le **31 décembre**, les banques d'heures allouées se détaillent comme suit :

Agence de la santé et des services sociaux	Heures	Agence de la santé et des services sociaux	Heures
01 Bas St-Laurent	640	09 Côte-Nord	245
02 Saguenay / Lac-Saint-Jean	486	10 Nord-du-Québec	----
03 Québec	988	11 Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	180
04 Mauricie / Bois-Francs	700	12 Chaudière-Appalaches	600
05 Estrie	390	13 Laval	300
06 Montréal-Centre	2 300	14 Lanaudière	375
07 Outaouais	350	15 Laurentides	420
08 Abitibi-Témiscamingue	210	16 Montérégie	1 231

AVIS : Les sous-paragraphe 4.03 et 8.01 sont modifiés par l'Amendement n° 59.

AVIS : Ces banques annuelles ont pris fin le 31 décembre 2015. Pour connaître celles applicables à compter du 1^{er} janvier 2016, consulter la liste disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

*EP - SOINS PALLIATIFS***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AUX CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI, DANS UN ÉTABLISSEMENT QUI EXPLOITE UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX OU SPÉCIALISÉS OU DANS UNE MAISON PRIVÉE LIÉE PAR UNE ENTENTE DE SERVICES AVEC UN ÉTABLISSEMENT, DISPENSE DES SERVICES PROFESSIONNELS EN SOINS PALLIATIFS****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés exploité par un établissement identifié à l'annexe I des présentes, dispense des services professionnels dans ou auprès d'une unité de soins palliatifs ou au sein d'une équipe médicale responsable de ces soins.

À moins d'indication contraire, l'annexe I des présentes comprend, pour cet établissement, l'ensemble de ses installations.

1.02 Cette entente particulière a également pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une maison privée liée par une entente de services conclue avec un établissement identifié à l'annexe I des présentes, conformément aux articles 108 et 109 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q., 1991, c. 42), dispense des services professionnels en soins palliatifs.

1.03 L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'établissement ou de la maison privée liée par une entente de services, comprend également la description des unités ou équipes médicales.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin pour un patient admis ou pour un patient pour qui une demande d'admission a été présentée, y compris la consultation en soins palliatifs demandée par le médecin traitant au bénéfice de ce patient qui requiert des soins palliatifs;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins palliatifs à un patient admis ou au patient pour qui une demande d'admission a été présentée;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient admis;

d) les activités professionnelles d'expertise dans le domaine du traitement de la douleur que le médecin est appelé à dispenser, à la demande du médecin traitant, à un patient inscrit, ou à domicile et qui requiert des soins palliatifs.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **053030** Services cliniques
- **053032** Rencontres multidisciplinaires
- **053043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **053055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)
- **053063** Garde sur place
- **053067** Expertise professionnelle
- **053071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **053098** Services de santé durant le délai de carence
- **053132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Remarque : Le code **053030** est autorisé pour un patient en résidence privée en attente d'entrer en établissement pour soins palliatifs. Le médecin facture alors avec le code de l'établissement.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Aux fins de l'application de l'annexe XIV de l'Entente, lorsqu'il s'agit de pourvoir à la dispensation de soins médicaux immédiatement requis ou de soins médicaux dont la dispensation est rendue nécessaire par l'état ou la condition du patient admis, le chef du département de médecine générale, ou le médecin qui le remplace, peut, avec l'accord de l'établissement, s'il existe des circonstances particulières dans l'unité, autoriser, au bénéfice d'un médecin dont la réquisition de services entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 de ladite annexe, des heures additionnelles d'activités professionnelles.

Ces heures additionnelles sont réputées être des heures de garde sur place. La facturation de ces heures se fait selon la colonne 2 prévue au paragraphe 5.01 et suit les règles d'application apparaissant aux paragraphes 5.03 et 5.05 de ladite annexe. L'établissement informe la Régie de cette autorisation.

Il en est de même, aux fins de l'application de l'annexe VI de l'Entente, lorsqu'une telle réquisition de services entraîne un dépassement de la période régulière d'activités professionnelles telle que prévue à l'avis de service. La facturation de ces heures se fait selon les modalités de rémunération de la garde sur place.

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité **053070** : Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis. Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe la Régie (Service du règlement, dépôt de courrier 19), de son autorisation avant de facturer les heures concernées.*

4.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.*

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué sur base annuelle, à un établissement ou à une maison identifiés à l'annexe I de la présente entente particulière pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef de département de médecine générale, après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions prévues à l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire un « E » dans la case C.S.*

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

8.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement ou une maison, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

8.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement visé et la maison, le cas échéant, ainsi que par la majorité des médecins qui y exercent leur profession dans ou auprès de l'unité ou au sein de l'équipe. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

8.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

8.04 Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement ou d'une maison de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement, de la maison et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A 20 est abolie.

8.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion ou retrait de la présente entente, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement, la maison et les médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

A - EP - SOINS PALLIATIFS

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés ou dans une maison privée liée par une entente de services avec un établissement, dispense des services professionnels en soins palliatifs.

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A 20 est abolie.

ABROGÉE

EP - PLANNING-SEXUALITÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE

- + **RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI, DANS UNE INSTALLATION DÉSIGNÉE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS EXPLOITÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ, DISPENSE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EN « PLANNING-SEXUALITÉ »**

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une installation désignée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation inscrite à l'annexe I des présentes, dispense des activités professionnelles dans ou auprès d'un département ou service de qui relève le programme de « planning-sexualité ».
- + **1.02** L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'installation, comprend également la description du programme, du département ou service de qui il relève, régis par la présente entente particulière.
- + **1.03** Pour les fins des présentes, l'inscription de l'installation à l'annexe implique qu'une équipe multidisciplinaire participe aux activités du programme visé.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins en « planning-sexualité »;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation en « planning-sexualité » et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient;

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **052030** *Services cliniques*
- **052032** *Rencontres multidisciplinaires*
- **052043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- **052055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- **052098** *Services de santé durant le délai de carence*

3.02 Par extension, la rémunération prévue au présent article couvre également la dispensation de soins inclus dans le programme que le médecin est, pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes, appelé à dispenser ailleurs dans le centre, à l'extérieur du département ou service visés aux présentes.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Exceptionnellement et malgré le paragraphe 4.01, le médecin qui n'effectue que des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) peut être rémunéré à l'acte pour ce service médical. L'établissement informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de ces cas d'exception.

4.03 Le médecin visé au paragraphe 4.01 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef du département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.);

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Planning sexualité;
- cocher la case I.V.G. (acte);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.04 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 4.03, inclut tous les services médicaux alors dispensés;

4.05 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 4.03 et 4.04, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le *Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie*, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes;

4.06 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux paragraphes précédents:

- a) s'il détient cette nomination au 1^{er} février 2002;
- + b) si le programme d'I.V.G. n'était pas offert par l'installation au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

+ **5.01** Le nombre d'heures qui est alloué, sur base annuelle, à une installation, pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminé par le chef du département de médecine générale après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions prévues à l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **8.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.
- + **8.02** Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement visé, ainsi que par la majorité des médecins qui exercent, dans une installation de cet établissement, leur profession dans ou auprès du département ou service. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

8.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

- + **8.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

8.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PLANNING-SEXUALITÉ

ANNEXE I

- + **Liste des installations visées à l'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une installation désignée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dispense des activités professionnelles en planning-sexualité.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

EP - RÉADAPTATION OU PROGRAMME SPÉCIFIQUE CHSGS

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS DANS CERTAINS CENTRES DE RÉADAPTATION OU DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE D'UN CENTRE DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans ou auprès d'un centre de réadaptation non couvert par une autre entente particulière ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés. L'établissement qui gère le centre visé est inscrit à l'annexe I des présentes;

1.02 L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'établissement et du centre, comprend également, le cas échéant, la description du programme régi par la présente entente particulière et le département ou service de qui il relève.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale, aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient;

AVIS: Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

Autres que les services pré-hospitaliers

- **054015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **054030** Services cliniques
- **054032** Rencontres multidisciplinaires
- **054043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **054055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **054081** Garde en disponibilité à la réserve d'Obedjiwan (TH, Accord n° 257)
- **054098** Services de santé durant le délai de carence

Les services pré-hospitaliers cliniques

- **058037** Planification – Programmation – Évaluation

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Pour les services dispensés dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, dans un centre jeunesse ou dans tout autre centre désigné par les parties, une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre la présente entente au cours du trimestre visé.*

Les établissements visés par la présente disposition sont inscrits à l'annexe II de la présente entente.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et É.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A 22 est abolie.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué sur une base annuelle, à un établissement énuméré à l'annexe I de la présente entente particulière pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

7.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des activités professionnelles dans le centre ou le programme visé par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

7.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

7.04 Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

AVIS : *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.*

La section A 22 est abolie.

7.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

7.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. L'annexe I est régie par la nouvelle entente particulière Programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. L'annexe II est reconduite dans l'annexe XXII (Amendement n° 127).*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^e jour de juillet 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - RÉADAPTATION OU PROGRAMME SPÉCIFIQUE CHSGS - ANN I

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés. Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente ou dans l'amendement.

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A 22 est abolie.

ABROGÉE

A - EP - RÉADAPTATION OU PROGRAMME SPÉCIFIQUE CHSGS - ANN II

ANNEXE II

Liste des établissements désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés et visés par l'article 4.02.

AVIS : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(L.E. et E.P.\)](#) de l'onglet Facturation.

La section A 22 est abolie.

ABROGÉE

EP - CHIBOUGAMAU

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION POUR LE COMPTE DU CENTRE DE SANTÉ CHIBOUGAMAU

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- + **2.01** L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession au Centre de santé Chibougamau, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)
- **002079** Services anesthésiques et obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

3.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire

ou

pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à 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 désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

Lorsque le médecin opte pour l'application de cette entente particulière, il ne peut partager la garde qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

- # **AVIS :** L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Centre de santé Chibougamau;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

3.02 Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode prévu à 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 désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS: - Utiliser le code d'activité **002147** (Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).

- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

AVIS: Utiliser le code d'activité **002081**.

4.01 La garde en disponibilité auprès du Centre de santé visé aux présentes est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable.

4.02 Pour être rémunérée selon l'article 4.01, une garde en disponibilité doit se situer, les samedi, dimanche et jours fériés, entre 8 h et 20 h, ainsi que tous les jours de la semaine, entre 20 h et 8 h.

4.03 La rémunération prévue pour la garde en disponibilité visée par la présente entente particulière n'est payable pour une même période de garde, qu'à un seul médecin dans chacun des deux secteurs suivants :

- a) pour les services aux patients admis, incluant les transferts inter-établissements;
- b) pour les services d'obstétrique.

5.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

5.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux horaire normal applicable » signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale.

5.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

6.00 DÉPANNAGE

+ **6.01** Le Centre de santé Chibougamau peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les modalités de désignation du médecin sont celles prévues au même article, les autres modalités applicables étant celles prévues ci-après.

+ **6.02** Sous réserve du paragraphe 6.04 un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès du Centre de santé Chibougamau est rémunéré :

- a) soit selon un *per diem* auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu à l'article 4.00;

b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au *per diem*, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire.

AVIS: Utiliser les codes d'activité suivants :

- **009030** Services cliniques
- **009063** Garde sur place
- **009081** Garde en disponibilité

Identifier le mode de rémunération, comme suit :

PD (per diem) :

- **009030** pour 9 heures d'activités sur place (équivalent à 14 heures d'activités).

TH (tarif horaire) :

- **009030** lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au per diem, soit moins de 9 heures ou plus de 9 heures. Toutefois, pour plus de 9 heures d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération. Si le mode de rémunération est PD, inscrire 9 heures dans la case heures travaillées.
- **009063** aucune particularité
- **009081** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en PD

6.03 La rémunération selon le *per diem* couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

Le taux de base du *per diem* est de 1 024 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 1 067 \$ au 1^{er} juin 2013.

+ **6.04** Malgré le paragraphe précédent, le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire au service d'urgence du Centre de santé Chibougamau est rémunéré selon les modalités prévues à 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 désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

6.05 Lorsque le médecin se prévaut des dispositions relatives au dépannage prévues à la présente entente, il ne peut, pour une journée rémunérée selon ces dispositions, recevoir toute autre rémunération de la Régie.

6.06 Sous réserve du paragraphe 5.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV de l'entente générale ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

6.07 Les frais de déplacement, de séjour ainsi que la compensation pour le temps de déplacement sont sujets à l'application de l'article 30.00 de l'entente générale.

AVIS : Vous trouverez les instructions de facturation dans la Brochure n° 2, onglet Vacation - Tarif horaire - Per diem, section 2.1.2, partie 10.

6.08 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 a) de l'entente générale.

6.09 Aux fins de l'application des dispositions des articles 4.00 et 5.00 de l'annexe XX, le *per diem* est divisible en heures.

AVIS : Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

Si vous avez à utiliser un secteur de dispensation, vous devez répartir vos heures effectuées (per diem divisible en heures) avec ou sans secteur de dispensation.

Exemple : Facturation un jour ouvrable pour la période de 15 h à 24 h :

Plage PM : 5 heures

Plage soir : 4 heures avec secteur de dispensation **32**

7.00 MESURES DÉROGATOIRES

7.01 L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée continue de s'appliquer malgré les dispositions de la présente entente particulière.

8.00 DISPOSITIONS DIVERSES

8.01 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'Entente, une rémunération versée en vertu de l'article 6.00 de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 25 avril 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière du 1^{er} octobre 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - SANTÉ PUBLIQUE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce en santé publique sous la responsabilité du directeur régional de santé publique de l'établissement responsable de la région ou, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, de l'établissement désigné par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après établissement responsable), du directeur de la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ou du président-directeur général de l'Institut national de la santé publique (ci-après directeur de l'INSPQ).

La rémunération des services en santé et sécurité du travail dispensés dans le cadre du programme contractuel en santé et sécurité du travail n'est pas visée par la présente entente particulière;

AVIS : *Pour les codes d'activité des services en santé et sécurité au travail, vous référer à votre brochure n° 2, onglet Rédaction de la demande de paiement, section 1.6.1 ou 2.6.1, partie générale.*

- + **1.02** L'annexe I ci-jointe fait état des banques d'heures allouées, sur une base annuelle, à l'ensemble des établissements responsables pour leur direction de santé publique, à la Direction générale de la santé publique ainsi qu'à l'INSPQ.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 Les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

AVIS : *Inscrire **obligatoirement** une des natures de service et un des emplois de temps pour composer le code d'activité à six chiffres.*

- L'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle;

AVIS : *Utiliser l'emploi de temps **XXX067**.*

- La planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention;

AVIS : *Utiliser l'emploi de temps **XXX037**.*

- L'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population;

AVIS : *Utiliser l'emploi de temps **XXX047**.*

- Le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention;

AVIS : *Utiliser l'emploi de temps **XXX032**.*

- La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique;

- En situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible;

AVIS: Utiliser l'emploi de temps **XXX148**.

- Les activités liées au programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

AVIS: Utiliser l'emploi de temps **XXX025**.

AVIS: Vous pouvez également utiliser les emplois de temps suivants :

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **XXX030** Services cliniques
- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **XXX088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

Ces activités professionnelles sont rattachées aux secteurs d'activités suivants :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;

AVIS: Utiliser la nature de service **115XXX**.

- Les habitudes de vie et les maladies chroniques;

AVIS: Utiliser la nature de service **195XXX**.

- Les traumatismes non intentionnels;

AVIS: Utiliser la nature de service **145XXX**.

- Les maladies infectieuses;

AVIS: Utiliser la nature de service **155XXX**.

- La santé environnementale;

AVIS: Utiliser la nature de service **165XXX**.

- La santé en milieu de travail;

AVIS: Utiliser la nature de service **175XXX**.

- Autres secteurs d'activités.

AVIS: Utiliser la nature de service **185XXX**.

AVIS: Prendre note que la nature de service **005** est abolie depuis le 30 avril 2009 et que les natures de service **125 et 135** sont abolies au 31 août 2009. Depuis le 1^{er} avril 2009, vous devez utiliser les natures de service ci-dessus selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités.

3.02 Sauf s'il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, les activités rémunérées sont réputées, aux fins des présentes dispositions, ne pas inclure les services médicaux qui sont habituellement fournis par un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un centre local de services communautaires;

3.03 Il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée aux fins de l'application du paragraphe précédent lorsqu'une situation est déclarée telle par le Ministre, le directeur général de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

- + *Direction régionale de santé publique : domaines de garde visés*
- + **4.01** Malgré les dispositions du paragraphe 5.00 ci-dessous, un supplément de garde en disponibilité est payé, par jour, au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42076** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42077** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
 - le code **42078** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42079** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de la direction régionale de santé publique concernée dans la section Établissement :

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement
Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400
Région 02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	94401
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402
Région 04	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94403
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412
Région 10	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	94109
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414
Région 13	CISSS de Laval	94415
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416
Région 15	CISSS des Laurentides	94417
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418
Région 17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	94179
Région 18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	94183

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

+ *Direction générale de santé publique : domaine de garde visé*

Un tel supplément de garde est également payable, par jour visé, au médecin qui est assigné à une garde provinciale en maladies infectieuses, pour la direction générale de santé publique (DGSP). Cette garde est rémunérée à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi et entre 8 h et 18 h un jour férié.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42078** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectué à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi;
 - le code **42079** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectué entre 8 h et 18 h un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro d'établissement de la Direction générale de santé publique (94509).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

+ *Institut national de santé publique du Québec : domaine de garde visé*

Un tel supplément de garde est payable également au médecin qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale pour le compte de l'INSPQ. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et un jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :
 - le code **42076** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectué entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
 - le code **42077** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectué entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;
- le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro d'établissement de l'Institut national de santé publique du Québec (94559).

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

+ *Modalités spécifiques de rémunération*

Le supplément de garde en disponibilité est de 166,46 \$ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et 118,90 \$ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour.

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, pour la direction générale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde pour la garde provinciale en santé environnementale est payable, par jour, pour l'INSPQ en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

+ *Autres modalités*

Malgré les alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe, d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le ministre, le directeur général de santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité par jour en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle sera rémunérée selon les modalités qui précèdent pour la période déterminée par les parties.

4.02 Le médecin appelé à se déplacer ou à rendre sur place des services pendant une période de garde en disponibilité est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période selon le paragraphe 5.01 ci-dessous.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente (30) minutes consécutives.

AVIS : *Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place ou qui ne requièrent pas un déplacement pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où il détient une nomination en santé publique.*

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de la santé publique, telle que visée par la présente entente, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération;

- + **5.02** Pour être rémunéré selon la présente entente, le médecin doit détenir une nomination de l'établissement responsable. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination;

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Santé publique;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

S

- + **5.03** Malgré le paragraphe 5.02 en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans l'établissement responsable, une lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique de l'agence et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une agence pour moins de 300 heures par année;

AVIS : *Transmettre à la Régie, par le biais d'une lettre, l'identité du médecin, la période visée, ainsi que le nombre d'heures d'activité hebdomadaire en précisant qu'il s'agit de l'article 5.04 de l'Entente particulière relative à la santé publique et annexer la lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique et le médecin.*

- + **5.04** Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'une installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas;
- + **5.05** La répartition entre les médecins des banques d'heures allouées, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour l'établissement responsable, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement responsable, par le directeur général de la santé publique ou par le directeur de l'INSPQ;

- + **5.06** Le directeur de l'INSPQ et le directeur général de la santé publique font parvenir à la Régie les avis de services des médecins visés par la présente entente particulière. Quant aux médecins des établissements responsables, les établissements auxquels ils sont rattachés envoient les avis de services avec l'autorisation du directeur régional de la santé publique;
- + **5.07** Les dispositions des annexes VI et XIV relatives à la rémunération de la garde sur place ne s'appliquent pas au médecin visé par la présente entente particulière.
- + **5.08** Sur demande de l'établissement responsable et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination, rendre une partie des services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement. La majoration applicable en vertu de l'annexe XII est alors fonction du lieu effectif de dispensation des services.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes un médecin à honoraires fixes et la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes un médecin à tarif horaire.*

Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement duquel vous détenez une nomination, inscrire un « A » dans la case considération spéciale et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de la localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation sur votre demande de paiement.

- + **5.09** Les modalités de rémunération spécifiques à la santé publique sont les suivantes :
- + **5.09.01** À compter du 1^{er} avril 2008, une prime horaire de soutien aux services de première ligne est versée. Cette prime est de 2,40 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 2,50 \$ par heure au 1^{er} avril 2013 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente entente. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. La prime horaire de soutien aux services de première ligne cesse d'être versée au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.
- + **5.09.02** À compter du 1^{er} avril 2009, un forfait de santé publique est accordé. Le montant de ce forfait est de 21,75 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 22,65 \$ par heure au 1^{er} juin 2013. Ce forfait de santé publique est accordé aux conditions suivantes :

AVIS : *Pour facturer le forfait de santé publique, sur la Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date qui doit se situer à l'intérieur de la période pour laquelle le forfait est attribué et le code d'acte **19930** dans la section Actes;
- le nombre d'heures effectuées dans la case UNITÉS;
- le lieu de la facturation correspondant au numéro du centre intégré, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement (**94XXX**) responsable de votre nomination en santé publique dans la section Établissement;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

AVIS : *Le forfait de santé publique (19930) n'est pas payable pour les professionnels qui font le choix du mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII en santé publique.*

- + i) Le forfait de santé publique est défini comme toute forme d'interventions auprès des centres et installations du ou des établissements de la région, des cabinets privés ou d'autres organismes pertinents, en lien avec le Programme national de santé publique ou avec le Plan d'action régional de santé publique et visant, notamment, l'intégration des pratiques cliniques préventives;
- ii) le comité paritaire FMOQ-MSSS attribue, selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits de santé publique allouée annuellement à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ ainsi qu'à la direction générale de santé publique;
- + iii) La répartition entre les médecins d'une direction régionale de santé publique, de l'INSPQ ou de la direction générale de la santé publique est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour l'établissement responsable, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement responsable, par le directeur de l'INSPQ ou par le directeur général de la santé publique.

Le forfait de santé publique cesse d'être versé au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.

AVIS : *L'annexe III à la présente entente particulière fait état des forfaits alloués à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ et à la Direction générale de santé publique.*

+ **5.09.03** Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables, et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin. Les majorations sont les suivantes :

- i) pour les services dispensés de 20 h à 8 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi et de 0 h à 8 h les vendredi, samedi et dimanche, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire bénéficie d'une majoration de 13 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 16,64 %;
- ii) pour les services dispensés de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'une journée fériée, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire bénéficie d'une majoration de 23 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 29,44 %;
- iii) pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée, le médecin rémunéré selon le mode à tarif horaire bénéficie d'une majoration de 23 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 29,44 %;

Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'Institut national de la santé publique ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin.

AVIS : Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

- Pour les congés fériés, voir l'AVIS sous le paragraphe 15.05 de l'Entente ainsi que le tableau à la dernière page du préambule général du Manuel de facturation;

- Pour demander la majoration :

- Inscrire la nature de service **155** ou **165**;
- Inscrire l'emploi de temps correspondant :

XXX030 Services cliniques

XXX032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique

XXX067 Expertise professionnelle

XXX148 Services cliniques (situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémies)

- Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément (numéro de référence) de celles n'y donnant pas droit;
- **Utiliser une seule plage horaire** à la fois par ligne;
- Facturer les codes d'activité et demander dans la même journée, la garde en disponibilité selon le mode de l'acte (demande de paiement 1200) avec l'un des codes suivants : **42076, 42077, 42078 et 42079**;
- Les heures majorées devront être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et la journée.

Journées concernées	Heures concernées	Secteur dispensation
Services rendus selon le sous-paragraphe 5.10.03		
Tous les jours de la semaine	0 h à 8 h	45
Samedi, dimanche ou jour férié	8 h à 24 h	44
Lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	20 h à 24 h	43

6.00 BANQUE ANNUELLE

+ **6.01** Après consultation des établissements responsables et de l'INSPQ, les parties déterminent la banque totale d'heures allouée, sur une base annuelle débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour la rémunération des activités professionnelles prévues dans le cadre de la présente entente. Ce nombre d'heures apparaît à l'annexe I des présentes;

+ **6.02** Sur recommandation des établissements responsables pour leur direction de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, le Ministre détermine la répartition de la banque d'heures totale et en informe les directions de santé publique, l'INSPQ, la Fédération et la Régie. Le détail de cette répartition apparaît, à titre informatif, à l'annexe II des présentes;

- + **6.03** Le suivi de la banque d'heures totale ainsi que de celle allouée à la Direction générale de la santé publique est assuré par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. En cas de dépassement d'une ou de l'autre, le comité paritaire demande à la Direction générale de la santé publique de lui présenter un plan de redressement comportant toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi que le calendrier de résorption.

Si la Direction générale de la santé publique ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences du comité paritaire, ce dernier avise la Régie et la Direction générale que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant, toute nouvelle lettre d'engagement, dans un établissement responsable, à l'INSPQ ou à la Direction générale de la santé publique, doit recevoir son approbation;

- + **6.04** La Direction générale de la santé publique est responsable du suivi de chacune des banques d'heures accordées aux établissements responsables ainsi qu'à l'INSPQ.

Même si la banque d'heures totale est respectée, la Direction générale de la santé publique doit exiger, en cas de dépassement récurrent de la banque d'heures allouée à un établissement responsable ou à l'INSPQ, constaté pendant une année d'application donnée, qu'il soit résorbé pendant l'année d'application qui suit celle-ci. Un plan de redressement de l'établissement responsable en cause ou de l'INSPQ doit alors être soumis à la Direction générale de la santé publique dès le début de l'année qui suit celle où un dépassement a été observé. Ce plan de redressement doit comporter toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi qu'au calendrier de résorption.

Si l'établissement responsable en cause ou l'INSPQ ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences de la Direction générale de la santé publique, cette dernière en informe le comité paritaire qui avise la Régie et la direction concernée que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant toute nouvelle lettre d'engagement, doit recevoir son approbation;

- + **6.05** Toute modification temporaire et non récurrente relative à la répartition de la banque d'heures totale qui n'a pas pour effet de provoquer son dépassement, peut être apportée par la Direction générale de la santé publique. La Direction générale de la santé publique doit consulter le comité paritaire prévu au paragraphe 6.03 des présentes ainsi que l'établissement ou les établissements responsables concernés. Pour ce faire elle doit alors préciser au comité paritaire l'établissement ou les établissements responsables concernés, le nombre d'heures en cause et l'utilisation qui en sera faite;

6.06 Toute modification qui a pour effet d'augmenter la banque d'heures totale doit faire l'objet d'un accord des parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente;

- + **6.07** Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe trimestriellement pour les trois premiers trimestres et mensuellement pour les trois derniers mois de l'année les parties négociantes ainsi que les directions concernées du suivi de la banque d'heures utilisées globalement pour les parties négociantes et par professionnel pour les établissements responsables, l'INSPQ et la Direction générale de la santé publique.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 29 septembre 1997. Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^e jour de novembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - SANTÉ PUBLIQUE

ANNEXE I

Banque d'heures totale

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Banque d'heures allouée à l'ensemble des directions régionales de santé publique, de l'INSPO et de la Direction générale de la santé publique :

Par année 298 760 heures

ANNEXE II

Répartition des heures par région et organisme pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011

	Région	Heures attribuées 2011
#	Région 01 Bas-Saint-Laurent	7 958
	Région 02 Saguenay-Lac-St-Jean	14 692
#	Région 03 Capitale-Nationale	25 790
	Région 04 Mauricie-Centre du Québec	12 967
	Région 05 Estrie	9 322
#	Région 06 Montréal	44 917
	Région 07 Outaouais	10 011
	Région 08 Abitibi-Témiscamingue	7 478
	Région 09 Côte-Nord	5 390
	Région 10 Nord-du-Québec	1 540
	Région 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5 390
	Région 12 Chaudière-Appalaches	23 722
	Région 13 Laval	15 566
	Région 14 Lanaudière	11 760
	Région 15 Laurentides	14 597
	Région 16 Montréal	30 488
	Région 17 Nunavik	2 804
	Région 18 Baie-James	1 540
94519	Institut national de la santé publique (INSPQ) :	
	• Centre anti-poison	3 240 ⁽¹⁾
94529	• Centre de toxicologie	770
94539	• Laboratoire de santé publique du Québec	3 548
94559	• Omnipraticiens de l'INSPQ	28 330
94509	Direction générale de la santé publique (MSSS)	16 940
	Grand total	----- 298 760

(1) Transfert de la banque d'heures du Centre anti-poison au CSSS de la Vieille-Capitale

ANNEXE III

Forfaits de santé publique alloués à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ et à la Direction générale de santé publique

<i>Région</i>	<i>Directions (CISSS ou CIUSSS)</i>	<i>Numéro / Code d'établissement</i>	<i>Nombre de forfaits</i>
Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400	650
Région 02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	94401	1 230
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402	1 566
Région 04	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94403	720
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404	1 066
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405	2 580
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410	280
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411	390
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412	370
Région 10	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	94109	60
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413	430
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414	1 260
Région 13	CISSS de Laval	94415	810
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416	580
Région 15	CISSS des Laurentides	94417	1 440
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418	2 214
Région 17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	94179	250
Région 18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	94183	120
INSPQ		94559	2 260
Direction générale de santé publique		94509	1 730
		Total	20 000

*EP - GARDE SUR PLACE CHSGS DÉSIGNÉS***ENTENTE PARTICULIÈRE**

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS QUI EXPLOITENT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS OU QUI FONT PARTIE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ.

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente a pour objet de fixer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la garde sur place effectuée, dans le service d'urgence de première ligne d'un établissement qui, visé à l'article 3.00 ci-après, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui fait partie du réseau de garde intégré, et est désigné aux fins des présentes;

1.02 L'annexe I contient la liste des établissements désignés et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent ainsi que le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chacun des établissements en cause. Ces données sont déterminées par le comité paritaire.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne d'un centre susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ADMISSIBILITÉ

3.01 Pour être éligible à une désignation selon cette entente, un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés comportant un service d'urgence de première ligne ou qui fait partie du réseau de garde intégré doit, tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, assurer une garde sur place dans ce service d'urgence;

3.02 Selon les modalités qu'édicte l'article 8.00 ci-après, est également admissible à présenter une demande d'adhésion un établissement qui est déjà régi selon l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés en vertu de cette entente. Cet établissement doit toutefois satisfaire à toutes les exigences qu'édicte le paragraphe 3.01.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, dans le service d'urgence d'un centre désigné, la rémunération de la garde sur place effectuée par un médecin entre 8 h et 24 h, et, au delà de 24 h, pour prolonger le quart de garde précédent, lorsque la dispensation des services ou le complètement de dossiers le requiert;

4.02 Exceptionnellement, est toutefois rémunéré selon l'entente générale, le médecin qui, en dehors d'une période pendant laquelle il reçoit une rémunération en vertu de cette entente ou de l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif, est appelé à dispenser, dans le service d'urgence de première ligne de l'établissement, des soins à la demande d'un patient du service d'urgence ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du service d'urgence.

AVIS : *Le professionnel qui rend des services à l'urgence en dehors d'une période couverte par son forfait de garde à l'urgence (à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence) doit **obligatoirement inscrire la lettre « G » dans la case C.S.** pour tous les services réclamés. (Voir également l'avis sous l'article 5.08 et la section 4.6.3 sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT de votre manuel).*

5.00 FORMULE DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin soumis à l'application de cette entente particulière est rémunéré selon une formule spéciale de rémunération à l'acte prévoyant, pendant une période de garde sur place visée au paragraphe 4.01, le paiement d'un forfait qui, par quart de quatre (4) heures, lui est applicable. Les forfaits applicables diffèrent selon le groupe de l'établissement;

Malgré l'alinéa précédent, un médecin détenteur d'une nomination d'un établissement visé aux présentes et qui est rémunéré à honoraires fixes peut opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination.

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **XXX063** Garde sur place
- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

De façon transitoire, le médecin peut se prévaloir de l'alinéa précédent lors de sa mise en vigueur s'il est déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes de l'établissement adhérent.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'établissement.

AVIS : INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER :

1. Codes d'acte à utiliser selon périodes et groupe						
Périodes	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits	Codes	Forfaits	Codes	Forfaits
8 h à 20 h / 4 heures :						
Semaine	09858	331,20 \$	09862	301,80 \$	09866	271,40 \$
Samedi, dimanche, jours fériés	09859	331,20 \$	09863	301,80 \$	09867	271,40 \$
20 h à 24 h / 4 heures :						
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09860	361,60 \$	09864	331,20 \$	09848	271,40 \$
Au-delà de 24 heures / 4 heures (art. 4.01) :						
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09861	361,60 \$	09865	331,20 \$	09849	271,40 \$
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général.						
0 h à 8 h / 8 heures :						
Semaine seulement	09802	602,55 \$	09804	602,55 \$	09998	602,55 \$
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19065	734,70 \$	19067	734,70 \$	19055	734,70 \$
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général.						
0 h à 8 h / 8 heures :						
Semaine seulement	09803	602,55 \$	09805	602,55 \$	09994	602,55 \$
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19066	734,70 \$	19068	734,70 \$	19056	734,70 \$
4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place						
Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. N.B. : Voir le point 5, page suivante, pour autres données. En application de l'annexe IX de l'Entente, art. 5.3, si le modificateur 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, veuillez inscrire le modificateur 062 sauf si un modificateur multiple peut-être utilisé.						
Période	Modificateur		Rémunération			
En semaine de 8 h à 20 h	105		45 % du tarif des actes			
En semaine de 20 à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	106		45 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf.: art. 4.01) (au-delà de 24 h)	107		45 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (parag. 1.4 du P. G.) de 0 h à 8 h	097		90 % du tarif des actes			

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
028 - 105	221	0,4500
028 - 050 - 105	316	0,2250
028 - 094 - 105	314	0,4500
050 - 097	546	0,4500
050 - 105	547	0,2250
050 - 106	548	0,2250
050 - 107	549	0,2250
050 - 106 - 108	307	0,2858
094 - 097	214	0,9000
094 - 097 - 179	330	0,9000
094 - 105	234	0,4500
094 - 105 - 179	331	0,4500
094 - 106	235	0,4500
094 - 106 - 108	300	0,5715
094 - 106 - 108 - 179	917	0,5715
094 - 106 - 179	332	0,4500
094 - 107	236	0,4500
097 - 179	200	0,9000
097 - 187	698	0,9000
105 - 179	201	0,4500
105 - 187	690	0,4500
106 - 108	237	0,5715
106 - 108 - 179	329	0,5715
106 - 108 - 187	372	0,5715
106 - 179	202	0,4500
106 - 187	691	0,4500
107 - 187	692	0,4500

5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (n°1200)

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la section « Actes »;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055;
- les honoraires sur base horaire sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 ou 19055 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.

5.02 Le groupe auquel appartient l'établissement est déterminé par le protocole d'entente relatif à 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 désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés entré en vigueur le 7 mars 1999;

5.03 Les parties conviennent de revoir le regroupement des établissements pour le 1^{er} avril 1999 et, par la suite, annuellement;

5.04 Les forfaits applicables aux établissements faisant partie du groupe I sont les suivants :

- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 309,20 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 331,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2009;
- pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 337,60 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 361,60 \$ à compter du 1^{er} avril 2009;

5.05 Les forfaits applicables aux établissements faisant partie du groupe 2 sont les suivants :

- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 281,80 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 301,80 \$ à compter du 1^{er} avril 2009;
- pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 309,20 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 331,20 \$ à compter du 1^{er} avril 2009;

5.06 Le forfait applicable aux établissements du groupe 3 est de 253,40 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 271,40 \$ à compter du 1^{er} avril 2009 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.;

5.07 À un forfait susmentionné, s'ajoute quelque soit le groupe de l'établissement, quarante-cinq pour cent (45 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur;

5.08 Les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif relatives à la période de 0 h à 8 h s'appliquent.

AVIS : *Le professionnel qui opte pour une facturation à 100 % des services médicaux en vertu de l'article 1.4 a) du Préambule général durant sa période de garde de 0 h à 8 h, doit **obligatoirement inscrire la lettre « G » dans la case C.S.** pour tous les services réclamés durant cette période.*

5.09 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 B du Préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes;

AVIS : *Dans un service d'urgence (0XXX7) et CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2) : Voir l'**AVIS** sous la règle 2.2.9 B, préambule général de votre manuel.*

5.10 Si un établissement visé aux présentes administre plus d'un service d'urgence de première ligne situé dans des pavillons géographiquement distincts, la formule de rémunération prévue à cet article s'applique, de façon distincte, selon les modalités de désignation apparaissant à l'annexe I, dans le service d'urgence de chacun des pavillons en cause;

5.11 Sous réserve du paragraphe 1.4 du Préambule général au tarif, un forfait visé à cet article n'est divisible que sur base horaire. Ainsi divisé, un forfait peut être utilisé aux fins de déterminations prévues au paragraphe 6.01;

5.12 Un médecin peut, si des circonstances exceptionnelles et temporaires le justifient, à la demande du chef de département de médecine générale ou du médecin responsable, en surplus du nombre de médecins bénéficiant de la rémunération forfaitaire prévue, effectuer une garde sur place, entre 8 h et 24 h. Le chef de département informe le comité paritaire des motifs de son autorisation;

5.13 Le médecin visé au paragraphe 5.12 bénéficie de la rémunération prévue à cette entente. Après examen des motifs qui lui ont été soumis, le comité paritaire rajuste pour autant le nombre hebdomadaire de forfaits alloué au service d'urgence pour la période en cause et en informe la Régie;

5.14 Lorsque le médecin visé aux paragraphes 5.01 ou 5.12 doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, l'activité professionnelle en cause est rémunérée à 45 % de la valeur des actes médicaux qu'il dispense. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 du préambule général au tarif ou 5.08 des présentes;

5.15 Dans un service d'urgence visé aux présentes, lorsque le médecin doit, dans une même journée, effectuer, en plus d'une garde de 0 h à 8 h, une garde comprise entre 8 h et 24 h, la facturation afférente à la période de 0 h à 8 h est également déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 susmentionné ou 5.08 des présentes.

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le nombre de forfaits autorisés est, dans un premier temps, établi sur base hebdomadaire. Par la suite, il est déterminé sur base journalière;

6.02 Le nombre hebdomadaire de forfaits autorisés est établi par les parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00. Cette détermination est arrêtée en fonction du temps, du lieu, de la nature, du volume, de la fréquence et de la lourdeur des services médicaux qui doivent être dispensés, d'une façon immédiate, par les médecins, et ce, en tenant compte des conditions observées dans le service d'urgence de l'établissement visé;

6.03 Le nombre journalier de forfaits autorisés est déterminé par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable, ou le médecin qui le remplace;

6.04 Le nombre journalier de forfaits peut varier selon qu'il s'agit d'une journée régulière, d'une journée fériée, d'un samedi ou d'un dimanche.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins d'informer et de conseiller des établissements et les médecins visés aux présentes relativement à la mise en oeuvre de cette entente particulière;

7.02 Ce comité a également pour fonction d'examiner les demandes des établissements et de soumettre aux parties les avis qui lui semblent pertinents quant aux matières suivantes :

- a) en regard de la présente entente particulière, l'adhésion ou le retrait d'un établissement;
- b) toute recommandation, avis ou consentement visé aux présentes;

7.03 Dans le cas où l'accompagnement d'un patient lors d'un transfert ambulancier est susceptible d'entraîner un dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence, le médecin qui fait l'accompagnement et celui qui le remplace au service d'urgence, peuvent, sans obtenir l'autorisation du comité paritaire être rémunérés simultanément selon les dispositions de la présente entente pour une période s'échelonnant de 8 h à 24 h et cela en raison d'une considération exceptionnelle. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier. Tout dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence pour effectuer un tel transfert est, dans ce cas, réputé autorisé par le comité paritaire;

AVIS : *Pour identifier un forfait de garde sur place en rapport à un transfert ambulancier, le médecin qui effectue le transfert doit facturer le code de forfait permis, divisible selon le temps requis pour effectuer le transfert. Il doit inscrire le modificateur **381** ou son multiple sur sa demande de paiement ainsi que le NAM de la personne transférée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

7.04 Ce comité voit à évaluer le regroupement des établissements, selon les dispositions du paragraphe 5.03 ci-dessus et à la mise en oeuvre de la présente entente particulière. S'il y a lieu, il recommande, au Ministre et à la Fédération, les correctifs nécessaires.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

8.01 Cet article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à cette entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'un établissement visé aux présentes;

8.02 Une demande est formulée conjointement par l'établissement qui exploite le centre hospitalier visé ainsi que par les médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne qui fait partie de ce centre. Elle est transmise, par écrit, au Ministre et à la Fédération;

8.03 Le choix d'adhérer à cette entente particulière doit, pour être valable, recevoir, outre l'accord de l'établissement et l'acquiescement du chef du département de médecine générale ou du médecin responsable, l'appui de la majorité des médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause;

8.04 Une demande ayant pour objet de soustraire un établissement de l'application de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui, majoritaire, des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

8.05 Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à une adhésion à cette entente particulière ou à un retrait de celle-ci, ce désaccord peut, à la demande d'une partie intéressée, être soumis au comité paritaire. Ce dernier recommande, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'établissement en cause;

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon cet article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

8.07 Une adhésion au sens de cet article ne peut être d'une durée inférieure à un (1) an;

8.08 *Ce paragraphe est abrogé par l'Amendement 89.*

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 Cette entente particulière prend effet le 7 mars 1999;

9.02 Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée par l'Amendement n° 112 et remplacée par l'Entente particulière Garde sur place - Certains établissements (Voir EP n° 43).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de septembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

A - EP - GARDE SUR PLACE CHSGS DÉSIGNÉS

ANNEXE I

Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée par l'Amendement n° 112 et remplacée par l'Entente particulière Garde sur place - Certains établissements (Voir EP n° 43).

ABROGÉE

EP - CHEF DE DÉPARTEMENT (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN CHEF DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITANT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, de celui qui l'assiste, d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui, dans le cadre de cette mission, opère une ou des installations qui compte un service d'urgence;

1.02 La présente entente particulière vise également le médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale et, le cas échéant, le médecin qui l'assiste, d'un établissement qui a pour mission, entre autres, d'exploiter un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, et dont les conditions de rémunération pour les activités qu'il exerce auprès de cet établissement sont régies exclusivement par les dispositions relatives aux modes des honoraires fixes ou du tarif horaire.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives couvertes par la présente entente sont celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2);

3.02 Pour le médecin qui détient le poste de chef de département, est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à sa participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Sous réserve du paragraphe 4.02 de la présente entente, les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 64,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19064** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement **0XXX3** dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, **vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement.** Vous pouvez alors répartir votre facturation **sur plus d'une journée** pour respecter cette limite.

4.02 Pour le médecin visé au paragraphe 1.02, les activités prévues aux présentes sont rémunérées à tarif horaire.

AVIS : *Seul le professionnel dont les activités réalisées dans l'établissement sont rémunérées exclusivement à tarif horaire ou à honoraires fixes peut se prévaloir de la rémunération à tarif horaire pour ses activités de chef de département clinique de médecine générale ou d'assistant. Vous référer à l'avis administratif sous l'article 4.05 pour les instructions relatives à l'avis de service requis.*

Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités exercées par un médecin visé au paragraphe 1.02 des présentes.

Jusqu'à concurrence du nombre d'heures équivalant au nombre de forfaits alloués annuellement à l'établissement selon les modalités prévues au paragraphe ci-dessous, un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités prévues à la présente entente, autorisé au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02 lorsqu'il a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou au paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente. Ce dépassement tient compte de l'ensemble des heures d'activités visées par les présentes et effectuées par les médecins de l'établissement.

AVIS : Rémunération à tarif horaire : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et le code d'activité suivant :*

- **013043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

4.03 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le nombre de membres du département qui, sur base annuelle, reçoivent une rémunération supérieure à 5 000 \$ pour leurs activités hospitalières et selon les modalités suivantes :

Nombre de médecins	Forfaits annuels
Entre 1 et 24 médecins	321
Entre 25 et 74 médecins	428
Entre 75 et 99 médecins	536
Cent (100) médecins ou plus	643

AVIS :

Nombre de médecins	Forfaits annuels	Dépassement spécifique d'heures À partir du 1 ^{er} avril 2009 (0,71)
Entre 1 et 24 médecins	321	228
Entre 25 et 74 médecins	428	304
Entre 75 et 99 médecins	536	381
100 médecins ou plus	643	457

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et un service d'urgence, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

Les forfaits alloués se traduisent en heures rémunérées selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus en appliquant un facteur de conversion de un forfait pour 0,70 heures à compter du 1^{er} octobre 2008 et 0,71 heures à compter du 1^{er} avril 2009.

L'annexe I de la présente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

AVIS : *La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

4.04 Dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale pour l'ensemble des installations, il se voit attribuer au moins 10 % du nombre de forfaits alloués à l'établissement.

Dans le cas où l'établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente mais qu'un médecin assume la fonction de chef du département de médecine générale dans chaque installation, chacun de ces médecins se voit attribuer 60 % du nombre de forfaits calculé pour l'installation conformément au paragraphe 4.03 de la présente entente.

4.05 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin. L'établissement remet au médecin copie de cet avis.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Chef de département clinique de médecine générale;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

L'établissement doit sélectionner le mode de rémunération à l'acte pour le chef de département et, le cas échéant, pour celui qui l'assiste, s'ils sont visés par le paragraphe 1.01 de la présente entente particulière. S'ils sont plutôt visés par le paragraphe 1.02, l'établissement doit sélectionner le mode du tarif horaire.

4.06 Au 1^{er} novembre de chaque année, les parties déterminent le nombre de forfaits alloués à l'établissement, pour l'année qui suit, pour la rémunération des activités prévues dans le cadre de la présente entente, sur la base des données sur la rémunération des médecins pour l'année finissant le 31 mai de l'année en cours.

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale du 1^{er} janvier 2000. Elle prend effet le 1^{er} juin 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - CHEF DE DÉPARTEMENT (CHSGS)

ANNEXE 1

Établissements admissibles à l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, à celui qui l'assiste.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

EP - AMBULATOIRE DE LA RÉGION DE LAVAL (CHARL)

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS AUPRÈS DU CENTRE HOSPITALIER AMBULATOIRE DE LA RÉGION DE LAVAL (CHARL)****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL);

1.02 Cette entente particulière a également pour objet la détermination des programmes de l'établissement qu'elle couvre ainsi que les conditions spécifiques qui s'appliquent à chacun de ces programmes;

1.03 Les programmes visés par la présente entente sont désignés par accord et inscrits à l'annexe des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération prévue à la présente entente couvre les activités professionnelles suivantes :

- a) la dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation des soins;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient;
- d) les activités professionnelles d'expertise que le médecin est appelé à dispenser auprès du médecin traitant ou auprès du patient à la demande du médecin traitant;
- e) la planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention.

AVIS : Utiliser les codes d'activité pour le programme en **gériatrie** (Accord n° 434) :

073030 Services cliniques

073032 Rencontres multidisciplinaires

073037 Planification, programme et évaluation (élaboration et implantation de programmes/services)

073055 Communications (rencontres avec les proches)

073056 Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)

073067 Expertise professionnelle

073098 Services de santé durant le délai de carence

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS : *Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.*

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Un nombre d'heures est alloué, sur base annuelle, pour les fonctions précisées au sous-paragraphe e) du paragraphe 3.01 ainsi que, de façon distincte, pour chacun des programmes visés par la présente entente;

5.02 Le nombre d'heures alloué est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes;

5.03 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef de département de médecine générale ou, le cas échéant, le médecin coordonnateur du programme;

5.04 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente ainsi que de leur mode de rémunération.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, selon les dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière, notamment :

- a) il précise les conditions spécifiques, s'il y a lieu, s'appliquant à chacun des programmes;
- b) il détermine la banque d'heures allouée, sur base annuelle, pour les activités et les programmes visés par les présentes et en informe l'établissement;
- c) il fait les recommandations aux parties quant à l'ajout ou au retrait d'un programme de l'application de la présente entente.

8.00 AJOUT ET RETRAIT

8.01 Toute demande d'ajout ou de retrait d'un programme à la présente entente est formulée conjointement par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des services dans le programme en cause. Cette demande est transmise par écrit à la Ministre et à la Fédération;

8.02 Suite à l'acceptation par les parties de l'ajout d'un programme, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01;

8.03 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 22 octobre 1999 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 30 septembre 2013. Elle est remplacée par l'annexe XXII (Amendement n° 127).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 9^e jour de novembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

A - EP - AMBULATOIRE DE LA RÉGION DE LAVAL (CHARL)

ANNEXE

Liste des programmes désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval.

Programmes désignés :

1. Programme de gériatrie

ABROGÉE

EP - MALADE ADMIS - CHSGS

ENTENTE PARTICULIÈRE**AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION AUPRÈS DES MALADES ADMIS EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des patients admis en soins de courte durée sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG), et ce, dans une installation dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et qui opère un service d'urgence de première ligne;
 - + **1.02** À moins d'indication contraire et sous réserve du paragraphe 1.03, cette entente couvre tous les services dispensés par les médecins responsables de l'ensemble des services professionnels à dispenser dans l'installation auprès de patients admis en soins de courte durée. Elle peut couvrir également, avec l'autorisation du comité paritaire, une unité ou un service déjà couvert par une autre entente particulière. Dans ce cas, les modalités d'adhésion à cette dernière entente particulière devront être révisées pour exclure l'unité ou le service couvert par la présente entente;
 - 1.03** Cette entente ne peut couvrir les services dispensés aux patients inscrits au service d'urgence, à l'unité d'hébergement et de soins de longue durée y compris les lits de transition et à l'unité de soins psychiatriques. Peut également être exclue de l'application de la présente entente une unité de soins coronariens ou de soins intensifs avec l'autorisation du comité paritaire;
 - + **1.04** L'adhésion d'une installation à la présente entente doit obligatoirement couvrir, dans une proportion d'au moins 90 %, les services dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée et doit justifier, en fonction des dispositions des articles 6.00 et 8.00 des présentes, l'allocation d'au moins un forfait régulier quotidien pendant les jours de la semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi. Ce taux de 90 % ne comprend pas les lits relevant d'une unité ou d'un service exclus de la présente entente;
 - + **1.05** L'annexe I fait état de la liste des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente. Elle précise également les unités ou services exclus de l'application de cette entente, de même que le nombre de forfaits alloués quotidiennement à l'installation.
- # **AVIS :** La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;
- e) les gardes afférentes à ces activités, selon les modalités déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

4.00 FORMULES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.02 couvrent une période minimale de services dispensés sur place de huit (8) heures ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente. Celles prévues au paragraphe 4.03 couvrent une période minimale continue de services dispensés sur place de quatre (4) heures entre 8 h et 13 h ainsi que la garde en disponibilité afférente;

4.02 Sous réserve de l'article 5.00 des présentes, le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière est rémunéré selon l'option qui recueille l'accord de la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées.

Régime A :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 646,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 673,60 \$ au 1^{er} juin 2013. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 46,60 % à compter du 1^{er} avril 2009;

Régime B :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 406,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 423,40 \$ au 1^{er} juin 2013. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 77,80 % à compter du 1^{er} avril 2009;

AVIS : Pour la facturation du forfait (Régime A ou Régime B) utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09778** (forfait régulier - Régime A), **ou 19018** (forfait régulier - Régime B) dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement spécifique 0XXX3;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200), en y inscrivant :

- le modificateur **126** (Régime A) **ou 151** (Régime B) ou un de leurs multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à 46,60 % (Régime A) ou à 77,80 % (Régime B) du tarif de base du service rendu ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu. Les multiples des modificateurs **126** et **151** sont les suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 - 126	270	0,2330
094 - 126	272	0,4660
094 - 151	294	0,7780

- + Les médecins visés au présent sous-paragraphe peuvent, selon décision majoritaire de ceux-ci et avec l'accord du comité paritaire visé au paragraphe 8.00 des présentes, choisir de remplacer l'option d'un des deux régimes de rémunération par l'autre. Le remplacement d'un régime par l'autre ne peut toutefois s'opérer qu'une fois l'an à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'installation à la présente entente particulière, et implique, de la part du comité paritaire une réévaluation du nombre de forfaits accordés à l'installation sur la base des données recueillies et des changements organisationnels intervenus;

4.03 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 de la présente entente, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait équivalent à la moitié du forfait s'appliquant au régime A ou au régime B tel qu'apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus.

AVIS : **1)** Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant, dans les cases appropriées, les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19007** (demi-forfait - Régime A) ou le code d'acte **19019** (demi-forfait - Régime B) dans la section Actes pour la facturation du demi-forfait;
- le code d'établissement approprié : 0XXX3;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- Ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- 2)** Voir les AVIS sous les articles 4.02 (Régime A ou Régime B), 4.05.01, 4.05.02, 4.05.03, 4.09.01 et 4.11 de cette entente pour les services dispensés durant cette période.

4.04 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 ou, exceptionnellement, en raison d'une baisse ponctuelle du nombre de patients admis, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait aux conditions suivantes : il assure une présence continue de quatre (4) heures entre 8 h et 13 h et, du lundi au vendredi, un médecin d'une équipe assure une présence minimale à l'unité de soins de courte durée de huit (8) heures et se prévaut du forfait régulier pour cette même journée;

4.05 Malgré les paragraphes précédents, l'entente générale continue de s'appliquer pour la rémunération des services suivants :

4.05.01 les services reliés à un accouchement énumérés dans la partie « obstétrique » de l'annexe V et identifiés, aux fins de l'application du présent sous-paragraphe, par le comité paritaire. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste de ces actes;

AVIS: Les codes des actes d'obstétrique à 100 % sont les suivants : **06097, 06901, 06903, 06907, 06914, 06916, 06919, 06921, 06922, 06923, 06925, 06935, 06942, 06944, 06984, 06985, 06986, 06987, 06988, 06989, 06990, 06992, 09705 et 09776.**

4.05.02 les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité;

AVIS: Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

4.05.03 de façon exceptionnelle, et en dehors des journées pendant lesquelles le médecin reçoit une rémunération en vertu de la présente entente, les services dispensés à la demande d'un patient ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du centre hospitalier;

AVIS: Inscrire la lettre « N » dans la case C.S. (voir 4.2.7, Rédaction de la demande de paiement de votre manuel).

4.05.04 les services reliés à un transfert ambulancier inter établissement tel que prévu au sous-paragraphe 2.4.9 du préambule général de l'entente;

4.05.05 sur approbation du comité paritaire visé à l'article 8.00 des présentes, les services dispensés par un médecin ne faisant pas partie des équipes au sens du paragraphe 1.02 des présentes, détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique et dont les activités hospitalières se limitent à ce dernier type de pratique. Peut également être visé par le présent sous-paragraphe, le médecin dont la pratique est celle d'un spécialiste non certifié ou son équivalent, de même que le médecin détenteur d'un permis restrictif. Le comité paritaire en informe la Régie;

4.05.06 le forfait de congé en établissement d'un patient admis.

4.06 Le médecin qui, pour une journée, se prévaut des conditions de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 des présentes, est soumis, pour la journée en cause, aux restrictions suivantes :

- + **4.06.01** il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'installation à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont soumises à l'application du pourcentage apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi;

4.06.02 il est rémunéré pour les actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente au pourcentage du tarif apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi;

AVIS: Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'urgence auprès d'un patient inscrit doit facturer la consultation requise en utilisant le numéro d'établissement 0XXX7. Il doit également appliquer les modificateurs **126 (régime A)** ou **151 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.

AVIS: Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Malade admis (régime A ou B), doit se rendre à l'urgence auprès d'un patient admis (en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée) doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant son secteur de provenance (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs **126 (régime A)** ou **151 (régime B)**, ou un de leurs multiples ainsi que ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 A, si applicables.

AVIS: À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

- + **4.06.03** malgré les sous-paragraphe 4.05.01 et 4.05.02, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'installation en dehors de la période de 8 h à 16 h ou après 12 h dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait;
- + **4.06.04** en dehors de la période de 8 h à 17 h, le médecin peut exercer en cabinet ou dans une autre installation ou un autre établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière. Toutefois, le médecin qui se prévaut du demi-forfait prévu au paragraphe 4.03 des présentes peut exercer, en dehors de la période de 8 h à 13 h, dans un service ou une unité non visé par l'entente actuelle, dans une autre installation ou un autre établissement ou en cabinet;
- + **4.07** Tout médecin d'une installation adhérente à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'installation à la présente entente, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.

4.08 Il peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation ou de maintien à domicile d'un CLSC. Cette disposition vaut également pour les journées où le médecin se prévaut des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03. La rémunération prévue à cette entente relative à la garde en disponibilité n'est pas soumise à l'application des modificateurs apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;

4.09 Sous réserve des dispositions prévues à la présente entente, les conditions générales prévues à l'Entente s'appliquent, notamment les suivantes :

4.09.01 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, en ce qui concerne le forfait ainsi que les actes visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

AVIS: Pour la majoration de **23 %** du forfait **09778, 19007, 19018** ou **19019**, utiliser le modificateur **045**.
Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général, utiliser les modificateurs multiples suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
045 - 126	273	0,5731
045 - 151	295	0,9569
045 - 094 -126	306	0,5731
045 - 094 - 151	312	0,9569

Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général effectués dans une unité de soins intensifs ou coronariens ainsi que les forfaits (**09997 et 08896**) Régime A de l'Entente particulière soins intensifs ou coronariens, utiliser le modificateur multiple suivant :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
069 - 126	648	0,6058

4.09.02 la rémunération prévue au présent article constitue une rémunération de base et est donc sujette à l'application du règlement sur la rémunération différente durant les premières années d'exercice ainsi que des dispositions de l'annexe XII de l'entente générale;

4.10 Un médecin qui, en situation de pénurie d'effectifs entraînant une réduction du nombre de médecins requis pour assumer la responsabilité, pour une journée, de la dispensation des services médicaux couverts par la présente entente, à la demande du chef de département de médecine générale, assume des tâches additionnelles à celles qui lui sont habituellement dévolues, bénéficie d'une majoration de 10 % du forfait quotidien. Le médecin ne peut se prévaloir de cette majoration que s'il se prévaut, pour cette journée, d'un forfait régulier et que lorsque la réduction en cause du nombre de médecins requis implique, au moins, un médecin qui aurait bénéficié du forfait régulier prévu au paragraphe 4.02;

AVIS : *Pour la majoration de 10 % du forfait régulier 09778 ou 19018 selon le cas, utiliser le modificateur 145 ou ses multiples.*

4.11 Le médecin visé par les dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 doit s'assurer que l'établissement transmet, à cet effet, un avis de service à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Malade admis;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 DROITS ACQUIS

- + **5.01** Un médecin ne faisant pas partie des équipes visées au paragraphe 1.02 des présentes et dont le volume des activités effectuées auprès des malades admis en soins de courte durée est restreint et de faible importance peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, aux conditions édictées par le comité paritaire, choisir de maintenir le mode de l'acte s'il détenait une nomination à cet effet de l'établissement à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente;
- + **5.02** Un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son installation ou son établissement de cette entente particulière. Le maintien de son mode de rémunération n'est possible, cependant, que les journées pendant lesquelles il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés aux présentes. Il agit, alors, comme consultant auprès de l'unité ou du service antérieurement couvert par l'entente particulière dont l'installation ou l'établissement s'est retiré. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente;
- + **5.03** Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'installation en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale ou qui détient une nomination en vertu de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale, ou en vertu de toute autre entente particulière s'appliquant dans une unité ou service faisant l'objet d'une adhésion à la présente entente en vertu de son paragraphe 1.02 au moment de l'adhésion de l'installation à la présente entente et qui fait partie des médecins responsables des soins aux malades admis peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis du lundi au vendredi de chaque semaine. Les samedi et dimanche, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 de la présente entente, selon le cas.

AVIS : *L'installation doit mentionner sur l'avis de service transmis à la Régie, le paragraphe en vertu duquel le médecin s'est prévalu des droits acquis.*

Rémunération à honoraires fixes : *Utiliser les codes d'activité suivants :*

- **070015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **070030** Services cliniques
- **070032** Rencontres multidisciplinaires
- **070037** Planification – Programmation – Évaluation
- **070043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **070055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau de la justice)
- **070063** Garde sur place
- **070079** Services anesthésiques / obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)
- **070098** Services de santé durant le délai de carence
- **070132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'installation.

Les parties désignent, nommément, par accord, les médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 5.01, 5.02 et 5.03.

AVIS : *Voir les accords n^{os} 398 et 453.*

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire évalue le nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes et ce, aux fins d'allocation du nombre de forfaits quotidiens. Ce nombre de forfaits peut être différent pour les jours de la semaine et pour les jours de fin de semaine et jours fériés. Il peut, également, être rajusté pour tenir compte des variations saisonnières;

6.02 Un seul demi-forfait peut être alloué par journée d'application;

+ **6.03** Le nombre de forfaits alloué, quel que soit le régime choisi, est établi après analyse et évaluation du comité paritaire lequel se base notamment sur :

- la demande d'adhésion et des informations transmises par un établissement;
- des données de facturation de l'année qui précède la demande d'adhésion;
- du taux d'occupation des lits couverts par l'entente;
- du nombre annuel d'admissions dans les unités visées;
- de la durée de séjour;
- de l'organisation interne de l'installation.

6.04 Le nombre de forfaits autorisés est réparti par le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) entre les médecins;

6.05 En cas d'une diminution temporaire des activités régulières qui n'a pu être prise en considération par le comité paritaire lors de la détermination des forfaits quotidiens, le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) est responsable de rajuster à la baisse le nombre de forfaits requis pour la dispensation de l'ensemble des services visés. Si ces changements interviennent sur une base permanente, il doit en aviser le comité paritaire.

7.00 DÉPANNAGE

7.01 Le médecin qui, dans le cadre du mécanisme de dépannage, exerce auprès des unités couvertes par la présente entente est rémunéré selon les modalités qui y sont prévues relativement au forfait régulier et le forfait qu'il utilise quotidiennement est comptabilisé aux fins de l'article précédent.

AVIS : - *Pour les modalités de facturation des codes **09778** (forfait régulier - Régime **A**) et **19018** (forfait régulier - Régime **B**), se référer aux paragraphes 4.02, 4.05.02 et 4.09.01.*
 - *Tous les services doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200), y compris les examens, consultations et visites.*

La présente disposition s'applique malgré le paragraphe 2.01 de l'annexe XVIII. Les autres dispositions de cette annexe ainsi que celles de l'article 30.00 de l'entente générale continuent de s'appliquer à ce médecin dépanneur.

AVIS : Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures (réf. : article 2.03 de l'Annexe XVIII), suivre l'Avis concernant le code **09778** (forfait régulier- Régime **A**) ou **19018** (forfait régulier- Régime **B**) (voir paragraphe 4.02), avec les modifications suivantes :

- inscrire les honoraires au prorata des heures effectuées;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS;
- inscrire, **de façon distincte**, les heures effectuées pour le service sur place ou en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale afin qu'il :

- + a) fasse des recommandations aux parties quant à la désignation des installations et des modalités d'application de la présente entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à la désignation de l'installation;
- b) détermine le nombre de forfaits sur la base du nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes;
- c) voit à la mise en œuvre de la présente entente particulière, en fasse le suivi et l'analyse;
- + d) évalue annuellement le nombre de forfaits alloués à une installation et le cas échéant, recommande aux parties les rajustements appropriés. Tout rajustement à la baisse du nombre de forfaits alloués ne peut toutefois prendre effet qu'après l'expiration d'une période de six (6) mois suivant la décision s'y rattachant;
- e) soumet aux parties le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 5.00.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

9.01 Une demande est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées. Elle est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

- + **9.02** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui de la majorité des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du 28 septembre 2000.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - MALADE ADMIS - CHSGS

ANNEXE 1

+ **Liste des installations visées à l'entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

+ *EP - PROJET HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET*

ENTENTE PARTICULIÈRE

+ **RELATIVE AU PROJET D'EXPÉRIMENTATION DE L'HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PAR UN MÉDECIN DE PRATIQUE PRIVÉE DE PATIENTS AYANT DES PROBLÈMES GRAVES ET PERSISTANTS DE SANTÉ MENTALE**

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans le cadre du projet d'expérimentation de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet visant la prise en charge de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale par un médecin exerçant en cabinet privé;

1.02 Les caractéristiques des patients visés par la présente entente apparaissent en annexe des présentes. Ils sont référés au médecin qui se prévaut des dispositions de cette entente selon des modalités élaborées par l'établissement avec le concours du département clinique de médecine générale (DCMG) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- + **3.01** La rémunération prévue à la présente entente couvre, de façon exclusive, les activités visées prévues dans le cadre de la présente entente, notamment :
- a) la dispensation des services médicaux requis par la prise en charge globale et continue du traitement du patient;
 - b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention du patient;
 - c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire avec l'équipe de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient visé par la présente entente;
 - d) les activités professionnelles reliées aux communications avec un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier ainsi qu'avec tout intervenant d'un organisme communautaire ou d'une autre installation du réseau de la santé et des services sociaux que l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet;
 - e) la participation du médecin au programme de formation élaboré et organisé par le CMDP, qui lui est offert par l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet dans la prise en charge du patient dans le cadre de la présente entente.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- 4.01** Le médecin qui prend en charge un patient visé aux présentes est rémunéré pour les services qu'il lui dispense :
- a) à l'acte, selon les modalités de l'entente générale, pour les services dispensés auprès du patient. L'examen à domicile d'un patient dont le médecin a charge en vertu de la présente est réputé répondre aux modalités prévues au paragraphe 2.2 6 A du préambule général de l'annexe V;
 - b) selon un forfait de 435,10 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 453,60 \$ au 1^{er} juin 2013 pour chacun des patients dont il prend en charge conformément aux modalités élaborées selon le paragraphe 1.02 de la présente entente. Ce forfait couvre une période de dispensation de services d'un an. Ce forfait est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.02 Les heures de formation prévues à l'alinéa e) du paragraphe 3.01 sont rémunérées jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par année, au taux du tarif horaire, selon les modalités de l'annexe XIV. Ces heures ne sont pas sujettes à l'application des modificateurs prévus à l'article 5.00 de ladite annexe mais sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

5.00 FACTURATION

5.01 Le forfait est facturé à deux reprises au cours d'une année dont une fois au début de la prise en charge du patient par le médecin, et une autre six (6) mois plus tard;

- + **5.02** La demande de paiement du forfait comprend l'identification du patient pour lequel le forfait est alloué. Elle doit être contresignée par le chef du DCMG, ou, en l'absence de ce dernier, par tout autre médecin habilité à le faire au nom de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet;

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'établissement;
- la date et le code d'acte **09006**;
- les honoraires de **226,80 \$**.

La demande de paiement doit être contresignée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

5.03 La demande de paiement relative aux heures de formation doit également être contresignée par l'une des personnes mentionnées au paragraphe 5.02 des présentes.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215), inscrire les renseignements pertinents et utiliser le code d'activité **071013** (formation).

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire recommande aux parties, annuellement, le nombre de forfaits devant être alloué pour une année d'application. Les parties allouent ce nombre par accord.

7.00 RÉPARTITION

7.01 Le chef de département clinique de médecine générale, ou tout autre médecin qu'il désignera à cette fin, procède à la répartition des forfaits entre les médecins participant à la présente entente.

8.00 PARTICIPATION

- + **8.01** Le CISSS de l'Outaouais et le médecin doivent convenir d'une entente de services précisant les engagements de l'un et de l'autre. Le CISSS de l'Outaouais octroie une nomination spécifique au médecin pour ses activités en lien avec l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet sur la base de l'entente de service ainsi conclue;

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) en version **papier** sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CH Pierre-Janet;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

- + **8.02** Le modèle d'entente de services préparée par le CISSS de l'Outaouais doit être soumis pour approbation au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

9.00 COMITÉ PARITAIRE

9.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de :

- + a) faire des recommandations aux parties quant au nombre de forfaits annuels alloués à l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet dans le cadre de la présente entente;
- b) d'évaluer la mise en œuvre de la présente entente particulière, d'en faire le suivi et l'évaluation et de faire toute recommandation quant à la poursuite ou la terminaison de la présente entente.

10.00 ÉVALUATION

+ **10.01** Dans le but de permettre aux parties de faire l'évaluation des modalités de rémunération expérimentées dans le cadre de la présente entente et d'en permettre l'application éventuelle dans d'autres régions, l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet s'engage à fournir aux parties des données non nominatives requises :

a) relativement aux caractéristiques des patients référés aux médecins exerçant en cabinet privé;

b) relativement aux heures consacrées, en moyenne, par un médecin pour la dispensation de l'ensemble des services requis par la prise en charge d'un patient référé dans le cadre de la présente entente;

10.02 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente s'engage à fournir au chef du département clinique de médecine générale, les données requises à l'évaluation du volume de travail requis par la prise en charge d'un patient référé dans le cadre de cette entente.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} mars 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17^e jour de juillet 2001.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

+ A - EP - PROJET HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET

ANNEXE I

+ **Caractéristiques de la personne visée par le projet de démonstration de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet**

- + - La personne souffrant de troubles mentaux graves et persistants visée par l'entente relative au projet de démonstration de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet présente la plupart des caractéristiques suivantes :
 - Elle est généralement très handicapée par sa maladie dans l'exercice de ses rôles sociaux;
 - Elle est vulnérable et en besoin de protection;
 - Elle a peu de ressources pour se mobiliser aux changements;
 - Son réseau naturel de support est inexistant ou est épuisé;
 - Elle a été hospitalisée fréquemment, souvent durant de longues périodes et elle est inscrite dans un programme de longue durée psychiatrique;
 - Elle vit dans la communauté ou en résidence de type familial ou intermédiaire;
 - Sa maladie est stabilisée, sa symptomatologie demeure importante;
 - L'observance au traitement est suffisante, l'efficacité du plan d'intervention est établie et les services qui lui sont dispensés visent surtout le maintien des acquis;
 - Les soins nécessitent la poursuite des services d'une équipe pluridisciplinaire d'un service de longue durée psychiatrique et des soins médicaux dans le champ de la psychiatrie sont nécessaires;
 - L'entourage de la personne présente une certaine stabilité.

EP - RRSSS NUNAVIK - SSS BAIE-JAMES - CS BASSE-CÔTE-NORD

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération des services professionnels des 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.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans les territoires susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente, notamment :

- a) La dispensation des services médicaux dans l'un des territoires 17 ou 18 visés aux présentes;
- b) Les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;
- c) Les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- d) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une autre personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;
- e) Les activités de planification, de coordination et d'évaluation;
- f) Les gardes afférentes à ces services qu'elles soient assurées sur place ou en disponibilité.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01.1 Le médecin régi par la présente entente particulière est rémunéré :

- a) selon un *per diem* de 1 353 \$ au 1^{er} juin 2013,

AVIS : Vacation et honoraires forfaitaires : Utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215), le code d'activité **074030** (services cliniques) et le mode de rémunération per diem : **PD**;

- Heures travaillées : pour fins de facturation, inscrire un maximum de 9 heures; **si moins de 9 heures, inscrire les heures réelles travaillées.**

AVIS : Certaines réunions effectuées par le chef de département peuvent être tenues à Montréal, Québec, Gatineau, Chibougamau ou Val-d'Or. Le médecin est alors rémunéré selon le per diem prévu à la présente entente particulière.

Lorsque les activités médico-administratives sont tenues à Montréal, Québec ou Gatineau, utiliser le code d'activité suivant :

- **074272** Activités médico-administratives non-majorées du chef de département

Lorsque les activités médico-administratives sont tenues à Chibougamau ou Val-d'Or, utiliser le code d'activité suivant :

- **074273** Activités médico-administratives majorées du chef de département

b) auquel s'ajoute, lorsqu'il exerce dans un des dispensaires ou points de services désignés par le comité paritaire, un supplément quotidien de 153 \$ du lundi au vendredi et de 194,31 \$ les samedi, dimanche et jour férié.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code **XXXX01010112**, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19791**, en semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, au tarif de 17 \$ par heure jusqu'à concurrence de 153 \$ pour une période de 9 heures et plus;
 - le code **19792**, les samedi, dimanche et jour férié au tarif de 21,59 \$ par heure, jusqu'à concurrence de 194,31 \$ pour une période de 9 heures et plus;
- le nombre d'heures réclamées dans la case UNITÉS (jusqu'à un maximum de 9 heures);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement dans la section Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Seules les heures effectuées sur place dans la journée dans un dispensaire ou un point de service désigné sont payables pour ce supplément.

Le *per diem* et, le cas échéant, le supplément rémunèrent la prise en charge de l'ensemble des services cliniques pendant une période de vingt-quatre (24) heures (journée de calendrier). Les services rémunérés en vertu du présent paragraphe doivent comprendre au moins neuf (9) heures de services sur place et ils incluent les services cliniques dispensés pendant une période de garde. Si ces services couvrent une période de moins de neuf (9) heures de services sur place, le médecin est alors rémunéré au prorata en fonction des heures faites sur place relativement à l'exigence de base de neuf (9) heures de services sur place.

Le comité paritaire informe la Régie ainsi que les établissements concernés du nom des dispensaires et points de services désignés aux fins du supplément prévu à l'alinéa b) ci-dessus.

AVIS : Les dispensaires et points de service désignés par le comité paritaire sont identifiés dans l'annexe I de la présente entente particulière. L'annexe I de l'entente particulière n° 32 est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

AVIS : L'établissement principal doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin concerné, cocher Autre entente particulière, inscrire EP – Nunavik (17), Conseil cri (18) et CSSS de la Basse Côte-Nord ainsi que le mode de rémunération *per diem* et inscrire la période couverte par l'avis de service.

Si le médecin assume les fonctions de chef de département et effectue certaines activités médico-administratives en dehors du territoire de la région 18, l'établissement doit le mentionner sur l'avis de service transmis en format papier. En ce qui concerne la région 17, vous référer au texte et aux avis de l'Accord 719.

4.01.2 En sus des modalités de rémunération prévues ci-dessus, le médecin peut facturer, quel que soit le milieu de pratique, une visite auprès d'un patient admis ou inscrit à l'occasion de laquelle il prodigue des services courants. La visite implique toujours un contact avec le patient et des notes consignées au dossier. Elle inclut au besoin la révision du dossier, l'examen du patient, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Le tarif de la visite est de 20 \$ lorsque faite du lundi au vendredi et de 25,40 \$ lorsque faite un samedi, un dimanche ou un jour férié. Une seule visite par patient peut être facturée par un médecin au cours d'une journée. Un maximum de 25 visites peut être facturé par un médecin par jour tous les milieux de pratique confondus.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- dans la section Actes :
 - le code **15662**, en semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié;
 - le code **15663**, les samedi, dimanche et jour férié;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement dans la section Établissement.

4.02 La garde, sur place ou en disponibilité, effectuée par un médecin régi par la présente entente, est rémunérée selon une formule prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits quotidiens. Le montant du forfait est de 129,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 135,30 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : *Utiliser le code d'activité 074095 : Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) et identifier le mode de rémunération per diem comme suit : PD. Dans la case HEURES TRAVAILLÉES, inscrire le nombre de forfaits travaillés.*

4.03 Malgré les paragraphes précédents, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente;

AVIS : *Rémunération à l'acte : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) pour les services médico-administratifs.*

4.04 Lorsque le déplacement du médecin d'une installation à une autre de l'établissement se fait au cours d'une journée où il dispense des services, son temps de déplacement est comptabilisé au même titre que les services cliniques et comptabilisé pour le calcul du *per diem*. Le temps de déplacement n'est pas retenu aux fins du supplément prévu au paragraphe 4.01.1 b) ci-dessus.

4.05 La rémunération versée selon le *per diem* prévu au paragraphe 4.01.1 a) de la présente entente, est sujette à une majoration de 27 % applicable lorsque les services sont dispensés les samedi, dimanche et jour férié tel que prévu au paragraphe 6.01 de l'annexe XX de l'entente générale. La présente disposition s'applique également au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes en appliquant les facteurs de conversion prévus au paragraphe 3.02 de l'annexe XX. La rémunération versée en vertu du paragraphe 4.02 n'est pas sujette à cette majoration.

AVIS : - *Utiliser le secteur de dispensation 36 selon les instructions de facturation à l'annexe XX;*
- *Les activités donnant droit à ces majorations sont celles codées 074030 et 009030 (services cliniques).*

4.06 Le médecin qui ne dispense pas de soins de façon régulière auprès d'un établissement visé par la présente entente et qui n'exerce pas en vertu de l'article 8.00 des présentes, mais qui se trouve sur place et est appelé, exceptionnellement, à dispenser des soins médicaux dans un contexte d'urgence, peut facturer pour les services dispensés selon les conditions de l'entente générale.

5.00 DROITS ACQUIS

5.01 Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes au moment de l'entrée en vigueur de la présente entente ou pour sa pratique précédant son début de pratique dans un territoire visé aux présentes peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique durant les cinq (5) premiers jours de la semaine commençant le lundi. Le cas échéant, les autres jours, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'article 4.00 des présentes;

5.02 Lorsque le médecin est rémunéré, pour une journée, selon le mode des honoraires fixes, sa garde en disponibilité, qui se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services, est rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;

AVIS : *Utiliser les codes d'activité suivants :*

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002081** Garde en disponibilité
- **002094** Garde en disponibilité (points de service)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

5.03 Aux fins de l'application du paragraphe précédent, les vocables « taux normal applicable » signifient le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

5.04 Le comité paritaire tient compte du nombre de médecins qui se prévalent des dispositions du présent article dans la détermination du nombre de *per diem* et de forfaits de garde requis pour la dispensation des services dans le territoire;

5.05 Le comité paritaire prévu à l'article 10.00 des présentes, informe la Régie du nom des médecins qui optent pour le maintien de leur mode de rémunération à honoraires fixes.

6.00 BANQUE DE *PER DIEM* ET DE FORFAITS DE GARDE ET RÉPARTITION

6.01 Sur la base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement du territoire, le comité paritaire détermine, pour chacun des établissements couverts par la présente entente, le nombre maximal de *per diem* et le nombre maximal de forfaits de garde requis pour la dispensation des services visés aux présentes pour une année.

AVIS : La liste des établissements désignés dans cette annexe est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

6.02 La répartition des *per diem* et des forfaits de garde doit se faire par installation de l'établissement par le chef du département clinique de médecine générale ou par celui qui en assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP). Ce dernier en informe le comité paritaire;

6.03 Le DSP transmet au comité paritaire, à chaque trimestre, les données sur l'utilisation effective des *per diem* et des forfaits de garde par installation relevant des établissements visés aux présentes.

7.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

7.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement;

7.02 La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

8.00 DÉPANNAGE

8.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les dispositions de ce même article s'appliquent au médecin visé par le présent article, sous réserve des dispositions suivantes;

8.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès de l'établissement couvert par la présente entente est rémunéré selon le *per diem* prévu au paragraphe 4.01.1 a) ainsi que selon les modalités prévues au paragraphe 4.02 ci-dessus.

Les autres modalités de rémunération prévues aux paragraphes 4.01.1 b) et 4.01.2 ne s'appliquent pas aux services dispensés par ce médecin ainsi que les dispositions relatives aux mesures de continuité apparaissant à l'article 9.00 ci-dessous.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) :

- **Services cliniques** : inscrire le code d'activité **009030** et le mode de rémunération *per diem* comme suit : **PD**;
- **Heures travaillées** : pour fins de facturation, inscrire un **maximum de 9 heures** (forfait : voir les montants sous le paragraphe 4.01.1 a)). Si moins de 9 heures, inscrire les heures réelles travaillées;
- **Forfait de garde** (sur place ou en disponibilité) : inscrire le code d'activité **009095** et le mode de rémunération *per diem* comme suit : **PD** et dans la case HEURES TRAVAILLÉES, inscrire le nombre de forfaits travaillés.

8.03 La période minimale de dépannage est établie à sept (7) jours, incluant le temps de transport. Cette période peut, avec l'autorisation du Ministre, être d'une durée moindre. Il en est ainsi lorsqu'une circonstance exceptionnelle oblige le médecin à abrégé son séjour. Cette circonstance exceptionnelle fait l'objet d'une considération spéciale;

8.04 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement;

8.05 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

9.00 MESURES DE CONTINUITÉ

9.01 Dans les territoires visés par la présente entente particulière, les mesures de continuité suivantes s'appliquent :

Sur une période de cinquante-deux (52) semaines consécutives à partir de sa date d'arrivée, ou date de référence pour les années subséquentes, dans un territoire visé par la présente entente et sur la base du nombre de *per diem* versé;

- a) Le médecin qui a reçu 90 *per diem* pour ses activités professionnelles reçoit un supplément de 74,80 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 100 \$ au 1^{er} janvier 2014 par *per diem* payé;
- b) Le médecin qui a reçu 180 *per diem* pour ses activités professionnelles reçoit un second supplément de 74,80 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 100 \$ au 1^{er} janvier 2014 par *per diem* payé;
- c) Le médecin qui reçoit plus de 180 *per diem* pour ses activités professionnelles reçoit un troisième supplément pour chacun des *per diem* excédant 180 et pour lequel il a reçu le second supplément prévu à l'alinéa b) ci-dessus. Le montant de ce supplément est de 74,80 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 100 \$ au 1^{er} janvier 2014 par *per diem* excédentaire.

Aux fins des présentes, la date d'arrivée est celle de la première date de facturation en vertu de la présente entente. Sous réserve de l'alinéa suivant, toute interruption de pratique dans un territoire visé aux présentes de plus de douze (12) mois signifie la détermination d'une nouvelle date d'arrivée soit celle du retour dans un territoire visé aux présentes. Pour les années subséquentes, cette date devient la date de référence.

Une période d'invalidité totale d'un (1) mois ou plus ou une de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à concurrence de dix-sept (17) mois n'est pas considérée comme une interruption de pratique. Toutefois, cette période n'est pas comptabilisée aux fins des sous-paragraphes a) et b) du présent paragraphe.

AVIS : Si vous êtes concerné par l'une de ces situations, vous devez **aviser** la Régie afin de prolonger votre période de référence; **préciser** qu'il s'agit de l'E.P. du Nunavik et de la Baie-James, la raison de l'absence et de la période couverte; **joindre** les pièces justificatives appropriées. Vous pouvez **transmettre** ces renseignements **par télécopieur** au numéro 418 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

9.02 La date d'arrivée du médecin qui détient une nomination dans l'établissement à la date de prise d'effet de la présente entente particulière est le 1^{er} février 2002;

9.03 La Régie verse les suppléments à date fixe. La première date de versement des suppléments se fait neuf (9) mois suivant la date de mise en vigueur de la présente entente. Par la suite, la Régie effectue le versement des suppléments à tous les six (6) mois;

AVIS : Le médecin n'a pas à facturer ces suppléments. La Régie effectuera les paiements à dates fixes, soit en novembre et en mai de chaque année.

9.04 Les suppléments prévus au présent article sont exclus de l'application de l'annexe XII de l'entente générale.

10.00 NOMINATION À DEMI-TEMPS EN PÉRIODES DISCONTINUES

- a) Le médecin qui est rémunéré selon la présente entente peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.
- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 10.00 a) de la présente entente particulière;
- c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 7.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

AVIS : *L'établissement principal doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin concerné, cocher Autre entente particulière, inscrire la situation d'entente EP – Nunavik (17), Conseil cri (18) et CSSS de la Basse Côte-Nord, préciser qu'il s'agit de l'article 10.00 et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'application et du suivi de la présente entente particulière.

12.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

12.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} février 2002. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 22^e jour de juillet 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - RRSSS NUNAVIK - BAIE JAMES - BASSE CÔTE-NORD

ANNEXE 1

Liste des établissements couverts par l'entente particulière relativement à la rémunération des services professionnels des 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 qui disposent, sur une base annuelle, des per diem et forfaits de garde mentionnés ci-après pour la dispensation des services professionnels visés par l'entente.

AVIS : *La liste des établissements désignés dans cette annexe est disponible sur notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes*

EP - GMF

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES, EN PHASE TRANSITOIRE, AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS LE CADRE D'UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

1.00 INTERPRÉTATION

1.01 Date de départ : signifie la date à compter de laquelle cette entente particulière s'applique aux médecins qui exercent leur profession dans un GMF;

1.02 Dispositif contractuel : signifie une entente de services intervenue entre un GMF et un établissement ou, selon le cas, une convention intervenue entre une agence et un GMF;

1.03 GMF : peu importe l'entité légale visée, signifie un « groupe de médecine de famille »;

1.04 Médecin d'un GMF : médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un GMF et est régi selon les modalités prévues à cette entente;

1.05 Médecin responsable : le médecin qui, pour le compte d'un GMF et des médecins qui y pratiquent leur profession, exerce les pouvoirs qui lui sont dévolus par les médecins de ce GMF, un dispositif contractuel ou cette entente particulière;

1.06 Services du GMF : signifient les services qui, dans le cadre d'un GMF, sont dispensés, coordonnés ou supervisés par les médecins de ce GMF.

2.00 OBJET

2.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un GMF;

2.02 L'annexe I fait état de la liste des GMF désignés aux fins des présentes par le comité paritaire, de leur date respective d'adhésion à cette entente et, par période annuelle d'application donnée, du nombre d'heures alloué ainsi que du nombre de forfaits de garde en disponibilité autorisé.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

3.00 ENGAGEMENT

3.01 Le Ministre et la Fédération conviennent que la mission première d'un GMF est d'assurer, dans le cadre de la prise en charge et du suivi du patient inscrit, un accès plus large à des services médicaux continus de qualité;

3.02 Dans la poursuite de ces objectifs et en considération de la rémunération prévue à cette entente, les médecins d'un GMF s'engagent à assurer collectivement, dans ce cadre, la dispensation des services professionnels fournis par le GMF, notamment ceux décrits à l'annexe II ci-jointe.

4.00 GARANTIE ET OBLIGATION

4.01 Un dispositif contractuel ou une disposition de cette entente particulière ne peut avoir pour effet d'empêcher:

- a) le paiement, par un patient, d'un service non assuré;
- b) le paiement, au bénéfice d'un patient non inscrit, de la dispensation d'un service assuré, selon les dispositions qu'édicte l'Entente;

4.02 Le médecin accepte d'inscrire sa clientèle, conditionnellement à l'accord de celle-ci;

4.03 Nul ne peut invoquer le statut du GMF où un médecin exerce sa profession pour soustraire ce médecin à une exigence prescrite par le DRMG du territoire où est situé ce GMF, ou à une obligation découlant de l'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

5.00 INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE ET ACCEPTATION DU MÉDECIN

5.01 La clientèle visée par l'inscription désigne, aux fins de cette entente particulière, la clientèle régulière qui est celle de ce médecin, à la date de départ qui est celle du GMF dans le cadre duquel il exerce sa profession. Elle comprend également celle qui s'y rajoute par la suite;

5.02 L'acceptation du médecin témoigne de son engagement professionnel vis-à-vis le patient inscrit. Cette acceptation est incluse au formulaire d'inscription et a pour objet exclusif l'obligation professionnelle qu'a le médecin d'agir comme médecin de famille du patient inscrit, en conformité avec les dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec. Le libellé de ce formulaire est reproduit en annexe III des présentes;

5.03 Tout changement apporté à ce formulaire par le Ministre qui aurait pour effet de modifier l'engagement du médecin, ses obligations professionnelles ou ses conditions d'exercice est, aux fins de sa mise en œuvre à l'égard du médecin, sujet à l'accord des parties que sont le Ministre et la Fédération;

5.04 Le médecin ne peut ni effectuer un tri de clientèle, ni refuser d'inscrire un patient, sauf dans les cas où ce tri, ou ce refus, se fonde sur un motif d'ordre professionnel apparaissant au Code de déontologie susmentionné;

5.05 Dans le cas où un patient aurait complété plus d'un formulaire d'inscription ou d'identification du médecin de famille auprès de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire d'inscription porte la date la plus récente.

5.06 Les modalités d'application et de rémunération de l'inscription du patient sont celles de l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle compte tenu des dispositions du paragraphe 8.02 de la présente entente.

6.00 ADMISSIBILITÉ

6.01 Pour se prévaloir des dispositions de cette entente particulière, le médecin doit faire partie d'un GMF qui, accrédité par le ministre, répond aux exigences apparaissant à l'annexe IV des présentes.

7.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

7.01 Dans un GMF, les activités cliniques du médecin sont rémunérées selon les modes de rémunération prévus à l'Entente;

7.02 Par le biais d'une banque d'heures, est également rémunéré, selon le mode du tarif horaire, le temps que le médecin consacre aux activités professionnelles requises par le fonctionnement en GMF. Ces activités comprennent notamment les activités de coordination et de suivi en GMF, les activités interdisciplinaires, les activités de concertation avec les autres intervenants du milieu et, enfin, les activités médico-administratives et de formation reliées au fonctionnement en GMF;

AVIS : *Tarif horaire : Utiliser la demande de paiement 1215 en inscrivant les données suivantes :*

- sous **quantième** : la journée de l'activité;
- sous **mode de rémunération** : le mode **TH**;
- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
- sous **code d'activités** : le code **072101** (Activités de fonctionnement en GMF);
- sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;
- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures;
- sous **total des heures travaillées** : la somme des heures.

7.03 Lorsque le médecin détient une nomination selon le mode des honoraires fixes de la part d'un établissement qui exploite un centre où est situé un GMF, ce médecin peut continuer à se prévaloir de ce mode pour la rémunération des activités professionnelles visées au paragraphe 7.02;

AVIS : - Le médecin qui désire maintenir le mode de rémunération à honoraires fixes pour les activités de fonctionnement GMF doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'assurance maladie par le biais d'une lettre.

- Utiliser la demande de paiement **1216** et le code d'activité **072101** (Activités de fonctionnement en GMF).

7.04 Lorsque requise aux termes d'un dispositif contractuel, la garde en disponibilité est également rémunérée;

7.05 Les activités administratives du médecin responsable sont également rémunérées de la façon prévue à l'article 8.00 ci-après;

7.06 Le médecin responsable transmet au comité paritaire la liste des médecins signataires de la convention de regroupement en GMF. L'inscription du nom d'un médecin sur cette liste tient lieu de nomination et d'autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon les dispositions de cette entente particulière;

7.07 Le médecin responsable doit également aviser le comité paritaire de toute modification apportée à la liste des médecins du GMF et cela, dans la mesure du possible, un mois avant l'arrivée du médecin au GMF ou son départ du GMF.

8.00 RÉMUNÉRATION ET PAIEMENT

8.01 L'activité clinique et professionnelle du médecin exerçant en GMF est, selon le site de ce GMF, rémunérée selon le mode de rémunération qui a cours, selon le cas, en cabinet, en CLSC ou, le cas échéant, en UMF, à la date de départ qui est celle de ce GMF;

AVIS: Tarif horaire et honoraires fixes :

- Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216
- inscrire le code d'activité **072103** (Activités cliniques en GMF).

NOTE : Les activités cliniques en GMF et hors GMF peuvent être facturées sur la même demande de paiement. Les activités de fonctionnement (072101) et les autres activités régulières du médecin peuvent être également facturées sur la même demande de paiement.

8.02 L'annexe V ci-jointe détermine des modalités particulières applicables à la bonification de la rémunération des activités cliniques et pourvoit à la détermination d'une banque d'heures destinée à la rémunération des activités professionnelles visées aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente. Relativement aux mécanismes de contrôle prévus à l'Entente, cette annexe fixe des modalités particulières d'application de ceux-ci à l'égard de certaines rémunérations. Également, elle établit la rémunération du médecin responsable. Enfin, elle détermine certaines modalités relatives à la garantie de revenus du médecin régi selon cette entente particulière;

8.03 Le médecin responsable répartit les heures allouées ainsi que les forfaits accordés pour la garde en disponibilité;

8.04 La rémunération prévue au présent article est versée directement au médecin.

9.00 MÉCANISMES D'ADHÉSION À L'ENTENTE

9.01 Une demande d'adhésion à la présente entente particulière est transmise, au Ministre et à la Fédération, par les médecins d'un GMF;

9.02 Une demande de retrait est transmise, aux mêmes parties, par les médecins d'un GMF;

+ **9.03** Une demande d'adhésion ou de retrait est déferée au comité paritaire visé au paragraphe 9.05, accompagnée des documents pertinents à son étude notamment la convention convenue avec l'agence. Le comité fait ses recommandations aux parties;

9.04 Pour fins d'adhésion à cette entente particulière, ou aux fins du maintien de cette adhésion, le GMF doit satisfaire aux exigences qu'édicte l'article 6.00 de cette entente particulière;

9.05 Aux fins des présentes, les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente;

9.06 En plus de veiller à la mise en œuvre du paragraphe 9.04, il incombe également à ce comité d'assumer les responsabilités suivantes :

- a) informer la Régie du nom du GMF dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée;
- b) déterminer la banque d'heures ainsi que, le cas échéant, le nombre de forfaits de garde en disponibilité;
- c) informer la Régie du nom des médecins rattachés à chacun des GMF inscrit à l'annexe I ci-jointe;
- d) veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.

10.00 RÉORIENTATION

10.01 La désaccréditation d'un GMF par le Ministre emporte la suspension de l'application de cette entente particulière aux médecins du GMF visé;

10.02 Pour permettre la réorientation professionnelle de ces médecins, les conditions de rémunération prévues à l'annexe V de cette entente, incluant celles du médecin responsable, continuent toutefois de s'appliquer aux médecins visés, et ce, pendant une période de six (6) mois;

10.03 La rémunération susmentionnée de la garde en disponibilité est cependant conditionnelle à ce que celle-ci soit, pendant la période de réorientation visée, effectivement assurée.

11.00 DURÉE

11.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} juin 2002;

11.02 Elle demeure en vigueur jusqu'à son remplacement par une autre entente particulière ou, à défaut, jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 4^e jour de novembre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - GMF - ANNEXE I

ANNEXE I

Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible dans notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes

ANNEXE II

À des fins de rémunération et d'adhésion à cette entente particulière, description du contenu minimal des services offerts par un GMF à sa clientèle

I Services de médecine familiale

Services de médecine familiale auprès d'une clientèle ambulatoire de tout âge, comprenant principalement l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé, aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à la condition de santé des personnes, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ces services sont habituellement assurés par le médecin de famille avec la collaboration de l'infirmier(e) ainsi que celle des autres membres du personnel du GMF, dans le contexte d'un cabinet médical, d'un CLSC, d'une unité d'enseignement en médecine familiale ou d'une clinique externe de médecine familiale d'un CHSGS. La prise en charge et le suivi de personnes en perte sévère d'autonomie maintenues à domicile fait partie de l'offre de services du GMF.

II Coordination

Coordination des services de santé au bénéfice des personnes atteintes de pathologies graves ou complexes, nécessitant des soins continus et suivis au bureau du médecin ou à domicile.

III Activités médicales prioritaires

Participation, avec l'ensemble des médecins omnipraticiens du territoire, aux activités médicales reconnues prioritaires par le département régional de médecine générale, selon des modalités arrêtées par ce dernier.

IV Accessibilité

Les services de médecine familiale sont offerts, sur rendez-vous et sans rendez-vous, du lundi au vendredi. Selon les besoins à satisfaire et, compte tenu des effectifs médicaux en place et des services médicaux dispensés par les établissements du territoire, le GMF assure les services sans rendez-vous les samedi, dimanche et journée fériée.

ANNEXE III

Libellé du formulaire d'inscription du patient inscrit

- Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (n° 4096)
- Inscription auprès d'un médecin de famille (n° 4107)
- Renseignements sur les groupes de médecine de famille (n° 4095)

AVIS : Lors de l'inscription du nouveau patient dans le GMF, vous pouvez lui remettre une copie des formulaires n° 4107 et n° 4095 avec le formulaire d'inscription n° 4096, afin de l'aider dans sa prise de décision. **Vous devez conserver l'original** du formulaire n° 4096 **dûment signé** par les deux parties dans le dossier du patient et lui en remettre une copie. L'inscription doit être transmise à la Régie **uniquement par les services en ligne** en passant par la bannière Inscription de la clientèle des professionnels de la santé ou par l'inscription B2B. Ces formulaires sont également disponibles dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca section Formulaires.

Pour l'inscription d'un patient identifié comme patient vulnérable, veuillez vous référer à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle. Vous pouvez consulter les formulaires mentionnés ci-dessus à l'annexe I de cette entente particulière.

Si vous adhérez à un GMF ou si vous quittez un GMF pour vous joindre à un autre GMF et que vous conservez votre clientèle déjà inscrite, vous ne devez pas faire signer un formulaire n° 4096 ou réinscrire ces patients. Vous devez faire une modification du lieu de suivi de ces inscriptions afin de les associer au GMF. Vous pouvez procéder à cette modification en passant par l'application en ligne ou, si plusieurs inscriptions doivent être modifiées, faire une demande de changement massif de lieu de suivi, par lettre, en prenant soin de préciser la date du changement, le nom du GMF et le site concerné. Cette lettre peut être transmise par la poste ou par télécopieur au :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110

ANNEXE IV

À des fins d'adhésion à cette entente particulière, contenu d'un dispositif contractuel

Convention (agence/GMF)

Cette convention doit, en terme de contenu, obligatoirement comprendre des stipulations portant sur les questions suivantes :

- reconnaissance de l'autonomie juridique du GMF (sous réserve des discussions entourant la détermination future du statut juridique du GMF sis en établissement);
- reconnaissance de l'autonomie du cabinet privé;
- reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF à l'égard du personnel infirmier faisant l'objet d'un prêt de personnel, par entente de services ou autrement;
- obligation du GMF en ce qui a trait à l'offre collective de services, notamment le contenu minimal du panier de services offerts par un GMF à sa clientèle;
- obligation de l'agence envers le GMF, notamment en ce qui a trait à l'octroi des ressources, financières, informatiques ou autres, adéquates;
- processus de médiation en cas de différend;
- processus d'arbitrage en cas de différend;
- mécanisme de résiliation.

Entente de services

Une entente de services avec un CLSC ou, le cas échéant, un centre hospitalier doit, en terme de contenu, contenir des stipulations ayant pour objet la reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF à l'égard du personnel, infirmier faisant l'objet d'un prêt de personnel, par entente de services ou autrement.

A - EP - GMF - ANNEXE V

ANNEXE V

Modalités de rémunération

I. Bonification de la rémunération

- + Au bénéfice du médecin du patient inscrit, un forfait de prise en charge et de suivi est ajouté à la rémunération de base applicable au médecin en vertu de l'Entente. Ce forfait est le même que le médecin exerce en cabinet, en CLSC ou en UMF (CH). Le montant du forfait est de 8,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 8,95 \$ au 1^{er} juin 2013. L'année d'application est l'année civile. Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois par GMF et par patient, lors de la première visite du patient accompagnant ou suivant son inscription et, par la suite, lors de la première visite de l'année civile suivante. Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit à nouveau auprès d'un autre médecin du GMF, le forfait lié à cette autre inscription n'est payable que lors d'une visite faite durant l'année civile suivant la rémunération du forfait antérieurement versé.

AVIS : Ce forfait peut être facturé **uniquement** s'il est supporté par le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF (n° 3876) **ou, depuis le 31 mai 2010, par le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (n° 4096) (remplace le n° 3876), nouveau patient seulement). Le formulaire doit être dûment rempli et signé par le médecin et la personne assurée (ou son représentant) et déjà transmis à la Régie (ou transmis au plus tard 90 jours après la date de l'examen ou de la thérapie donnant effet à l'inscription)⁽¹⁾. De plus, la date de signature doit correspondre (ou être antérieure) à la date de facturation du forfait.**

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée
- le code d'acte **08875** dans la section Actes
- les HONORAIRES selon le tarif en vigueur à la date du service (**soumis à la rémunération différente**)
- le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet (54XXX, 55XXX ou 57XXX), CLSC (9XXX2 ou 8XXX5) ou UMF-CH (4XXX1). Si la prise en charge ne peut être faite qu'à domicile, veuillez utiliser le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF.

(1) Un nouveau GMF ne disposant pas des installations requises peut s'adresser au Centre d'information et d'assistance aux professionnels pour obtenir une extension au délai de 90 jours.

II. Banque d'heures

La banque d'heures destinée à la rémunération des activités visées aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente particulière est déterminée selon les paramètres généraux suivants :

- activités professionnelles requises pour le fonctionnement en GMF :
 - octroi, par médecin ETP, d'une demi-journée par semaine, soit trois (3) heures/semaine.

III. Garde en disponibilité

a) Modalités de rémunération

- + La garde en disponibilité est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait par quart de huit (8) heures de garde, additionné à la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait est de 61,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 64 \$ au 1^{er} juin 2013.

Pour donner droit à la rémunération prévue au paragraphe précédent, la garde en disponibilité doit être assurée tous les jours de la semaine, en horaires défavorables. Cependant, elle n'est rémunérée qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant 24 h ainsi que les journées fériées de 0 h à 24 h.

AVIS: *Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :*

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19016** dans la section Actes;
- le nombre de **forfaits** dans la case UNITÉS (1 ou le nombre de gardes concomitantes);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement : cabinet (54XXX, 55XXX ou 57XXX), CLSC (9XXX2 ou 8XXX5) ou UMF-CH (4XXX1);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) Garde concomitante

Lorsque les circonstances l'exigent, notamment à cause de l'étendue du territoire qu'il doit couvrir, un GMF peut se voir allouer, par le comité visé à l'article 9.00, pour une même journée donnée, plus d'un forfait par quart de huit (8) heures de garde en disponibilité. Dans ce cas, la convention liant l'agence et le GMF doit prévoir que, pour une même journée donnée, des gardes en disponibilité peuvent être assurées de façon concomitante.

IV. Mécanismes de contrôle

Les parties conviennent de ce qui suit, savoir :

- a) en faisant les adaptations appropriées, appliquer les règles de cumul édictées par le paragraphe 5.08 de l'annexe XIV de l'Entente à la rémunération des activités professionnelles visées à la section II de cette annexe comme si celles-ci avaient été effectuées pour le compte d'un établissement;
- b) pour l'exercice des activités professionnelles visées à la section II de cette annexe, jusqu'à concurrence de deux cent vingt (220) heures par année, consentir et octroyer un dépassement spécifique au bénéfice du médecin qui a atteint le maximum prévu aux paragraphes 5.02 ou 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente ou au troisième alinéa du paragraphe 15.01 de l'Entente;

AVIS: *Veillez utiliser le code d'activité mentionné au point 7.02 et 7.03.*

- c) assujettir à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale la rémunération versée pour les activités professionnelles visées aux sections I, II, III, VI et VII.

V. Garantie de rémunération

Pendant une période annuelle d'application couverte par cette entente particulière, le niveau de la rémunération du médecin d'un GMF pour ses activités cliniques est maintenu, et ce, comparativement au niveau de la rémunération découlant de la pratique clinique antérieure de ce médecin. L'octroi de ce bénéfice est conditionnel au maintien de la charge de travail clinique que ce médecin assume dans le cadre de sa pratique en GMF. Cette garantie est établie par référence à la moyenne de la rémunération qui a été constatée, en cabinet, pendant les deux années qui ont précédé la date de départ qui est spécifique au GMF dans le cadre duquel le médecin exerce sa profession.

Si, dans une période annuelle d'application donnée, une baisse du niveau de la rémunération des activités cliniques du médecin est constatée malgré le maintien de la charge de travail clinique de ce médecin, le cas de celui-ci est référé, par la Fédération, au comité paritaire prévu à l'article 9.00 de cette entente. Après avoir donné au médecin l'occasion de se faire entendre, le comité transmet aux parties ses recommandations et, s'il y a lieu, propose à celles-ci les modalités de compensation appropriées.

Dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont dévolus aux fins de la présente section, le comité paritaire tient compte de tout facteur qu'il juge pertinent, parmi lesquels les besoins à satisfaire, la population à desservir et l'offre de services du GMF, en regard notamment du profil de pratique, passé et présent, du médecin.

Aux fins des présentes, la période comprise entre la date de la demande requérant l'intervention du comité visé aux présentes et celle à laquelle celui-ci fait ses recommandations aux parties, n'entre pas dans le calcul des délais prévus à l'article 24.00 de l'Entente.

VI. Rémunération du médecin responsable

- + Les fonctions de médecin responsable d'un GMF sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule prévoyant, sur base hebdomadaire, le versement d'un montant forfaitaire. Ce montant forfaitaire est de 367,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 383,40 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS: Ce forfait peut être facturé **uniquement** par un médecin **identifié au comité paritaire** comme médecin responsable (ou co-responsable). **Ce forfait ne peut être réclamé plus d'une fois par GMF du lundi au dimanche.**

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19017** dans la section Actes;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code **identifiant le site du GMF** dans la case ÉTABLISSEMENT;
- la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche);

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

VII. Clientèles vulnérables

Le processus d'inscription des patients vulnérables visés par les dispositions de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est soumis aux modalités d'inscription prévues à la présente entente.

*EP - PROVISOIRE - CLIENTÈLES VULNÉRABLES***ENTENTE PARTICULIÈRE PROVISOIRE****RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE ET AU SUIVI DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, de façon provisoire, au médecin qui dispense des services auprès d'une clientèle vulnérable au sens du paragraphe suivant;

1.02 Aux fins de la présente entente, un patient fait partie de la clientèle vulnérable s'il répond à une ou plusieurs des exigences suivantes:

- a) Il est âgé de 70 ans ou plus;
- b) Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes:
 - Psychoses ou sevrage de drogues dures ou d'alcool;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme modéré ou sévère, pneumopathies professionnelles;
 - Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
 - Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
 - Diabète avec complication d'organe cible;
 - Toxicomanie sous traitement à la méthadone;
 - VIH / SIDA;
 - Maladies dégénératives du système nerveux central.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

3.01 Pour se prévaloir des dispositions de la présente entente, le médecin doit avoir été identifié par le patient qui répond aux conditions décrites au paragraphe 1.02 ci-dessus comme étant son seul médecin de famille régulier au moyen du formulaire d'identification apparaissant en annexe des présentes.

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

4.01 Les activités rémunérées, de façon spécifique, par les dispositions de la présente entente sont celles découlant d'une prise en charge et d'un suivi plus complets du patient visé aux présentes notamment par des relances plus fréquentes, par des interventions multi-disciplinaires, par une meilleure coordination avec les ressources institutionnelles ou autres du milieu ou par des démarches complémentaires, laboratoires, consultations etc.

5.00 RÉMUNÉRATION ET PAIEMENT

5.01 Sur la base des modalités de rémunération qui s'appliqueront dans le cadre des dispositions permanentes soit:

- pour le médecin qui exerce en cabinet, le versement d'un forfait de responsabilité de 7,00 \$ à l'occasion d'un examen fait, en cabinet ou à domicile, auprès d'un patient visé aux présentes;
- pour le médecin qui exerce en établissement (CLSC ou UMF-CH), un forfait de responsabilité annuel de 15 \$ pour un patient visé aux présentes versé à l'occasion d'un examen;

Un forfait est versé, dans l'année 2003-2004, en tenant compte du nombre d'identifications par le patient accumulées au 1er avril 2003 et, pour le médecin qui exerce en cabinet, du nombre d'examen faits auprès du patient qui l'a identifié comme médecin de famille à compter de la date d'identification;

AVIS : Cette entente provisoire a pris fin le 31 mars 2003 et a été remplacée par celle présentée dans la page suivante.

5.02 La date d'identification du médecin de famille par le patient est la date apparaissant sur le formulaire d'identification dûment complété par le patient et par le médecin;

5.03 Un médecin qui exerce en cabinet et en établissement ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions s'appliquant pour les services dispensés en cabinet et pour ceux dispensés en établissement. Dans le cas où deux formulaires d'identification sont complétés, la Régie retient le formulaire qui porte la date d'identification la plus récente. La même règle prévaut pour le médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF (cabinet ou établissement) et qui exerce dans un cabinet ou établissement hors GMF et qui aurait complété, pour un même patient, un formulaire d'inscription et un formulaire d'identification.

5.04 Dans le cas où un patient a complété plus d'un formulaire d'identification de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire d'identification porte la date la plus récente.

6.00 DURÉE

6.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} janvier 2003 et se termine le 31 mars 2003

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^e jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

*EP - CLIENTÈLES VULNÉRABLES***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE ET AU SUIVI DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination des règles applicables au médecin qui dispense des services auprès d'une clientèle vulnérable présentant une condition complexe ou nécessitant de plus longues évaluations, des relances plus fréquentes et des interventions multidisciplinaires, ou des démarches complémentaires : labo, consultations, service social, etc.;

1.02 Aux fins de la présente entente, un patient fait partie de la clientèle vulnérable s'il répond à une ou plusieurs des exigences suivantes:

- a) Il est âgé de 70 ans ou plus;
- b) Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes :
 - Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
 - Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
 - Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
 - Diabète avec atteinte d'organe cible;
 - Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
 - VIH / SIDA;
 - Maladies dégénératives du système nerveux central.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

3.01 *ABROGÉ par l'Amendement n° 85;*

3.02 *ABROGÉ par l'Amendement n° 85;*

3.03 Pour se prévaloir des dispositions de la présente entente, le médecin doit avoir été identifié par le patient comme étant son médecin de famille qui assure la prise en charge et le suivi des soins requis par son état de santé incluant, le cas échéant, les examens périodiques;

3.04 N'est pas présumé répondre aux critères prévus au paragraphe 3.03 le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels;

3.05 L'identification du médecin de famille par le patient se fait au moyen du formulaire prescrit par les parties apparaissant à l'annexe I des présentes.

AVIS : *En GMF, vous ne pouvez vous prévaloir des dispositions de la présente entente. Voir section VII de l'Annexe V de l'E.P. GMF.*

Hors GMF, veuillez remplir et transmettre le formulaire Internet n° 3889 ou une Demande de paiement - médecin n° 1200 (papier ou informatique). **Important :** Vous devez conserver un exemplaire de formulaire n° 3889 dûment signé par les deux parties pour chacun de vos patients identifiés à la Régie que vous utilisiez le formulaire Internet n° 3889 ou le formulaire n° 1200.

Instructions pour l'identification à la RAMQ via le formulaire n° 1200 (Clientèle vulnérable) :

- Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- Inscrire sur la première ligne de la section ACTES les éléments suivants :
 - La date d'inscription dans les champs généralement utilisés pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire n° 3889 par la personne assurée (ou son représentant).
 - Une seule des valeurs comprises entre 99500 et 99509 dans le champ CODE en vous référant au tableau plus bas.
 - La valeur 1 dans le champ R (pour rôle).
 - La valeur 0 dans le champ HONORAIRES.
- Ne rien inscrire sur les deux autres lignes de la section ACTES. Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement. Si vous le faites, cela entraînera la coupure de ces services ou forfaits à l'état de compte ET l'annulation de l'identification.
- Ne rien inscrire dans la section VISITES.
- Inscrire zéro dans la section TOTAL (pour total des honoraires).

CODE D'ACTE	CONDITION D'ADMISSIBILITÉ ASSURÉE	ÉTATS PATHOLOGIQUES CORRESPONDANT À LA CONDITION D'ADMISSIBILITÉ
99500	01	Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme de psychoses
99501	02	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient présentant un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.
99502	03	Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS).
99503	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
99504	05	Diabète avec atteinte d'organe cible.
99505	06	Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone.
99506	07	VIH/SIDA
99507	08	Maladies dégénératives du système nerveux central.
99509	99	Personne de 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états pathologiques précédents.

IMPORTANT :

Si la personne assurée présente l'un des états pathologiques numérotés de 01 à 08, vous devez inscrire le code d'acte qui correspond à cette condition d'admissibilité, peu importe son âge.

Si la personne assurée ne présente aucun des états pathologiques numérotés de 01 à 08, vous devez inscrire le code d'acte correspondant à l'une ou l'autre des conditions d'admissibilité reliées à l'âge de la personne assurée (98 ou 99).

Lorsque la condition d'un enfant de 0 à 5 ans passe du code 98 à l'un des états pathologiques numérotés de 01 à 08, veuillez :

- procéder à une nouvelle identification à la Régie en acheminant un nouveau formulaire n° 1200 (papier ou informatique) ou en transmettant un formulaire n° 3889 dynamique via Internet. La date d'identification à inscrire est celle de la date de prise d'effet de la condition pathologique. Prière d'inscrire le code relié à la pathologie du patient sans répéter celui relié à l'âge.*
- ajouter le code de pathologie et sa date de prise d'effet sur votre formulaire papier n° 3889 signé antérieurement par votre client et conservez-le pour vos dossiers.*

Même procédure pour une personne de 70 ans ou plus qui passerait du code 99 à l'un des états pathologiques numérotés de 01 à 08.

Ne jamais inscrire plus d'un code compris entre 99500 et 99509 pour une même personne assurée.

REMARQUES :

Les formulaires n° 1200 servant à l'identification de la clientèle vulnérable et/ou âgée de 0 à 5 ans ne feront pas l'objet de frais de 0,50 \$ de traitement et ne paraîtront pas à votre état de compte.

Si vous nous les transmettez informatiquement, vous pouvez le faire dans le même lot que vos demandes de paiement régulières. Vous devrez OBLIGATOIREMENT consulter votre rapport d'erreurs car c'est ainsi que la Régie vous indiquera si votre demande d'identification a été rejetée. Vous pourrez la soumettre à nouveau avec les corrections appropriées pour finaliser le tout. Veuillez noter que les demandes d'identification acceptées ne figureront pas au rapport d'erreur.

Si vous nous les acheminez par courrier, vous pouvez les expédier seules ou en même temps que vos formulaires n° 1200 réguliers. Vous serez avisé par courrier des erreurs détectées sur vos demandes d'identification et devrez les soumettre à nouveau.

4.00 RÈGLES D'APPLICATION

4.01 Un médecin qui exerce en cabinet et en établissement ne peut se prévaloir, pour un même patient, des deux forfaits prévus aux dispositions des paragraphes 5.01 et 5.02 de la présente entente.

Il doit opter pour l'un ou l'autre desdits forfaits. Il peut, le cas échéant, modifier son option durant l'année civile suivant la rémunération du forfait prévu au paragraphe 5.01 ou 5.02.;

4.02 Un médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) et dans un cabinet ou établissement non reconnu comme un GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions de la présente entente et des dispositions de l'entente particulière relative aux GMF s'appliquant en phase transitoire. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des ententes particulières.

Dès que le médecin opte pour l'entente particulière s'appliquant, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, cette option prévaut à moins que le médecin se retire du GMF;

4.03 Dans le cas où un patient aurait complété plus d'un formulaire d'identification de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire d'identification porte la date la plus récente.

5.00 MODALITÉS DE PAIEMENT DU FORFAIT

5.01 Le médecin qui exerce en cabinet reçoit à l'occasion d'un examen fait en cabinet ou à domicile le forfait de responsabilité suivant :

- 9,00 \$ à chaque examen;

AVIS : *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code d'acte **08894** doit être inscrit dans la section ACTES.

5.02 Le médecin qui exerce en CLSC ou en UMF-(CH) reçoit, à l'occasion d'un examen, le forfait de responsabilité de 22,00 \$. Ce forfait ne peut être facturé qu'une fois par année civile.;

AVIS : *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code d'acte **08895** doit être inscrit dans la section ACTES.

*Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3** ou s'il s'agit d'un CLSC, indiquer **9XXX2** ou **8XXX5** dans la case établissement.*

5.03 Le médecin qui exerce en CLSC ou en UMF-CH doit fournir à la Régie de l'assurance maladie du Québec selon les modalités déterminées par le comité paritaire, la date des visites du patient visé par la présente entente.

6.00 ÉVALUATION

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente est responsable du suivi de la présente entente particulière. Il a la responsabilité notamment :

- d'en évaluer annuellement les dépenses encourues et qui sont reliées aux conditions d'admissibilité prévues par les dispositions des articles 1.00 et 3.00 des présentes;
- de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} avril 2003. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - CLIENTÈLES VULNÉRABLES

ANNEXE 1

AVIS : Cette annexe est **abrogée** par l'**Amendement 95**.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE (Formulaire n° 3889)

Régie de
l'assurance maladie

Québec

Identification du médecin de famille

Clientèles vulnérables et examen
médical périodique des enfants
entre 0 et 5 ans inclusivement

IMPRIMER LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE ICI

Remplir en lettres majuscules

Identification de la personne assurée Remplir cette section ou imprimer la carte d'assurance maladie ci-dessus.

Nom de famille à la naissance				Prénom usuel			
Numéro d'assurance maladie		Date de naissance		Sexe			
		Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Déclaration de la personne assurée

J'identifie le professionnel de la santé mentionné ci-dessous comme mon unique médecin de famille et annule, le cas échéant, toute identification antérieure.

Signature _____ Date _____

Année Mois Jour

Identification du représentant de la personne assurée de moins de 14 ans ou inapte

Nom du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur, du mandataire ou du curateur _____ Prénom usuel _____

Le représentant agit à titre de : Titulaire de l'autorité parentale Tuteur Mandataire Curateur

Dans le cas d'un enfant de moins d'un an sans carte, inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère. Numéro d'assurance maladie _____

Signature _____ Date _____

Année Mois Jour

Code _____

Identification du médecin de famille

Nom _____ Prénom usuel _____ Numéro de pratique _____

J'accepte, conformément à mon code de déontologie, d'être le médecin de famille de la personne assurée identifiée ci-dessus.

Signature _____

Un seul formulaire doit être complété pour la prise en charge et toute la durée du suivi par le médecin, sauf dans le cas d'un changement de code pour un enfant entre 0 et 5 ans inclusivement.

Transmettre à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500, Terminus postal
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : (418) 646-8110

ANNEXE I (suite)**IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE - Verso** (Formulaire n° 3889)**IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE**
Clientèles vulnérables et examen médical périodique
des enfants entre 0 et 5 ans inclusivement

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu d'une entente qui vise à faciliter la prise en charge et le suivi des clientèles dites *vulnérables* et le suivi périodique des enfants entre 0 et 5 ans inclusivement.

Dans le cadre de cette entente, votre médecin doit vous demander de compléter le présent formulaire. Celui-ci vous permet d'identifier votre médecin de famille, celui qui vous prend en charge et qui assure le suivi de votre dossier, en d'autres termes, votre médecin habituel.

Voici les conditions pour pouvoir remplir ce formulaire. Aux fins de la prise en charge et du suivi des clientèles vulnérables, vous devez

- avoir 70 ans ou plus;
- ou avoir entre 6 et 69 ans, et vous trouver dans une situation qui répond à certains critères prévus à l'entente (ce que seul votre médecin a le droit de déterminer);
- et, **dans les deux cas**, posséder une carte d'assurance maladie valide.

Aux fins de l'examen médical périodique de l'enfant, ce dernier doit

- avoir entre 0 et 5 ans inclusivement;
- et, à partir d'un an, posséder une carte d'assurance maladie valide.

Vous devez identifier comme **votre médecin de famille** un seul médecin omnipraticien. Vous pouvez cependant changer de médecin de famille si vous le désirez. Pour ce faire, vous n'avez qu'à signer un nouveau formulaire chez le médecin que vous voulez identifier comme votre médecin de famille. Vous ne devez pas vous adresser à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour effectuer ce changement.

Signer ce formulaire n'a pas pour effet de vous empêcher de consulter d'autres médecins omnipraticiens ou spécialistes et vous demeurez libre de signer ou non le formulaire.

AVIS : Pour les codes d'état pathologique, veuillez vous référer à l'avis figurant sous l'article.

*EP - CHEF DU SERVICE D'URGENCE (CHSGS)***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN CHEF DU SERVICE D'URGENCE D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITANT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin chef du service d'urgence d'un établissement et, le cas échéant, de celui qui l'assiste;

1.02 Est considéré admissible à la présente entente tout centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui répond aux conditions suivantes :

- a) Il opère un service d'urgence ouvert 24 heures par jour, tous les jours de la semaine;
- b) Il dispense des services en anesthésie et en chirurgie;

1.03 Exceptionnellement, malgré le sous-paragraphe 1.02 b), l'installation d'un établissement qui opère un service d'urgence distinct et qui ne dispense pas de services en anesthésie et en chirurgie peut, avec l'approbation du comité paritaire, être admissible à la présente entente si le chef du département de médecine générale de l'établissement n'est pas déjà rémunéré en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale ou n'assume pas la responsabilité du service d'urgence de l'installation.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives du chef du service d'urgence couvertes par la présente entente sont analogues à celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). L'annexe I des présentes décrit ce que peuvent être les activités d'un chef de service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste;

3.02 Est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à la participation du chef du service d'urgence aux activités reliées à l'organisation des services d'urgence de la région par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Le montant du forfait hebdomadaire est de 64,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19040** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

4.02 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le groupe auquel il appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré. Le nombre de forfaits alloués, par groupe, est le suivant :

- Établissement (ou installation) du groupe I : 520 forfaits par année
- Établissement (ou installation) du groupe II : 312 forfaits par année
- Établissement (ou installation) du groupe III : 208 forfaits par année

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un service d'urgence et un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dispensant des services en anesthésie et en chirurgie, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

L'annexe II de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

4.03 Sous réserve du paragraphe 4.04, dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du service d'urgence.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un médecin assume la fonction de chef de l'ensemble des services d'urgence, le pourcentage du nombre de forfaits attribué à ce médecin est d'au moins 35 %.

4.04 Dans le cas où le chef du service d'urgence ou le médecin qui l'assiste n'est pas un médecin omnipraticien ou n'est pas couvert par l'entente générale des médecins omnipraticiens, le nombre de forfaits alloués en vertu de la présente entente est réévalué par le comité paritaire qui doit tenir compte notamment, de l'importance de la participation des médecins omnipraticiens à la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement;

4.05 Tout médecin qui se prévaut des dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale ne peut se prévaloir de plus de 50 % des forfaits alloués à l'établissement en vertu du présent article;

4.06 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef du service d'urgence ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions de la présente entente.

AVIS : L'établissement doit informer la Régie de l'identité du médecin concerné en transmettant un avis de service à la Régie; ne pas inscrire d'heure puisqu'il s'agit d'un forfait hebdomadaire; indiquer l'entente particulière : chef du service d'urgence et préciser la période pour laquelle l'avis de service est en vigueur.

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} janvier 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette entente particulière est remplacée par l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement (n° 50) en date du 1^{er} avril 2015 à la suite de l'Amendement n° 138.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - CHEF DU SERVICE D'URGENCE (CHSGS)

ANNEXE I

Activités du chef du service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste

Coordonner les activités professionnelles des membres du service d'urgence :

- Organisation du travail dans les différentes aires de travail (choc, civières, clientèles ambulatoires);
- Rédaction des politiques et procédures du service d'urgence et s'assurer de leur application;
- Participation à la préparation du plan des mesures d'urgence.

Gérer les biens et les espaces en lien avec le service d'urgence.

Surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans le service d'urgence.

Planifier les activités de formation médicale continue.

Établir les règles d'utilisation des ressources et voir au respect de ces règles.

Établir des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments.

Établir et gérer la liste de garde.

Travailler en collaboration avec le directeur des services professionnels ou le coordonnateur de l'urgence en vue de s'assurer de la distribution appropriée des soins dans le service d'urgence (gestion courante de la fluidité de la circulation des patients) et faire des recommandations.

Collaborer avec le gestionnaire infirmier dans l'organisation de la formation du personnel infirmier du service d'urgence.

Nommer et encadrer les responsables des dossiers prioritaires du service d'urgence : relations interdépartementales, politiques et protocoles définissant le rôle de chaque département et service avec le service d'urgence, structure de soutien afin d'assurer un bon fonctionnement de la gestion de l'information, représentation du service d'urgence dans les comités de l'hôpital en lien avec le service d'urgence.

Participer aux activités des comités hospitaliers en lien avec le service d'urgence.

Voir au maintien des effectifs médicaux dans le service d'urgence et superviser le recrutement.

Soumettre un rapport annuel d'activités.

ANNEXE II

Établissements admissibles à l'entente particulière relative à la rémunération du chef d'urgence

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

ABROGÉE

EP - PREM

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM)

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Dans le cadre des dispositions qu'édictent l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29) et l'article 377.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) la présente entente particulière a pour objet de déterminer conventionnellement certaines modalités permettant d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.00 AVIS DE CONFORMITÉ

3.01 Sauf exception conformément au paragraphe 3.10 des présentes, tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie peut présenter une demande visant à obtenir du département régional de médecine générale (DRMG) d'une agence de la santé et des services sociaux un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire de cette agence.

3.02 Compte tenu du nombre de postes fixé par le ministre en vertu de l'article 377 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) et sous réserve des paragraphes 3.04, 3.05 et 3.06 un médecin ne peut obtenir un avis de conformité au PREM applicable dans un territoire d'une agence que si ce plan n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre aux termes de ce même article de la Loi.

Aux fins de l'application de l'alinéa précédent, est considéré comme ayant une pratique dans une autre région au sens de l'article 377 de la LSSS celui qui a exercé, dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, selon les conditions apparaissant à l'annexe IV des présentes.

3.03 De plus, tout médecin, pour obtenir un avis de conformité au PREM d'un DRMG d'une agence, doit s'engager auprès du DRMG à effectuer, dans le territoire de cette agence, 55 % et plus de sa pratique totale, en termes de journées de facturation, dans le cadre du régime d'assurance maladie.

3.04 Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région dès lors qu'il vient d'un territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé au sens de l'annexe XII de l'entente générale où il a exercé pendant une période continue d'au moins trois ans et que, de plus, il s'engage à effectuer dans la région visée 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation. Aux fins des présentes, une pratique est dite continue si elle rencontre les critères énoncés à l'article 4 de l'annexe XII de l'Entente.

3.05 À compter de la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, le médecin qui débute sa pratique en vertu d'un avis de conformité dûment délivré, dans l'un des territoires, ou parties de ceux-ci, inscrits à l'annexe I de la présente entente, peut, à l'expiration d'une période continue de cinq (5) ans, obtenir un avis de conformité délivré par le DRMG d'une autre région, et ce, malgré que le PREM de cette dernière région ait été atteint.

Pour se prévaloir du présent paragraphe, le médecin doit avoir complété, annuellement, durant cette période, 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation. Il doit, de plus, s'engager à effectuer dans la région où il veut s'installer 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journée de facturation. Les parties, par accord, désignent les territoires, ou partie de ceux-ci, sur recommandation du comité paritaire. Elles peuvent, de la même manière, modifier l'annexe I pour en retirer, y substituer ou y ajouter des territoires ou parties de ceux-ci.

3.06 Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région, dès lors que, d'une part, il détient depuis 20 ans et plus son permis de pratique du Collège des médecins du Québec et que, d'autre part, il s'engage à y effectuer 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation.

3.07 Aux fins des présentes, le calcul de la répartition de la pratique du médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se calcule sur la base des journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, et ce, par territoire d'une agence.

Le nombre de journées de facturation par territoire se calcule sur une base annuelle ou, pour des parties d'année, selon la date de délivrance de l'avis de conformité. L'année d'application au sens de la présente entente est du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante. Une journée de facturation dans une région, aux fins des présentes, n'est comptabilisée que si la facturation est supérieure à 200 \$.

Ne sont considérés, aux fins de l'application du présent paragraphe, que les services dispensés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec.

N'entrent pas dans le calcul de la répartition de la pratique du médecin, les journées de facturation effectuées auprès d'une instance à vocation nationale reconnue par le Ministre ou dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

3.08 La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 8.00 et 9.00 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence concernée et au comité paritaire prévu aux présentes.

3.09 Un médecin peut demander par écrit au comité paritaire une suspension de son avis de conformité pendant une période maximale d'un an, et ce, pour l'une ou l'autre des raisons ci-après énumérées :

- a) S'il désire exercer dans une autre région pour poursuivre des études de niveau universitaire à temps plein ou pour toute autre raison laissée à l'appréciation du comité paritaire. Dans ce cas, le nombre total de journées que pourra facturer le médecin ne devra pas, pour l'année ou la partie d'année en cause, dépasser 45 % du nombre total de journées de facturation de ce médecin au cours de l'année, ou partie équivalente d'année, précédant le début de l'année de suspension d'avis de conformité.

Dans le cas où la région visée est désignée en vertu de l'article 7.00 des présentes, le comité paritaire peut accorder au médecin une dérogation à l'application des modalités prévues à ce dernier article.

- b) S'il cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie.

Le comité paritaire, après avoir consulté le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient son avis de conformité, répond par écrit à ce dernier dans les soixante (60) jours de la réception de la demande. Il envoie également copie de cette réponse au DRMG consulté.

Dans le cas où un médecin cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie pour une période plus longue qu'une année, le comité paritaire peut prolonger la suspension de l'avis de conformité si les activités du médecin, pendant cette période, sont considérées comme reliées à la dispensation ou à l'organisation des services médicaux.

3.10 Le médecin résident qui détient un permis d'exercice régulier ou qui détient un permis d'exercice restrictif de résident peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans avis de conformité au PREM d'une région ou d'une dérogation en tenant lieu. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des activités médicales particulières proposées par le DRMG de la région.

L'autorisation est accordée par le DRMG de la région où sont effectuées les activités médicales. La période pendant laquelle le médecin se prévaut de la présente disposition n'est pas retenue aux fins de l'application des dispositions des paragraphes 3.02 et 3.04 de la présente entente.

Dans le cas d'activités médicales effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage, l'autorisation est accordée par le comité paritaire responsable de l'entente particulière relative au PREM. Le comité paritaire en informe la Régie.

Aux fins de l'application de la présente disposition, l'autorisation est accordée par le DRMG ou le comité paritaire, selon le cas, pour une période d'un an et est renouvelable tant que le statut de résident est maintenu. Le DRMG avise la Régie et le comité paritaire des autorisations qu'il a émises en vertu du présent paragraphe.

4.00 ACTIVITÉS EFFECTUÉES AUPRÈS D'UNE INSTANCE À VOCATION NATIONALE OU DANS LE CADRE DU MÉCANISME DU DÉPANNAGE

4.01 Un médecin dont les activités dans le cadre du régime d'assurance maladie s'effectuent exclusivement auprès d'une instance à vocation nationale reconnue par le Ministre, ou exclusivement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente, doit obtenir du comité paritaire une dérogation au paragraphe 3.01 des présentes. Cette dérogation tient lieu d'avis de conformité.

4.02 Le médecin qui détient un avis de conformité en vertu du paragraphe précédent respecte son avis de conformité tant qu'il maintient une pratique exclusive dans les activités visées au paragraphe précédent.

4.03 Aux fins de l'application du paragraphe précédent, une pratique est considérée comme exclusive lorsqu'elle comprend 95 % et plus de la totalité des journées de facturation du médecin au cours d'une année d'application.

4.04 Les dispositions de la présente entente applicables au médecin qui détient un avis de conformité s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, au médecin visé par le présent article.

4.05 Le médecin visé au présent article en ce qui a trait aux activités faites auprès d'une instance nationale peut obtenir l'autorisation du Ministre, après consultation du comité paritaire et du DRMG duquel le médecin détient son avis de conformité au début de sa pratique dans les activités visées au présent paragraphe, de maintenir la validité de cet avis de conformité. Cette autorisation est accordée pour une période pouvant aller jusqu'à deux (2) ans. Après consultation du DRMG et du comité paritaire, le Ministre peut prolonger le maintien de l'avis de conformité.

4.06 Le médecin visé au présent article en ce qui a trait aux activités faites dans le cadre du mécanisme de dépannage peut obtenir l'autorisation du comité paritaire, après consultation du DRMG duquel le médecin détient l'avis de conformité au début de sa pratique dans les activités visées au présent paragraphe, de maintenir la validité de cet avis de conformité. Cette autorisation est accordée pour une période pouvant aller jusqu'à deux ans. Après consultation du DRMG, le comité paritaire peut prolonger le maintien de l'avis de conformité.

5.00 PROCÉDURE D'OBTENTION D'UN AVIS DE CONFORMITÉ

5.01 Avant de débiter sa pratique dans le territoire d'une agence ou de modifier la répartition interrégionale de sa pratique ayant pour effet d'invalider un avis de conformité antérieur, un médecin présente une demande d'avis de conformité au PREM en précisant, au moyen du formulaire tel qu'élaboré par le comité paritaire et apparaissant en annexe II des présentes, les informations suivantes :

- la date à laquelle il entend débiter sa pratique ou, le cas échéant, modifier la répartition interrégionale de sa pratique;
- indiquer, s'il y a lieu, qu'il entend se prévaloir du paragraphe 3.04, 3.05 ou, selon le cas, 3.06;
- indiquer, si tel est le cas, qu'il détient déjà un avis de conformité du DRMG d'une autre agence;
- signifier son consentement à ce que le comité paritaire soit informé de sa demande de candidature ainsi que, le cas échéant, de l'obtention de l'avis de conformité.

Une demande d'avis de conformité faite dans le cadre du PREM de l'année suivant l'année courante est assujettie aux conditions suivantes :

- elle ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courante;
- toute demande faite entre le 15 octobre et le 15 novembre est réputée avoir été reçue le 15 novembre.

5.02 Le cas échéant, le médecin doit expédier simultanément une copie conforme du formulaire apparaissant en annexe II de la présente entente au dernier DRMG qui, antérieurement, lui a délivré un avis de conformité;

5.03 Le DRMG apprécie le contenu de la demande d'avis de conformité du médecin et, dans les soixante (60) jours de la réception de la demande, répond, par écrit, en complétant le formulaire transmis par le médecin, et ce, aux fins suivantes :

- signifier au médecin l'acceptation de sa demande d'avis de conformité en lui réitérant les exigences suivantes :
 - ce médecin devra déterminer la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Cette date doit être celle du début de sa pratique dans le territoire en cause ou, si tel est le cas, celle de la modification de la répartition interrégionale de sa pratique. Cette date ne peut excéder douze (12) mois suivant la date de réception de sa demande d'obtention d'avis de conformité par le DRMG.
 - s'il y a lieu, l'application, à son endroit, du paragraphe 3.04, 3.05 ou, selon le cas, 3.06;
- ou, dans le cas contraire, informer ce médecin du refus de sa demande d'avis de conformité.

Le cas échéant, le DRMG expédie également une copie de l'avis de conformité au dernier DRMG ayant antérieurement délivré un tel avis au médecin.

Advenant le cas où à une date donnée, le DRMG reçoit un nombre de candidatures supérieures au nombre de postes disponibles au PREM à cette date, le DRMG est responsable de procéder à la sélection des candidats et d'attribuer le ou les avis de conformité. En ce cas, le DRMG dispose de quatre-vingt-dix (90) jours pour signifier au médecin une réponse à sa demande.

5.04 Un refus de délivrance d'un avis de conformité ne peut être fondé que sur l'atteinte du plan régional des effectifs médicaux, tel qu'approuvé par le ministre.

5.05 Dans les trente (30) jours suivant l'acceptation de la demande d'avis de conformité, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaudra de l'avis de conformité qui lui a été délivré et quelle sera la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti ou ne débute pas ses activités à la date effective de prise d'effet, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités dans le territoire de l'agence concernée. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

5.06 Exceptionnellement et suivant appréciation des motifs que lui présente un médecin, un DRMG peut reporter, à l'intérieur d'une période additionnelle maximale de six (6) mois, la date effective du début de pratique pour toute raison qu'il estime juste et équitable eu égard aux circonstances.

5.07 Un médecin ne peut obtenir qu'un seul avis de conformité à la fois. L'obtention d'un avis de conformité entraîne, à sa date effective de prise d'effet, la révocation automatique du dernier avis de conformité antérieurement délivré par tout autre DRMG si tel est le cas.

5.08 À moins d'avis écrit à l'effet contraire expédié par un médecin à un DRMG, un avis de conformité se renouvelle tous les deux (2) ans à partir de sa date de prise d'effet, et ce, selon les termes apparaissant au dernier avis délivré.

5.09 À la demande du DRMG ou d'un médecin, le comité paritaire peut, dans les cas exceptionnels et dans le respect du PREM de la région concernée, statuer relativement à toute situation mettant en cause, la délivrance, le refus de délivrance, la modification ou la révocation d'un avis de conformité.

6.00 RÉDUCTION DE LA RÉMUNÉRATION

6.01 La rémunération du médecin qui n'a pas obtenu un avis de conformité d'un DRMG ou qui ne respecte pas le pourcentage des journées de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente, est sujette à une réduction de 30 %. Cette réduction s'applique sur l'ensemble de la rémunération versée pour les services dispensés par ce médecin en cabinet ou à domicile dans le cadre de sa pratique en cabinet, quel que soit son territoire de pratique, dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;

6.02 La réduction de la rémunération s'applique sur une base trimestrielle dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité et, sur une base annuelle, du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante, dans le cas du médecin qui détient un avis de conformité mais n'en respecte pas les conditions;

6.03 Dans tous les cas, cette réduction s'applique sur la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel. Elle ne peut, toutefois, s'appliquer sur la rémunération qui, pour un trimestre, a été sujette à l'application de la réduction en vertu des dispositions de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières;

6.04 Sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article 8.00 des présentes, le médecin sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération parce qu'il ne détient pas d'avis de conformité, doit, s'il désire formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région où il exerce principalement, obtenir et respecter, pendant une période d'une durée de trois (3) ans, un avis de conformité dûment délivré par le DRMG d'une autre région que celle où il a principalement exercé pendant l'année sujette à l'application de la réduction.

6.05 Malgré le paragraphe 6.04 de la présente entente, un médecin qui ne détient pas d'avis de conformité, à l'expiration d'une période de cinq (5) ans pendant laquelle il est sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération peut formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région où il exerce principalement.

6.06 Le comité paritaire peut exempter de la réduction de la rémunération un médecin qui ne respecte pas le pourcentage des journées de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 dans les conditions suivantes :

- si la proportion des jours de facturation dans le territoire de l'agence de laquelle il détient son avis de conformité se situe entre 50 % et 55 % du total de ses jours de facturation dans l'année;
- s'il n'a pu respecter les conditions se rattachant à son avis de conformité en raison de sa participation, dans une autre région, à des activités reconnues prioritaires par le ministre.

6.07 Le comité paritaire peut en outre, pour cause, selon des modalités qu'il fixe, exempter un médecin de la réduction de rémunération ou de l'application totale ou partielle des périodes mentionnées aux paragraphes 6.04 et 6.05, et ce, pour des raisons non prévues à la présente entente. Le comité paritaire, préalablement à toute décision, consulte le DRMG du territoire duquel le médecin détient un avis de conformité ou, si le médecin ne détient pas d'avis de conformité, de la région où il a effectué le plus grand nombre de ses journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie.

7.00 RÈGLES S'APPLIQUANT AUX RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

7.01 Aux fins de l'application du présent article, des régions sociosanitaires, dites régions à pratique partielle restreinte, sont désignées par accord des parties sur recommandation du comité paritaire. Sous réserve des dispositions des articles 3.10 et 8.00 des présentes ou à moins que le médecin détienne depuis vingt (20) ans et plus son permis d'exercice du Collège des médecins du Québec, le médecin qui ne détient pas d'avis de conformité de l'une de ces régions ne peut y exercer, même partiellement, et ce, malgré qu'il respecte l'avis de conformité qu'il détient du DRMG d'une autre région. Les régions à pratique partielle restreinte sont inscrites à l'annexe III de la présente entente.

Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, considérer qu'un médecin respecte les dispositions du précédent alinéa si sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte ne dépasse pas 5 % du total de ses journées de facturation.

7.02 Sous réserve des dispositions de l'article 8.00 relatives aux dispositions transitoires et des paragraphes suivants, le médecin qui ne détient pas un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui y exerce au cours d'une année est sujet à une réduction de 30 % de sa rémunération provenant des services qu'il a dispensés en cabinet ou à domicile dans le cadre de sa pratique en cabinet dans la région à pratique partielle restreinte.

7.03 Le comité paritaire, avec l'accord du DRMG de la région à pratique partielle restreinte, peut exclure un sous-territoire de cette région, ou des services spécifiques qui y sont dispensés, de l'application des dispositions du paragraphe précédent. L'exclusion peut viser à la fois un sous-territoire et des services spécifiques et elle peut comprendre toute autre condition pertinente. Le comité paritaire en informe le DRMG de la région concernée.

7.04 Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe précédent que s'il obtient l'autorisation du comité paritaire. Les procédures sont les suivantes :

- Le médecin adresse sa demande au DRMG de la région à pratique partielle restreinte;
- dans le cas où la demande du médecin répond aux conditions accompagnant l'exclusion accordée dans le cadre des dispositions du paragraphe 7.03, le DRMG transmet, pour autorisation, la demande du médecin au comité paritaire;
- le comité paritaire doit, dans les trente jours suivant la réception de la demande du médecin, aviser le médecin de sa décision;
- lorsque l'autorisation est accordée, le comité paritaire transmet le nom du médecin à la Régie.

- le suivi de la pratique du médecin dans la région à pratique partielle restreinte est assuré par le comité paritaire. La Régie transmet le 1^{er} août de chaque année les données sur la rémunération du médecin pour l'année allant du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année précédente;
- dans le cas où le médecin n'a pas respecté les conditions rattachées à l'exclusion accordée en vertu du paragraphe 7.03 des présentes, le comité paritaire demande à la Régie d'appliquer les modalités prévues au paragraphe 7.02.

7.05 Le médecin détenant un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui modifie la répartition de sa pratique et obtient un avis de conformité d'une autre région peut continuer d'exercer dans la région à pratique partielle restreinte de laquelle il détenait l'avis de conformité antérieur pour 45 % ou moins du total de ses journées de facturation et cela conformément aux dispositions de l'article 3.00 de la présente entente.

8.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.01 Tout médecin en pratique entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 décembre 2003 est visé par le présent article.

8.02 Tout médecin visé au paragraphe 8.01 est réputé avoir complété une demande d'avis de conformité à un DRMG impliquant que la Régie de l'assurance maladie transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence concernée et au comité paritaire prévu aux présentes.

8.03 Il est réputé détenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerce pour plus de 50 % de ses journées de facturation, entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003, selon l'information transmise par la Régie de l'assurance maladie dans le cadre de l'application de la lettre d'entente n° 153.

8.04 Le médecin qui a débuté sa pratique après le 31 mars 2003 ou qui a modifié la répartition interrégionale de sa pratique au cours de l'année 2003 et qui considère que la répartition de sa pratique telle qu'elle lui a été signifiée par la Régie dans le cadre de l'application de la lettre d'entente n° 153 n'est plus valable ou ne reflète pas sa pratique régulière, doit s'adresser, au plus tard le 1^{er} mars 2004, au DRMG de la région où il exerce principalement pour obtenir un avis de conformité de ce DRMG.

Le DRMG doit lui répondre dans les trente (30) jours sur la base de la répartition effective de sa pratique au cours de l'année 2003 et des premiers mois de l'année 2004. Cet avis de conformité est sujet à confirmation, au plus tard, le 1^{er} septembre 2004, sur la base des données sur la répartition interrégionale des journées de facturation de ce médecin transmises le 1^{er} septembre 2004 par la Régie pour l'année allant du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004.

Dans le cas où les données sur la répartition interrégionale des journées de facturation du médecin ne confirment pas l'avis de conformité qui lui a été délivré en vertu de l'alinéa précédent, le comité paritaire, après avoir consulté le DRMG concerné, peut révoquer cet avis de conformité. Le cas échéant, le médecin est réputé détenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerce principalement selon les données transmises par la Régie au 1^{er} septembre 2004.

8.05 Le médecin qui, au cours de l'année allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, ou, dans le cas du médecin visé par le paragraphe précédent, au cours de l'année suivante, ne compte pas 55 % ou plus de ses journées de facturation dans le territoire d'une agence

- soit parce qu'il compte entre 50 et 55 % de ses journées de facturation dans le territoire d'une agence;
- soit parce qu'il exerce dans trois (3) territoires d'une agence ou plus et qu'il n'effectue pas 55 % et plus de ses journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie dans l'un de ces territoires d'une agence;

est réputé respecter son avis de conformité tant que sa pratique, en termes de pourcentage de journées de facturation dans sa région principale de pratique, ne se situe pas, pour une année d'application, sous le pourcentage qui lui a été signifié par la Régie pour cette même région lors de la transmission d'information faites dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 153* ou au 1^{er} septembre 2004 en vertu du paragraphe 8.04 des présentes.

8.06 Le médecin visé au paragraphe précédent, dont la pratique, pour une année d'application, se situe sous le pourcentage qui lui a été signifié par la Régie pour sa région principale de pratique lors de la transmission d'information faites dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 153*, ou au 1^{er} septembre 2004 en vertu du paragraphe 8.04 des présentes, ne respecte pas son avis de conformité et est sujet à l'application des dispositions prévues à l'article 6.00 des présentes.

8.07 Le médecin visé au présent article et qui n'est pas réputé détenir ou ne détient pas, en vertu des paragraphes précédents, un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte inscrite à l'annexe des présentes mais qui y a exercé au cours de l'année 2003 ne peut augmenter, ultérieurement, dans cette région à pratique partielle restreinte, sa pratique en termes de pourcentage de journées de facturation qui lui est reconnu sur la base des données transmises par la Régie dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 153* ou, le cas échéant, au 1^{er} septembre 2004.

Si, pour une année d'application, le médecin augmente cette pratique dans cette région, il est sujet à l'application de l'article 7.00 des présentes pour la partie de sa rémunération excédant le pourcentage de ses journées de facturation dans la région à pratique partielle restreinte qui lui est reconnu selon les dispositions de l'alinéa précédent. La Régie applique la réduction sur la rémunération versée lors des journées de facturation qui, chronologiquement dans l'année d'application, se situent une fois atteint le nombre de jours de facturation dans cette région auquel donne droit le pourcentage reconnu selon les dispositions de l'alinéa précédent.

Le comité paritaire peut toutefois exempter un médecin visé par le présent paragraphe de la réduction de la rémunération dans les conditions suivantes :

- si la proportion des journées de facturation dans le territoire de cette région à pratique partielle restreinte se situe à 10 % ou moins du seuil qui lui est reconnu en vertu du présent paragraphe;
- s'il n'a pu respecter le seuil qui lui est reconnu en vertu du présent paragraphe en raison de sa participation à des activités reconnues prioritaires par le ministre.

8.08 Le médecin qui répond, pour l'année 2003, aux dispositions prévues à l'article 4.00 des présentes en ce qui a trait aux activités effectuées auprès d'une instance nationale est réputé détenir son avis de conformité du DRMG de la région où il exerçait antérieurement. Il doit, au plus tard le 1^{er} février 2004, s'adresser à ce DRMG pour obtenir son avis de conformité. Au besoin, sur demande du DRMG, la Régie lui transmet ainsi qu'au médecin les données pertinentes sur la répartition interrégionale de la pratique du médecin pour la période antérieure.

Le médecin qui répond aux dispositions prévues à l'article 4.00 en ce qui a trait aux activités effectuées dans le cadre du dépannage depuis moins de quatre (4) ans peut obtenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerçait antérieurement avec l'approbation du Ministre, après consultation du comité paritaire et du DRMG concerné.

8.09 Le médecin qui n'a pas exercé dans le cadre du régime d'assurance maladie au cours de l'année 2003 et, le cas échéant, des années précédentes et dont les activités, pendant cette période, sont considérées comme reliées à la dispensation ou à l'organisation des services médicaux peut obtenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerçait au cours de sa dernière année de pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie à la condition que cette dernière année de pratique ne soit pas antérieure à 1998. Si le médecin a cessé d'exercer depuis plus longtemps, le comité paritaire doit accorder son autorisation à l'obtention d'un avis de conformité.

8.10 Aux fins de l'application des articles 6.00 et 7.00 de la présente entente particulière, la première année d'application débute le 1^{er} mars 2004.

9.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE

9.01 La Régie transmet, au 1^{er} novembre de chaque année d'application, au DRMG et au comité paritaire, le nom des médecins qui n'ont pas respecté, au cours du premier trimestre de l'année d'application en cours, le pourcentage de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 des présentes ou, le cas échéant, selon les dispositions transitoires apparaissant à l'article 8.00 des présentes. Elle leur transmet également l'information concernant les médecins qui sont visés par les articles 4.00 et 7.00 et ce, sous réserve des dispositions transitoires apparaissant à l'article 8.00 des présentes.

9.02 Relativement à l'application de la réduction prévue à l'article 6.00 et 7.00 des présentes, la Régie doit :

- transmettre, au 1^{er} septembre suivant la fin de l'année d'application, à chaque médecin qui n'a pas respecté son avis de conformité ou, le cas échéant, les dispositions relatives aux régions à pratique partielle restreinte apparaissant à l'article 7.00 des présentes, un avis de réduction selon les modalités prévues à l'article 6.00 ou 7.00 des présentes ou, le cas échéant, du paragraphe 8.06. Cet avis est également transmis au DRMG de la région duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire.
- Dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité, lui rappeler par écrit, au plus tard trente (30) jours suivant la fin d'un trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, qu'il ne détient pas d'avis de conformité et l'aviser de l'application de la réduction selon les modalités apparaissant à l'article 6.00 des présentes. Cet avis est également transmis au DRMG de la région duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire.

9.03 Relativement au suivi de l'application des dispositions transitoires prévues à l'article 8.00 des présentes, la Régie doit :

- Transmettre au comité paritaire, au 1^{er} septembre 2004, les données sur la répartition interrégionale de la pratique de chaque médecin pour l'année allant du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004.
- au 1^{er} septembre 2004, confirmer ou infirmer l'avis de conformité délivré à chaque médecin en vertu du paragraphe 8.03 des présentes ainsi que les pourcentages de journées de facturation de chaque médecin qui s'est prévalu des dispositions du paragraphe 8.03 et requis pour l'application des dispositions de l'article 8.00.
- faire l'inventaire des médecins visés par le paragraphe 8.07 et en transmettre la liste au comité paritaire. Aviser chaque médecin concerné.

9.04 La Régie transmet au 1^{er} septembre de chaque année au comité paritaire les données sur la répartition interrégionale de la pratique de chaque médecin pour l'année d'application se terminant le 28 ou le 29 février de l'année en cours. La Régie transmet à la même date, à chaque DRMG, les données sur la répartition interrégionale des médecins exerçant sur son territoire.

9.05 La Régie transmet sur demande au comité paritaire, toute information requise pour l'application du paragraphe 3.10 de la présente entente.

10.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

10.01 Outre les dispositions déjà prévues à la présente entente, un DRMG doit s'entendre avec le comité paritaire sur la nature de leurs interventions et sur leurs responsabilités respectives quant aux suites à donner à la transmission des informations faites dans le cadre des dispositions du paragraphe 9.01 des présentes;

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire assume les fonctions qui lui sont confiées dans le cadre de la présente entente et conformément à l'article 32.00 de l'entente générale.

12.00 DIFFÉREND

12.01 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.

12.02 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, une agence peut être partie à un différend au sens du présent article.

12.03 Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'une agence, peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.

12.04 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément au paragraphe 12.07 de la présente entente.

12.05 Nonobstant les dispositions de l'article 12.06, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.

12.06 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin.

12.07 Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, son maintien ou sa modification, ce différend doit être dirigé contre la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'agence en cause peut toutefois être partie à ces différends.

12.08 La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.

12.09 Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.

12.10 La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie de l'assurance maladie du Québec, une agence, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

12.11 En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différé-logé en vertu de la présente entente particulière.

12.12 Le défaut par la Régie de l'assurance maladie du Québec de transmettre au médecin un avis relatif à une réduction de sa rémunération prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour un trimestre ou une année en cause, l'imposition de toute réduction de sa rémunération.

13.00 ÉVALUATION

13.01 Les parties conviennent de procéder, au cours du trimestre allant du 1^{er} mars au 31 mai 2005 à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* relativement à la répartition interrégionale des effectifs médicaux et au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

13.02 Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

14.00 MISE EN VIGUEUR

14.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière est remplacée par l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (n° 53) en date du 21 décembre 2015 à la suite de l'Amendement n° 149.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^e jour de mai 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PREM

ANNEXE I

TERRITOIRES DONNANT LIEU À L'APPLICATION DU PARAGRAPHE 3.05

AVIS : Aux fins de l'application du paragraphe 3.05, aucun territoire, ou partie de ceux-ci, sont désignés par les parties.

ABROGÉE

ANNEXE II

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS DE CONFORMITÉ

AVIS : Veuillez noter que le [formulaire imprimable](#) est disponible dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca.
Pour y accéder, rendez-vous dans la section Formulaires.

ABROGÉE

ANNEXE III

RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

Région de Québec

ABROGÉE

ANNEXE IV**CALCUL D'UNE ANNÉE DE PRATIQUE**

1. Pour être considéré aux fins de l'application du paragraphe 3.02 de la présente entente comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le médecin doit :
 - avoir été détenteur d'un avis de conformité au PREM d'une région en vigueur depuis au moins douze (12) mois, ou d'une dérogation en tenant lieu, et avoir accumulé un minimum de dix (10) mois de pratique pendant lesquels il était actif. Est considéré comme étant actif, le médecin qui reçoit du régime public d'assurance maladie du Québec, mensuellement, une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Seule la pratique postérieure à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec est considérée.
2. Peuvent également être considérés comme médecins ayant pratiqués dans d'autres régions :
 - le médecin militaire s'il a servi à ce titre au sein des Forces armées canadiennes pendant au moins un (1) an;
 - le médecin en provenance de l'extérieur du Québec et qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1^{er} janvier 2004.
3. La Régie, sur demande du DRMG, transmet au DRMG et aux médecins concernés les données pertinentes à l'application de la présente annexe.

ABROGÉE

+ EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ**ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et la rémunération de la garde en disponibilité effectuée sous la responsabilité du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou, selon le cas, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) auprès de la population du territoire d'un réseau local de services, ainsi que celle effectuée auprès d'un établissement non fusionné exploitant un CHSGS, un CHSLD non fusionné à un CISSS ou à un CIUSSS ou d'un centre de réadaptation (CR), qui n'ont pas convenu d'ententes de services à cet effet avec un CISSS ou, selon le cas, avec un CIUSSS.

En outre, la présente entente particulière couvre les installations du réseau de la santé reconnues à titre de centres désignés aux fins des interventions médicolégales et medicosociales auprès des personnes victimes d'agression sexuelle.

1.02 L'adhésion d'un CISSS ou d'un CIUSSS à la présente entente couvre toutes les gardes en disponibilité effectuées pour le compte de l'établissement ainsi que celles effectuées pour les ressources d'un réseau local de services ayant convenu d'une entente de services à cet effet avec celui-ci.

1.03 La présente entente particulière s'applique également à la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence de première ligne ainsi qu'à certaines gardes effectuées au bénéfice de la clientèle en obstétrique.

En outre, la présente entente couvre la garde en disponibilité assurée au bénéfice des patients admis dans le département de psychiatrie d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné et ayant la mission d'un CHSGS ainsi qu'au bénéfice des patients admis dans un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) à la condition qu'une garde sur place ne soit pas effectuée pour les soins physiques ou pour les soins psychiatriques, selon le cas.

1.04 L'annexe I fait état de la liste des installations des CISSS et des CIUSSS, ainsi que des CHSLD et regroupements de CHSLD ainsi que des CR non fusionnés à un CISSS ou à un CIUSSS et désignés par le comité paritaire aux fins de la présente et précise le nombre de forfaits alloués à chacun pour les jours de la semaine ainsi que pour les jours de fin de semaine et les jours fériés. La désignation d'un CISSS ou d'un CIUSSS fait également état des installations et des ressources privées couvertes par cette désignation.

1.05 L'annexe II fait état des CLSC du réseau de garde intégré désignés par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

1.06 L'annexe III fait état des installations des CHSGS et des CHSP faisant partie ou non d'un CISSS ou d'un CIUSSS et désignés par le comité paritaire et précise le nombre de forfaits alloués hebdomadairement, à chacune ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits alloués par journée fériée.

1.07 L'annexe IV fait état des centres désignés à partir desquels une garde médicale est assumée en disponibilité auprès des victimes d'agression sexuelle dans le cadre d'une garde régionale ou dans le cadre d'une garde sous-régionale.

AVIS : La liste des établissements désignés dans les annexes I à IV de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 La garde en disponibilité effectuée par un médecin se prévalant de la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits quotidiens réguliers additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait quotidien régulier est de 64 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité :

- utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) distincte pour chaque personne assurée;
- pour les services reliés à cette garde : inscrire la lettre « E » dans la case C.S. :
 - Inscrire le numéro de l'établissement où les services ont été rendus. Toutefois, si l'installation ne détient pas de numéro aux fins de la facturation, inscrire le numéro de l'établissement désigné apparaissant à l'annexe correspondante au type de garde que vous effectuez;
- pour les services non reliés à la garde en disponibilité, (ex. tournée des malades) : ne pas inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

3.02 La garde en disponibilité doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;
- qu'à compter de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

AVIS :

Tableaux des codes de forfaits à compter du 1^{er} juin 2013

CSSS, CHSLD, CR (annexe I)				CLSC du Réseau de garde intégré (annexe II)			
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)
19059	96,00	09856	96,00	19069	64,00	19070	64,00
19060	64,00	09857	64,00				
19061	32,00	09727	32,00				
Divisible sur base horaire				Divisible sur base horaire			

CHSGS et CHSP (annexe III)							
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés	
Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)
19057	64,00	09847	64,00	19058 *	64,00	09705 *	64,00
Non divisible				Divisible sur base horaire			

* En obstétrique

Centres désignés au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle (annexe IV)					
Garde régionale			Garde sous-régionale		
En semaine (autre qu'un jour férié)		Fin de semaine et jours fériés		Toute la semaine, du lundi 8 h au lundi suivant 8 h	
Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)	Code	Forfait (\$)
19088	32,00	19087	32,00	19089	61,35
Divisible sur base horaire			Non divisible		

Différents types de garde en disponibilité (annexes I, II, III et IV) peuvent être effectués par un même médecin pour le même quart de garde dans le même établissement ou la même installation sous réserve des maximums prévus aux annexes visées. Vous devez par contre utiliser des demandes de paiement distinctes.

4.00 PROCÉDURES ET COMITÉ PARITAIRE

4.01 Toute question relative à la mise en œuvre et au suivi de la présente entente particulière est soumise au comité paritaire prévu par l'article 32.00 de l'Entente. Le comité paritaire fait aux parties les recommandations appropriées. En outre, il assume les fonctions suivantes :

- a) il informe l'établissement et la Régie du nombre de forfaits quotidiens alloués;
- b) il prend les mesures qu'il considère justifiées en cas de non-respect récurrent ou régulier du nombre de forfaits alloués à un établissement;

4.02 Mensuellement et globalement pour l'ensemble du mois, la Régie transmet à l'établissement les données sur le nombre de forfaits de garde en disponibilité facturés pour l'ensemble de l'établissement ainsi que pour chacune de ses installations. Sur demande de l'établissement, la Régie transmet les données de façon détaillée.

4.03 Sur une base trimestrielle mais ventilées par mois, la Régie transmet au comité paritaire les données sur le nombre de forfaits facturés pour chaque établissement.

5.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

5.01 Participation

Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dans un CISSS, un CIUSSS, un CHSLD ou un CR visé à la présente ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

La nomination spécifique doit préciser les secteurs d'activités et les territoires dans lesquels le médecin peut être appelé à effectuer de la garde en disponibilité.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.02 Modalités spécifiques de rémunération

5.02.1 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures.

5.02.2 Lorsqu'une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde de huit (8) heures, le forfait prévu par la présente entente particulière devient, quant à cette portion de garde, divisible sur base horaire. Dans ce cas, il est alors payé par la Régie, au prorata du temps de garde effectuée par le médecin.

5.02.3 Le forfait peut être réduit ou majoré de 50 % lorsque, selon le DRMG, le nombre de lits ou de patients, d'installations ou pavillons ou la distance à couvrir le justifie.

AVIS : ⁽¹⁾ Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

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

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19059** (forfait majoré), honoraires de **96,00 \$**;
 - le code **19060** (forfait régulier), honoraires de **64,00 \$**;
 - le code **19061** (forfait réduit), honoraires de **32,00 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Lors de gardes simultanées dans le même établissement, pour le même code d'acte, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement :

- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référer à l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **09856** (forfait majoré), honoraires de **96,00 \$**;
 - le code **09857** (forfait régulier), honoraires de **64,00 \$**;
 - le code **09727** (forfait réduit), honoraires de **32,00 \$**;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Lors de gardes simultanées dans le même établissement, pour le même code d'acte, les forfaits doivent être inscrits sur la même demande de paiement :

- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S. et préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES qu'il s'agit d'une garde simultanée.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référer à l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.

(1) Les montants figurant dans cet avis reflètent les honoraires décrits à 3.01 depuis le 1^{er} juin 2013.

5.02.4 En ce qui a trait à la garde en disponibilité assurée par le médecin pour un CLSC du réseau de garde intégré inscrit à l'annexe II de la présente entente, la garde en disponibilité est rémunérée durant les périodes suivantes :

- à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;
- tous les jours de la semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement, entre 20 h et 8 h ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 20 h et 8 h ou, le cas échéant, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19069** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe II;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P. G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19070** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe II;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

5.03 Clientèle visée

La garde en disponibilité rémunérée selon les dispositions de la présente entente particulière peut être effectuée au bénéfice de l'une ou les clientèles suivantes :

- a) les personnes hébergées dans la partie du CISSS ou du CIUSSS ayant la mission d'un CHSLD ou dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD;
- b) les personnes inscrites dans un programme de soutien à domicile sous la responsabilité de la partie du CISSS ou du CIUSSS ayant la mission de CLSC, et ce, pour la clientèle qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- c) la clientèle inscrite dans un GMF qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- d) la clientèle d'une partie du CISSS ou du CIUSSS dispensant des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes ayant une déficience physique et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7 ainsi que la clientèle d'un CR non fusionné à un établissement;
- e) la clientèle sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire et nécessitant un accès aux soins médicaux 24/7;
- f) toute autre clientèle du réseau local de services, telle que recommandée par le DRMG, et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- g) la population en général sous la responsabilité d'un CLSC du réseau de garde intégré.

Toutefois, la garde en disponibilité prévue par la présente entente particulière ne vise pas la clientèle d'un service d'urgence d'un CHSGS ou d'un CLSC du réseau de garde intégré lorsqu'un médecin assume la garde sur place.

5.04 Procédures d'adhésion et attribution du nombre de forfaits

- a) Le comité paritaire fait connaître au DRMG les critères d'attribution des forfaits quotidiens de garde en disponibilité;
- b) Le DRMG, après consultation des CISSS ou CIUSSS de son territoire, dépose au comité paritaire son plan d'organisation de services de garde en disponibilité pour la clientèle visée par la présente;
- c) Sous réserve de l'alinéa g) ci-dessous, le comité paritaire détermine le nombre maximal de forfaits quotidiens de gardes en disponibilité mis à la disposition du DRMG en précisant le nombre de forfaits applicable les jours de semaine et celui applicable les jours de fin de semaine et les jours fériés. À cette fin, le comité paritaire tient compte, notamment, des facteurs suivants :
 - le plan d'organisation des services de garde en disponibilité élaboré par le DRMG;
 - l'étendue du territoire du réseau local de services;
 - la population à domicile ou hébergée sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire qui nécessite des soins médicaux 24/7;
 - la population inscrite au programme de soutien à domicile qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
 - toute autre population du réseau local de services qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
- d) Une demande d'adhésion est formulée par le CISSS ou le CIUSSS, le CHSLD ou le CR non fusionnés auprès du DRMG de son territoire;
- e) Le DRMG transmet les demandes d'adhésion des installations au comité paritaire dont elle demande la désignation dans le cadre de la présente entente;
- f) Le comité paritaire examine la demande d'adhésion de chaque installation ou regroupement d'installations et lui attribue le nombre de forfaits quotidiens pour l'ensemble des gardes à assumer au bénéfice de la clientèle sous la responsabilité de l'établissement;
- g) Un seul forfait par quart de garde est attribué au CLSC du réseau de garde intégré;
- h) L'établissement non fusionné, le CISSS, le CIUSSS, le CHSLD ou le cas échéant, le CR procède aux nominations prévues par l'article 5.00 et en informe la Régie.

5.05 Répartition des forfaits

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement, le chef du service médical ou celui qui le remplace procède à la répartition des forfaits de garde en disponibilité entre les médecins.

5.06 Suivi du nombre de forfaits alloués

L'établissement non fusionné, le CISSS, le CIUSSS, le CHSLD ou le cas échéant, le CR est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés.

6.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS ET AU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES

6.01 Clientèle visée

L'article 6.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée et peut couvrir également l'unité d'hébergement de soins de longue durée qui n'est pas déjà couverte par les dispositions de l'article 5.00 de la présente entente.

6.02 Participation

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue par cette entente particulière doit être détenteur d'une nomination au sein du département clinique de médecine générale ou le cas échéant, du département de psychiatrie de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné visé aux présentes.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

6.03 Procédure de détermination et d'attribution des forfaits

Pour assurer l'ensemble des gardes en disponibilité visées au présent article, le comité paritaire attribue à l'installation d'un établissement, installation qui opère un CHSGS une banque globale hebdomadaire de forfaits ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits par journée fériée.

La banque hebdomadaire de forfaits est déterminée à partir de l'évaluation du nombre de forfaits requis pour les jours de semaine soit du lundi au vendredi et, de façon distincte, du nombre de forfaits requis pour les jours de fin de semaine et les jours fériés.

Le comité paritaire tient compte, notamment, des facteurs suivants :

- le nombre de lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens;
- l'intensité des soins à dispenser selon le type d'unités visées par la présente entente et l'importance relative de ces unités.

6.04 Répartition des forfaits

Le chef de département clinique de médecine générale, ou le directeur des services professionnels en ce qui concerne la garde en disponibilité en psychiatrie, répartit les forfaits attribués entre les médecins assurant chaque garde selon les responsabilités associées à chacune d'elle.

6.05 Suivi du nombre de forfaits alloués

L'installation d'un établissement, installation qui opère un CHSGS ou le cas échéant, le CHSP, est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon récurrente du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel que précisé à l'annexe III, le comité paritaire peut prendre toutes les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

6.06 Cumul

Un médecin peut cumuler quotidiennement autant de forfaits de garde en disponibilité que le justifie la responsabilité qu'il assume effectivement quant aux gardes en disponibilité.

AVIS : *Garde en disponibilité*

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19057**, en semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié; ou
 - le code **09847**, la fin de semaine et les jours fériés (voir P. G. 2.4.7.6, jours fériés);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe III.

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

NOTE : *Pour les forfaits 09847 et 19057, la notion de quart de garde de huit heures ne s'applique pas. Un responsable répartit les forfaits 09847 et 19057 afin de les attribuer entre les médecins assurant chaque garde selon les responsabilités associées à chacune d'elles.*

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

6.07 Obstétrique

6.07.1 L'installation d'un établissement, installation ayant la mission de CHSGS et qui compte moins de huit (8) médecins, détenteurs d'une nomination de membre actif avec privilèges en obstétrique, peut, avec l'accord de tous ces médecins, se prévaloir de forfaits de garde en disponibilité alloués spécifiquement pour l'obstétrique.

6.07.2 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures. Il est divisible en heures.

6.07.3 Un (1) forfait par quart de garde est octroyé à l'installation qui se prévaut du présent article.

6.07.4 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans l'établissement qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir du forfait annuel de garde en disponibilité en obstétrique en vertu des dispositions de l'article 9 du préambule particulier de l'obstétrique de l'annexe V.

AVIS : Garde en disponibilité en obstétrique :

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
 - le code **19058, en semaine** du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h; ou
 - le code **09705, la fin de semaine** du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h et les jours fériés 0 h à 24 h (voir P. G. 2.4.7.6, jours fériés);
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe III;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

7.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA GARDE EN DISPONIBILITÉ AU BÉNÉFICE DES PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

7.01 Clientèle visée

L'article 7.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle.

7.02 Nomination

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue à l'article 7.00 doit détenir une nomination au sein de l'établissement responsable de l'installation reconnue à titre de centre désigné auprès des personnes victimes d'agression sexuelle ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

7.03 Modalités spécifiques de rémunération

Dans le cadre de son plan d'organisation des services de gardes en disponibilité, l'établissement responsable de la région ou, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, de l'établissement désigné par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après établissement responsable), détermine s'il met en place sur son territoire, sur une base régionale, une seule et unique garde en disponibilité ou plutôt, s'il met en place, sur une base sous-régionale, une garde en disponibilité par centre désigné en activité sur son territoire. Sauf exceptionnellement, le médecin qui assume cette garde lorsqu'il est de garde sur place au service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde ne peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues au présent paragraphe.

7.03.1 Dans le cas où l'établissement responsable opte pour la mise en place sur son territoire d'une garde régionale assurée à partir d'un seul et unique centre désigné, le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits par quart de garde de huit (8) heures, additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période, sous réserve de l'alinéa suivant. Le montant du forfait est de 32 \$ au 1^{er} juin 2013.

Le forfait prévu dans l'alinéa précédent est divisible en heures.

Le médecin de garde appelé à se déplacer dans le cadre d'une garde régionale ne peut toutefois se prévaloir du forfait de déplacement prévu à l'article 2.2.7 A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Un seul forfait par quart de garde est attribué pour cette garde régionale.

La garde régionale doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h.
- qu'à compter de 20 h à 24 h et de 0 h à 8 h sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

AVIS : Utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19087** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe IV;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

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

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19088** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe IV;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

7.03.2 Dans le cas où l'établissement responsable opte pour la mise en place des gardes sous-régionales sur son territoire, il fait connaître au comité paritaire la liste des installations reconnues comme centres désignés auprès des personnes victimes d'agression sexuelle où une garde en disponibilité médicale est assumée.

Deux forfaits hebdomadaires sont attribués à chacun des centres désignés reconnus par l'établissement responsable.

Le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison de deux (2) forfaits hebdomadaires additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait est de 61,35 \$ au 1^{er} juin 2013.

La garde sous-régionale doit être assurée durant toute la semaine, soit du lundi 8 h au lundi suivant à 8 h.

AVIS : Utiliser une Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19089** dans la section Actes sur deux lignes de service;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement désigné à l'annexe IV;
- la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche) sur chaque ligne de service.

Le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, référez-vous à l'avis sous l'article 3.01 de la présente entente particulière.

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou, en son absence le directeur des services professionnels procède à la répartition des forfaits hebdomadaires de garde en disponibilité entre les médecins de chaque installation visée.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

Le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG et selon des critères qu'il détermine, attribuer des forfaits de garde en disponibilité pour une garde organisée sur une base régionale ou sur toute autre base territoriale différente de celle prévue à l'article 5.00 de la présente entente. Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 5.02 et, en faisant les adaptations nécessaires, les procédures prévues au paragraphe 5.04 s'appliquent.

9.00 MISE EN VIGUEUR

La présente entente prend effet le 1^{er} mai 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de juillet 2005.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN I

ANNEXE I

Établissements désignés à l'Entente particulière relative à la garde en disponibilité en vertu de l'article 5. (CSSS, CHSLD, CR)

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN II

ANNEXE II

Les CLSC du réseau de garde intégré désignés à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité. (Voir article 5.02.4)

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN III

ANNEXE III

Établissements désignés à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité en vertu de l'article 6. (CHSGS, CHSP)

1. Établissements désignés en vertu de l'article 6.03 :

2. Établissements désignés en vertu de l'article 6.07 (obstétrique) :

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

A - EP - GARDE EN DISPONIBILITÉ - ANN IV

ANNEXE IV

Établissements reconnus comme centres désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité en vertu de l'article 7.

1. Établissements désignés dans le cadre d'une garde régionale (article 7.03.1) :

2. Établissements désignés dans le cadre d'une garde sous-régionale (article 7.03.2) :

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe IV de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

*EP - CLINIQUE RÉSEAU***ENTENTE PARTICULIÈRE****AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE CLINIQUE RÉSEAU****PRÉAMBULE**

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ci-après nommée « l'Entente ».

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau désignée par le comité paritaire et inscrite à l'annexe I des présentes.

AVIS : *La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'Entente intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITION D'ADMISSIBILITÉ DE LA CLINIQUE RÉSEAU

3.01 Aux fins de la présente entente particulière et sous réserve du paragraphe 3.02, une clinique réseau est une clinique médicale qui répond aux conditions d'admissibilité suivantes :

- a) Elle est dûment accréditée par l'agence de santé et de services sociaux de son territoire en conformité avec les dispositions du plan d'organisation édicté par cette agence en matière d'accessibilité aux services médicaux. Ce plan d'organisation doit, aux fins exclusives de l'application de cette entente particulière, avoir été préalablement approuvé par le Ministre et prévoir desservir, par clinique réseau, une population d'environ cinquante mille (50 000) personnes;
- b) Elle a convenu avec le CSSS de son territoire du réseau local de services ou avec tout autre établissement un contrat prévoyant notamment l'accès aux services diagnostiques de laboratoire et de radiologie requis en urgence;
- c) L'offre de services de cette clinique médicale s'harmonise avec l'ensemble des services médicaux dispensés par les différents producteurs de services et partenaires du réseau local de santé et de services sociaux;
- d) Elle assume des fonctions de coordination opérationnelle entre le CSSS et les médecins qui exercent leurs activités professionnelles dans le territoire desservi par le réseau local de santé et de services sociaux visé;
- e) Elle offre des services accessibles sans rendez-vous pendant douze (12) heures par jour du lundi au vendredi et de huit (8) heures le samedi, le dimanche et la journée fériée;

- # **AVIS :** Prendre note que pour la facturation **des modalités de compensation des frais de cabinet** (code d'acte **19928** ou **19929**), tous les médecins omnipraticiens qui assurent la garde dans la partie dédiée au **sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau**, doivent inscrire le modificateur **176** sur leur demande de paiement, afin de réclamer ce montant.

Vous devez utiliser le code **19928** pour les services dispensés à au moins 10 patients et le code **19929** pour les services dispensés à au moins 20 patients.

Tous les médecins omnipraticiens qui assurent la garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, doivent respecter les modalités de facturation suivantes :

Dans la section Actes d'une Demande de paiement - Médecin (1200), inscrire pour chaque service rendu dans le lieu physique unique pour le **sans rendez-vous** de la clinique réseau :

- le modificateur **176** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à **100 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- le code du lieu physique unique de la clinique réseau où les services **sans rendez-vous** ont été rendus.

En dehors des périodes visées par les horaires défavorables, soit du lundi au vendredi de 8 h à 18 h et de 22 h à 24 h sauf un jour férié, les multiples du modificateur **176**, pour le **lieu physique unique dédié au sans rendez-vous**, sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 176	633	0,5000
093 – 176	634	1,0000
094 – 176	635	1,0000
176 – 179	660	1,0000

Du lundi au jeudi de 18 h à 22 h sauf un jour férié, les multiples du modificateur **176**, pour le **lieu physique unique dédié au sans rendez-vous**, sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 – 176 – 410	395	1,1300
176 – 410	859	1,1300

Le vendredi de 18 h à 22 h sauf un jour férié, les multiples du modificateur **176**, pour le **lieu physique unique dédié au sans rendez-vous**, sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 – 176 – 411	396	1,2300
176 – 411	860	1,2300

Le samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h, les multiples du modificateur **176**, pour le **lieu physique unique dédié au sans rendez-vous**, sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 176 – 412	397	0,6500
094 – 176 – 412	398	1,3000
176 – 179 – 412	399	1,3000
176 – 412	861	1,3000

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser le code d'activité **076110** pour les services cliniques rendus dans la partie dédiée au **sans rendez-vous** du lieu physique unique, ceux-ci étant exempts du plafond trimestriel (paragraphe 7.01). De plus, vous référer aux instructions de facturation de l'annexe XX (article 3.00 et paragraphe 4.01), lorsque les services sont rendus durant les horaires défavorables ou aux règles décrites ci-dessus lorsque vous devez facturer des forfaits de responsabilité ou suppléments uniquement payables à l'acte.

- f) La dispensation des services sans rendez-vous visés à la présente se fait en un lieu physique unique;
- g) Elle offre des services sur rendez-vous en conformité avec les dispositions apparaissant au contrat qu'elle a conclu avec le CSSS.

AVIS : Prendre note que pour la facturation des **modalités de compensation pour les frais de cabinet** (code d'acte **19928** ou **19929**), tous les médecins omnipraticiens qui rendent des services **sur rendez-vous dans une clinique réseau**, doivent inscrire le modificateur **180** sur leur demande de paiement, afin de réclamer ce montant.

Vous devez utiliser le code 19928 pour les services dispensés à au moins 6 patients inscrits et le code 19929 pour les services dispensés à au moins 12 patients inscrits.

Tous les médecins omnipraticiens qui exercent ailleurs que dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, doivent respecter les modalités de facturation suivantes :

Dans la section Actes d'une Demande de paiement – Médecin (1200), inscrire pour chaque service rendu :

- le modificateur **180** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à **100 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- le code du site de la clinique réseau où les services ont été rendus.

En dehors des périodes visées par les horaires défavorables soit du lundi au vendredi de 8 h à 18 h et de 22 h à 24 h sauf un jour férié, les multiples du modificateur **180**, sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 180	654	0,5000
093 – 094 – 180	322	1,0000
093 – 180	650	1,0000
094 – 180	651	1,0000
179 – 180	661	1,0000

Du lundi au jeudi de 18 h à 22 h sauf un jour férié, le multiple du modificateur **180** est :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
180 – 410	857	1,1300

Le vendredi de 18 h à 22 h sauf un jour férié, le multiple du modificateur **180** est :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
180 – 411	858	1,2300

Le samedi, dimanche ou jour férié de 8 h à 24 h, les multiples du modificateur **180**, sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
046 – 094 – 180	348	1,2300
046 – 180	649	1,2300

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser le code d'activité **076111** pour les services cliniques rendus ailleurs que dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique de la clinique réseau. De plus, vous référer aux instructions de facturation de l'annexe XX (article 3.00 et paragraphe 4.01), lorsque les services sont rendus durant les horaires défavorables ou aux règles décrites ci-dessus lorsque vous devez facturer des forfaits de responsabilité ou suppléments uniquement payables à l'acte.

3.02 Exceptionnellement, avec l'autorisation du ministère, un point de services dans la mission CLSC d'un CSSS, de même qu'une UMF située dans un CHSGS, sont considérés comme admissibles aux dispositions de la présente entente.

3.03 La désignation et l'inscription d'une clinique réseau à l'annexe I des présentes fait mention du nombre total de forfaits alloués en vertu de l'article 4.01, sur base hebdomadaire, à cette clinique réseau. Ce nombre correspond, toujours sur cette base, à l'addition des quarts de garde requis, par médecin, pour répondre aux services sans rendez-vous pendant les périodes décrites au paragraphe 4.01. Lorsque tel est le cas, cette désignation précise que la clinique réseau en cause est également accréditée comme groupe de médecine de famille (GMF).

4.00 Horaires défavorables

4.01 Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin qui est affecté au service du sans rendez-vous d'une clinique réseau, du lundi au vendredi, de 18 h à 22 h ou, les samedi, dimanche et journée fériée, de 8 h à 16 h ou, dans ce dernier cas, à toute autre période de remplacement, continue et équivalente, déterminée par la clinique réseau avec l'approbation du CSSS. Le montant du forfait est de 129,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 135 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

En semaine du lundi au vendredi entre 18 h et 22 h autre qu'un jour férié :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19100** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le code de la clinique réseau désignée à titre de lieu physique unique, 4XXX1, 54XXX, 55XXX, 57XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Fin de semaine entre 8 h et 16 h et les jours fériés :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19101** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire.
- le code de la clinique réseau désignée à titre de lieu physique unique, 4XXX1, 54XXX, 55XXX, 57XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Noter que les codes **19100 et 19101 sont exclus** de l'application des majorations en horaires défavorables (paragraphe 4.01 de l'annexe XX de l'Entente)

4.02 Ce forfait s'ajoute à la rémunération à l'acte dévolue aux médecins selon l'Entente pour les services médicaux qu'il dispense pendant ou à l'occasion d'une période de garde visée au présent article.

4.03 Le forfait visé au présent article est, sur base horaire, divisible. Le médecin est, quant au montant de ce forfait, payé par la Régie au prorata du temps où il a effectivement assumé la garde, dans le cadre ou dans la foulée d'une période de garde établie.

4.04 Le comité paritaire estime, sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière, le nombre hebdomadaire de forfaits correspondant au nombre de quarts de garde de quatre (4) heures nécessaires pour dispenser les services visés à la présente entente. Le comité paritaire en informe la clinique réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de l'attribution de la banque de forfaits hebdomadaires, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes requises pour l'estimation du nombre de forfaits hebdomadaires.

4.05 Un médecin ne peut se prévaloir de plus d'un forfait par période de quatre (4) heures.

4.06 La clinique réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon continue du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

5.00 Garde en disponibilité

5.01 Un médecin visé au paragraphe 1.01 de cette entente qui assume une garde en disponibilité relevant de la juridiction d'un CSSS est rémunéré selon les dispositions qu'édicté l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

6.00 Activités médico-administratives

6.01 Les activités professionnelles visées au présent article couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques de la clinique réseau en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec le CSSS et autres intervenants du réseau local, à la confection des horaires de garde du sans rendez-vous et au recrutement.

Aux fins de l'application de ces obligations spécifiques, dont principalement la confection des horaires de garde du sans rendez-vous, le médecin responsable doit tenir compte des contraintes auxquelles le médecin dispensateur des services médicaux est confronté.

- + **6.02** Sous réserve du paragraphe 6.04 ci-dessous, les activités professionnelles décrites ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six (6) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 64,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique réseau, 4XXX1, 54XXX, 55XXX, 57XXX, 9XXX2 ou 8XXX5 dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

6.03 Le médecin responsable de la clinique réseau se prévaut au moins de la moitié des forfaits prévus au présent article. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus.

6.04 Dans le cas où la clinique accréditée comme clinique réseau est aussi accréditée comme GMF, le nombre de forfaits alloués pour la rémunération des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus est de trois (3) forfaits par semaine.

7.00 Exclusion

7.01 Sous réserve des paragraphes suivants, la rémunération que le médecin reçoit pour les services médicaux dispensés pendant une période de garde sans rendez-vous telle que stipulée aux alinéas e) et f) du paragraphe 3.01 est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même de la rémunération visée à l'article 6.00 de cette entente.

AVIS : Les services rendus pendant une période sans rendez-vous doivent être facturés avec le modificateur **176 ou un de ses multiples** (voir les instructions de facturation sous le paragraphe 3.01e). Toutefois, seuls les services rendus dans le lieu physique unique sont exclus de l'application du plafond trimestriel.

7.02 Le comité paritaire établit le nombre maximal de médecins pouvant se prévaloir, pour une même période de garde, des dispositions du paragraphe précédent sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière. Ce nombre peut varier selon les périodes de garde en cause. Le comité paritaire en informe la clinique réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de la détermination de ce nombre, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes.

7.03 La clinique réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de médecins qui, pour une même période de garde, se prévalent des dispositions du paragraphe 7.01 ci-dessus. Dans le cas où ce nombre diffère significativement ou de façon continue du nombre tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

8.00 Procédures

8.01 La demande d'adhésion d'une clinique réseau à la présente entente est formulée par la majorité des médecins qui y exercent ou le cas échéant, par le CSSS. Il en est ainsi d'une demande de retrait.

8.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une clinique réseau aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité décrites au paragraphe 3.01 ci-dessus sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable.

8.03 Le comité paritaire a enfin pour mandat de veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, sur autorisation spécifique de ses mandants, le comité paritaire peut se pencher sur une problématique ayant un impact sur les conditions d'exercice des médecins. Le comité paritaire, après examen de la situation, pourra s'il le juge nécessaire, faire des recommandations aux parties.

8.04 La clinique réseau dont l'accréditation n'est plus en vigueur est tenue d'en aviser le comité paritaire qui en informe la Régie.

8.05 Le comité paritaire informe la Régie du nom de la clinique réseau dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée et ainsi que du nom du médecin responsable.

8.06 La Régie transmet mensuellement au CSSS et au comité paritaire les informations pertinentes sur la facturation des forfaits prévus à l'article 4.00 de la présente entente ainsi que sur le nombre de médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 7.00 de la présente.

8.07 Un CSSS visé à l'article 3.02 de la présente qui entend cesser d'assumer les mandats d'une clinique réseau doit en informer les médecins dans un délai raisonnable.

8.08 Lorsque l'avis de résiliation ou de retrait d'un contrat intervenu entre un CSSS et une clinique réseau fait, aux termes du processus d'arbitrage prévu à ce contrat, l'objet d'une contestation de la part de la clinique réseau, ou des médecins qui y exercent leur profession, les médecins visés sont habilités à se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière jusqu'à ce que, par décision finale, la contestation en cause ait été tranchée finalement selon la procédure prévue à ce contrat.

9.00 Entente CSSS-CLSC et clinique réseau

9.01 Outre les modalités de rémunération spécifiques telles que prévues aux articles 4.00 à 7.00, les modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'une clinique réseau sont celles qui s'appliquent en cabinet ou, si la clinique réseau est située dans un CLSC, celles prévues à l'entente particulière relative aux CLSC.

AVIS : Afin de pouvoir se prévaloir des dispositions prévues aux articles 4 et 7, une copie de l'entente entre le CSSS-CLSC et la clinique réseau ainsi que le nom des médecins visés doivent être transmis au comité paritaire qui se chargera d'en informer la Régie.

Toutefois, malgré ce qui précède, le médecin qui exerce de façon régulière dans un CLSC et qui y détient une nomination à honoraires fixes peut, lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau située dans un cabinet, être rémunéré selon ce mode de rémunération prévu à la nomination qu'il détient du CLSC et en vertu de cette nomination. Sous réserve de l'alinéa suivant, ce médecin peut se prévaloir également des dispositions prévues aux articles 4.00 à 7.00 des présentes selon les modalités applicables à tout médecin qui exerce dans la clinique réseau.

AVIS : Le médecin à honoraires fixes rendant des services sans rendez-vous dans un cabinet d'une clinique réseau doit facturer avec le numéro d'établissement correspondant à sa nomination en CLSC et utiliser le code d'activité **076110 Services cliniques sans rendez-vous exempts du plafond trimestriel (paragraphe 7.01)**. Lorsque ces **services sans rendez-vous sont rendus les samedi, dimanche ou journée fériée**, ajouter le **secteur de dispensation 28 pour bénéficier de la majoration en horaires défavorables**.

Veillez vous référer aux instructions de facturation de l'annexe XX (paragraphe 4.01), pour connaître les secteurs de dispensation qui s'appliquent aux autres horaires défavorables.

Pour la facturation des forfaits à l'acte, veuillez vous référer aux directives de l'avis du paragraphe 4.01 de la présente entente. De plus, sur sa facturation, le médecin devra inscrire le code de facturation de la clinique réseau approprié octroyé par la Régie.

Il ne peut se prévaloir des dispositions du paragraphe 6.00 des présentes pour des activités professionnelles réalisées au cours des périodes pendant lesquelles il est rémunéré en vertu de sa nomination du CLSC.

9.02 Le médecin peut se prévaloir des dispositions du présent article aux conditions suivantes :

- l'établissement, avec l'accord du chef du service médical du CLSC, a convenu d'une entente avec la clinique réseau pour le nombre d'heures que le médecin peut consacrer à la clinique réseau et quant à son horaire de travail;
- l'établissement s'engage à assurer le suivi des heures effectuées et facturées par le médecin pour les services dispensés à la clinique réseau.

9.03 La clinique réseau informe le comité paritaire de l'entente CSSS-CLSC et clinique réseau ainsi que du nom des médecins qui se prévalent des dispositions prévus au présent article. Le comité paritaire transmet ces informations à la Régie.

10.00 Mise en vigueur et durée

10.01 Cette entente particulière prend effet le 1^{er} juin 2005. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - CLINIQUE RÉSEAU

ANNEXE I

Cliniques réseau désignées à l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

*EP - MÉDECINE FAMILLE / PRISE EN CHARGE / SUIVI DE LA CLIENTÈLE***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 Objet

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines dispositions relatives aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de clientèle.

2.00 Champ d'application

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

SECTION I : DISPOSITIONS RELATIVES À L'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE**3.00 Conditions de base à l'inscription**

3.01 La pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente présente les caractéristiques suivantes :

- A) Le médecin inscrit la clientèle qu'il accepte de prendre en charge au sein d'un cabinet privé, d'un CLSC, d'une UMF, d'une clinique réseau ou d'un GMF quel que soit son rattachement y compris, exceptionnellement, en clinique externe d'un CH. Le domicile du patient peut également être reconnu comme lieu de prise en charge et de suivi lorsque le suivi est assuré principalement à domicile.
- B) L'acceptation du médecin témoigne de son engagement professionnel vis-à-vis le patient inscrit. Cette acceptation est incluse au formulaire d'inscription et a pour objet exclusif l'obligation professionnelle qu'a le médecin d'agir comme médecin de famille du patient inscrit, en conformité avec les dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec;

L'inscription du patient par le médecin se fait, lors d'une visite ou intervention clinique ou psychothérapie, au moyen du formulaire prescrit par les parties. Le libellé de ce formulaire est reproduit à l'annexe I de l'entente particulière à titre d'information seulement. L'inscription faite dans le cadre de l'entente particulière relative aux groupes de médecine de famille tient lieu d'inscription au sens des présentes dispositions.

- + C) Il assure, pour son patient inscrit, la prise en charge et le suivi des soins requis par son état de santé incluant, s'il y a lieu, les visites périodiques, le suivi des examens de laboratoire et la gestion de la médication, la référence au programme de soutien à domicile du CISSS-CLSC ou, selon le cas, CIUSSS-CLSC ainsi qu'au système de garde en disponibilité du CISSS-CLSC ou, selon le cas, CIUSSS-CLSC si un tel système est en opération sur son territoire.

N'est pas présumé répondre aux exigences de l'alinéa précédent le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels.

- + D) Aux fins de la prise en charge et du suivi de sa clientèle, il collabore avec le CISSS ou, selon le cas, le CIUSSS de son territoire ainsi qu'avec les autres établissements du réseau lorsque requis.

4.00 Modalités de rémunération de l'inscription**Modalités générales**

4.01 Pour toute inscription faite à compter du 1^{er} janvier 2009, un forfait d'inscription est versé, sur la base de l'année civile, au médecin de famille. Lorsque le lieu de suivi habituel du patient est en cabinet ou à domicile, le montant du forfait est de 10,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 11,35 \$ au 1^{er} janvier 2013. Si ce lieu est en établissement, le montant du forfait d'inscription est de 8,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 8,55 \$ au 1^{er} janvier 2013.

Ce forfait d'inscription s'ajoute à celui versé en vertu de l'annexe V de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF). Il s'ajoute également au forfait annuel de prise en charge ainsi qu'au forfait de soutien au démarrage prévus à la présente entente.

4.02 Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

- le pourcentage de majoration appliqué au forfait d'inscription relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération de la dernière visite ou intervention clinique ou psychothérapie fait au lieu de l'inscription au cours de l'année d'application en cause.
- dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait d'inscription est celui appliqué à sa rémunération pour les services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

4.03 L'inscription d'un patient se fait à l'occasion d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès de ce patient.

AVIS : Voir l'annexe I de la présente entente, Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096)¹.

Elle est transmise à la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la visite ou l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette inscription à défaut de quoi l'inscription est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou UMF rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'inscription, doit informer la Régie de la date de la visite ou de l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette inscription.

AVIS : *Hors GMF*

*Pour inscrire un patient **non vulnérable**, consulter les directives et remplir le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096) disponible sous Formulaires dans la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.*

Conserver l'original signé par les deux parties.

Remettre une copie à la personne assurée.

Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne ou un logiciel d'inscription approuvé par la Régie.

Le document d'aide à la décision Inscription auprès d'un médecin de famille (4107) doit également être remis à la personne assurée.

Instructions pour l'inscription à la Régie par le biais de la Demande de paiement - Médecin (1200) (inscription générale) :

- inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;

- inscrire sur la première ligne de la section Actes les éléments suivants :

• la date d'inscription dans les champs généralement utilisés pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire 4096 par la personne assurée (ou son accompagnateur).

• dans la case CODE, inscrire le code d'acte **99800** pour la clientèle non vulnérable âgée de 69 ans ou moins ou le code d'acte **99509** pour la clientèle non vulnérable de 70 ans ou plus;

• la valeur 1 dans la case R (pour rôle);

• la valeur 0 dans la case HONORAIRES.

- inscrire le lieu de suivi habituel dans la section Établissement. Pour un cabinet, inscrire le code de localité ou le code 54XXX, 55XXX ou 57XXX si le cabinet détient un numéro de facturation attribué par la Régie. Pour un établissement, inscrire le numéro approprié soit CLSC, UMF-CH, GMF (établissement) et clinique réseau (établissement);

- **Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement.** Les demandes de paiement comportant aussi des services ou des forfaits seront rejetées, les services ou forfaits seront coupés à l'état de compte et l'inscription sera annulée.

- ne rien inscrire dans la section Visites.

- inscrire zéro dans la case TOTAL (pour total des honoraires).

¹ Document d'aide à la décision à remettre au patient : Inscription auprès d'un médecin de famille (4107) et Renseignements sur les groupes de médecine de famille (4095)

AVIS : (suite)

Noter qu'aucune modification d'inscription n'est possible avec la Demande de paiement - Médecin (1200). Vous devez remplir le formulaire papier Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094), disponible sur notre site Web et le transmettre par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

REMARQUES :

Les demandes de paiement (1200) servant à l'inscription générale ne feront pas l'objet de frais de 0,50 \$ de traitement et ne paraîtront pas à votre état de compte.

Si vous nous les transmettez informatiquement, vous pouvez le faire dans le même lot que vos demandes de paiement régulières. Il est **obligatoire** de consulter votre rapport d'erreurs car c'est ainsi que la Régie vous indiquera si votre demande d'inscription a été rejetée. Vous pourrez la soumettre à nouveau avec les corrections appropriées pour finaliser le tout. Noter que les demandes d'inscription acceptées ne figureront pas au rapport d'erreur.

Si vous nous les achetez par courrier, vous pouvez les expédier seules ou en même temps que vos demandes de paiement (1200) réguliers. Vous serez avisé par courrier des erreurs détectées sur vos demandes d'inscription et devrez les soumettre à nouveau.

Pour inscrire un patient vulnérable, voir l'avis sous le paragraphe 5.01.

4.04 Lors de l'inscription du patient, le médecin indique le lieu où le suivi sera habituellement effectué. Il peut modifier le lieu une fois par année d'application et doit en informer la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du début du nouveau lieu de suivi du patient à défaut de quoi la modification est refusée. Le forfait d'inscription versé pour l'année d'application en cause tient compte de cette modification considérée avoir été en vigueur pendant toute l'année d'application.

Le médecin ne peut inscrire un patient lorsqu'il exerce dans un milieu de dispensation de services autre que ceux apparaissant au paragraphe 3.01 A) ci-dessus.

Le médecin qui a inscrit ses patients dans le cadre d'un GMF et qui quitte le GMF doit en aviser la Régie dans les trente (30) jours suivant son départ et l'informer de son nouveau lieu de pratique. Pour les fins du versement du forfait d'inscription, sa clientèle demeure inscrite à son nom à ce nouveau lieu de pratique.

AVIS : Pour transmettre les informations relatives à un changement de lieu, utilisez le formulaire 4096 ou remplissez le formulaire papier Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094). Si vous quittez votre GMF et conservez votre clientèle, vous pouvez demander un changement massif de lieu de suivi, par lettre, en prenant soin de préciser la date du changement, le nom du GMF et le site concerné. Transmettre l'une ou l'autre de ces demandes par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec)
G1K 7B4

- + **4.05** Pour donner droit au versement annuel du forfait d'inscription, un patient inscrit doit être considéré comme un patient actif au 1^{er} janvier suivant l'année d'application en cause c'est-à-dire au 1^{er} janvier de l'année du versement du forfait d'inscription. Est considéré comme actif, le patient qui a rencontré son médecin auprès duquel il est inscrit ou, dans le cas d'une UMF, un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous, au cours des trente-six (36) mois précédents.
- + Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait d'inscription n'est pas versé pour l'année d'application en cause. Il est versé à nouveau pour l'année d'application pendant laquelle une visite ou intervention clinique ou psychothérapie est effectué auprès du patient par son médecin, ou, dans le cas d'une UMF, d'un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous.
- + Pour permettre la validation du caractère actif du patient, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire facture, à l'occasion d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie, le forfait d'inscription à la Régie. Cette facturation doit se faire au moins une fois tous les trois ans.

AVIS : *Aucune facturation du forfait d'inscription n'est nécessaire. Le caractère actif du patient inscrit auprès d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire peut être maintenu par la facturation, au cours de l'année civile, de l'un des forfaits prévus à la présente entente particulière ou à celle relative aux groupes de médecine de famille, s'il y a lieu. Le patient inscrit avant le 31 décembre 2015 est présumé actif jusqu'à la fin de 2017. Le médecin doit enregistrer les renseignements relatifs aux services rendus par le service en ligne Gestion des consultations pour maintenir le caractère actif au-delà de 2017.*

4.06 Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait d'inscription payé à chacun des médecins est proportionnel au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le calcul se fait sur la base de mois entiers, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin.

4.07 Le médecin qui inscrit un patient déjà inscrit auprès d'un autre médecin de famille donne son consentement à ce que son nom comme médecin de famille de ce patient ainsi que le lieu d'inscription soient transmis au premier médecin qui a, préalablement, inscrit ce patient.

Dans le cas où un médecin est d'avis que l'inscription auprès d'un autre médecin d'un de ses patients inscrits ne reflète pas une prise en charge effective par cet autre médecin, il peut communiquer avec ce patient et lui demander, au moyen du formulaire apparaissant à l'annexe II de la présente entente, de rétablir sa première inscription. Pour que la Régie puisse procéder au rétablissement de l'inscription, ce formulaire doit être acheminé à la Régie au plus tard dans les six (6) mois suivant la date du rapport transmis par la Régie pour informer le médecin de la fin de l'inscription de son patient.

Pour les avis de changement de médecin ayant pris effet entre le 1^{er} juillet 2011 et le 1^{er} janvier 2012, le médecin peut acheminer le formulaire de rétablissement d'inscription jusqu'au 30 juin 2012.

Dans le cas du rétablissement d'une inscription, la seconde inscription est annulée et le médecin auprès duquel elle s'est faite, ne peut se prévaloir du forfait d'inscription, du forfait annuel de prise en charge et du forfait de responsabilité prévus aux paragraphes 4.00 et 6.00 de la présente entente.

AVIS : *Voir annexe II de la présente entente, formulaire Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille (4055).*

4.08 Le forfait d'inscription est versé annuellement au cours du mois de mai suivant le 31 décembre de l'année d'application. Sous réserve du paragraphe 4.06 et de l'article 10.00 de la présente entente, le forfait est versé dans sa totalité même si l'inscription ou les modifications découlant des paragraphes 4.03 ou 4.04 sont intervenues en cours d'année d'application.

4.09 Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet, à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, les informations suivantes :

- le nombre de ses patients actifs et le total des forfaits d'inscription auquel il a droit pour l'année d'application;
- lors du versement annuel des forfaits d'inscription, la liste des patients actifs, le lieu de suivi habituel ainsi que le taux de majoration appliqué selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus.

+ **4.10** Sont liés à l'inscription du patient les modalités de rémunération spécifiques à la prise en charge et au suivi des patients vulnérables, soit le forfait annuel de prise en charge, le forfait de responsabilité ainsi que le supplément à la visite périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans.

4.11 Lorsque requis, la Régie peut demander une copie du formulaire d'inscription signé par le patient et son médecin de famille. Ce formulaire est conservé au dossier de ce patient.

Modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

+ **4.12** En regard de la complexité des activités professionnelles requises du médecin pour prendre connaissance du dossier médical antérieur, des antécédents personnels et familiaux, de la validation et de la mise à jour du profil pharmacologique incluant les interactions médicamenteuses ainsi que la planification et de l'instauration du suivi longitudinal interdisciplinaire pertinent, le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique faite lors de la prise en charge du patient sans médecin de famille selon la définition paraissant au sous-paragraphe 4.13 ci-dessous donne lieu à un des suppléments suivants :

A) 22,75 \$ en cabinet privé et 18,90 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, lorsque le patient est non vulnérable;

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19957** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

B) Sous réserve des dispositions du sous-paragraphe 13.02, 70,00 \$ en cabinet privé et 58,10 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, lorsque le patient est vulnérable mais non attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille;

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19958** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

C) Sous réserve des dispositions du sous-paragraphe 13.02, 150,00 \$ en cabinet privé et 124,50 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, lorsque le patient est vulnérable et attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille;

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19959** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

+ Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

4.13 Est considéré comme un patient sans médecin de famille, le patient non inscrit auprès d'un autre médecin de famille ou qui répond à une des dispositions des sous-paragraphe 12.03, 12.04 ainsi que de 13.05 à 13.08 inclusive-ment.

4.14 Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par patient et par médecin de famille.

SECTION II : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES PATIENTS VULNÉRABLES**5.00 Définitions**

5.01 Aux fins de l'identification des clientèles vulnérables, les catégories de problèmes de santé retenues sont les suivantes :

- A) 1. Problèmes de santé mentale (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
2. Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode;
3. Troubles dépressifs majeurs récidivants;
- B) Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
- C) Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3);
- D) Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- E) Diabète excluant le diabète de grossesse;
- F) Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
- G) VIH/SIDA, hépatite C;
- H) Maladies dégénératives du système nerveux central;
- I) Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn;
- J) Insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute, insuffisance hépatique;
- K) Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;
- L) Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;
- M) Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les patients âgés de moins de 70 ans;
- N) Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension;
- O) Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin;
- P) Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel;
- Q) Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.

S

AVIS : Hors GMF

Pour inscrire un patient **vulnérable**, consulter les directives et remplir le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096) disponible sous Formulaires dans la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Conserver l'original signé par les deux parties.

Remettre une copie à la personne assurée.

Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne ou un logiciel d'inscription approuvé par la Régie.

Instructions pour l'inscription à la Régie par le biais de la Demande de paiement - Médecin (1200) (patient vulnérable) :
(Hors GMF)

- Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée.

- Inscrire sur la première ligne de la section Actes les éléments suivants :

- La date d'inscription dans les cases généralement utilisées pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire 4096 par la personne assurée (ou son représentant).
- Dans la case CODE, inscrire une des valeurs comprises entre **99500** et **99520** conformément au tableau ci-dessous. Vous pouvez inscrire un code différent sur chaque ligne de service (maximum de trois codes).
- La valeur 1 dans la case R (pour rôle).
- La valeur 0 dans la case HONORAIRES.

Inscrire le lieu de suivi habituel dans la section Établissement. Pour un cabinet, inscrire le code de localité ou les codes 54XXX, 55XXX ou 57XXX si le cabinet détient un numéro de facturation attribué par la Régie. Pour un établissement, inscrire le numéro approprié soit CLSC, UMF-CH, GMF (établissement) et clinique réseau (établissement).

- **Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement.** Les demandes de paiement comportant aussi des services ou des forfaits seront rejetées, les services ou forfaits seront coupés à l'état de compte et l'inscription sera annulée.

- Ne rien inscrire dans la section Visites.

- Inscrire zéro dans la case TOTAL (pour total des honoraires).

AVIS : (suite)

- Pour chacun des codes que vous désirez inscrire vous devez préciser la date, le code, la valeur 1 dans le case R (pour rôle) et la valeur 0 dans le case HONORAIRES.

CODE D'ACTE	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈME DE SANTÉ	CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
99500	01	Problèmes de santé mentale (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).
99501	02	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient présentant un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.
99502	03	Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3).
99503	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
99504	05	Diabète excluant le diabète de grossesse.
99505	06	Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone.
99506	07	VIH/SIDA, hépatite C.
99507	08	Maladies dégénératives du système nerveux central.
99510	09	Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite, rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.
99511	10	Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode
99512	11	Troubles dépressifs majeurs récidivants.
99513	12	Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatine inférieure à 50 ml par minute, insuffisance hépatique.
99514	13	Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN.
99515	14	Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN.
99516	15	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les patients âgés de moins de 70 ans.
99517	16	Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension.
99518	17	Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.

CODE D'ACTE	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈME DE SANTÉ	CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
99519	18	Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel.
99520	19	Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.
99509		Personne de 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états pathologiques précédents. N.B. : Pour cette condition, la Régie calculera l'âge de la personne assurée avec son NAM, et l'inscrira dans le groupe de vulnérabilité approprié (II ou IV).

IMPORTANT :

Si la personne assurée présente l'un des problèmes de santé numérotés de 01 à 19, vous devez inscrire le code d'acte qui correspond à cette catégorie, peu importe son âge.

Si la personne assurée âgée de 70 ans ou plus ne présente aucun de ces problèmes de santé, vous devez inscrire le code d'acte **99509**

Lorsque la personne assurée ne présentait aucun des états pathologiques visés par cette entente lors de son inscription antérieure et obtient un diagnostic relié à l'un des problèmes de santé numérotés de 01 à 19, veuillez :

- Modifier l'inscription existante⁽¹⁾ en ajoutant le code de catégorie de problème de santé en le transmettant à l'aide du formulaire 4096 électronique par le biais d'Internet.

#

Note : La date de début du problème de santé correspond à celle de la visite ou de l'intervention clinique ou psychothérapie effectué.

- Ajouter le code de catégorie de problème de santé et sa date de prise d'effet sur votre formulaire papier 4096 signé antérieurement par votre client et conservez-le pour vos dossiers.

Aucune modification d'inscription n'est possible avec la Demande de paiement - Médecin (1200). Vous devez remplir le formulaire papier Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094) et le transmettre par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec)
G1K 7B4

Prière d'inscrire seulement le code relié à la pathologie du patient. Ne pas inscrire les codes **99509** et **99800**. Le changement de groupe de vulnérabilité lié à l'âge se fait automatiquement à partir du numéro d'assurance maladie (NAM) du patient et le forfait de prise en charge du patient vulnérable est ajusté en conséquence.

REMARQUES :

Les demandes de paiement (1200) servant à l'inscription de la clientèle vulnérable ne font pas l'objet de frais de 0,50 \$ de traitement et ne paraîtront pas à votre état de compte.

Si vous nous les transmettez informatiquement, vous pouvez le faire dans le même lot que vos demandes de paiement régulières. Il est **obligatoire** de consulter votre rapport d'erreurs car c'est ainsi que la Régie vous indiquera si votre demande d'inscription a été rejetée. Vous pourrez la soumettre à nouveau avec les corrections appropriées pour finaliser le tout. Noter que les demandes d'inscription acceptées ne figureront pas au rapport d'erreur.

Si vous nous les acheminez par courrier, vous pouvez les expédier seules ou en même temps que vos demandes de paiement (1200) réguliers. Vous serez avisé par courrier des erreurs détectées sur vos demandes d'inscription et devrez les soumettre à nouveau.

AVIS : (suite)

En GMF, si vous souhaitez inscrire pour l'EP GMF, un patient que vous aviez déjà identifié à la Régie en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle à titre de médecin de famille, vous devez effectuer une modification du lieu de suivi à l'aide du formulaire 4096 Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille.

Si cette modification doit être apportée à plusieurs inscriptions, vous pouvez transmettre, par lettre, une demande de changement massif de lieu de suivi au Service de l'admissibilité et du paiement, par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste à l'adresse mentionnée plus haut dans cette page. La lettre doit préciser la date du changement, le nom du GMF et le site concerné.

En GMF, si vous souhaitez inscrire un nouveau patient à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, vous devez remplir le formulaire 4096 y compris pour les personnes âgées de 70 ans et plus qui ne présente aucun des états pathologiques numérotés de 01 à 19 et pour lesquelles aucun code spécifique ne s'applique.

Si un de vos patients déjà inscrit auprès de vous dans le GMF commence à présenter les conditions d'un des états pathologiques mentionnés précédemment, vous devez modifier son inscription à l'aide du formulaire 4096 en ajoutant le code de vulnérabilité correspondant à son problème de santé. Un maximum de trois codes de vulnérabilité peuvent être inscrits pour un patient. Ajouter le code et sa date de prise d'effet sur le formulaire papier antérieurement signé par votre patient et conservez-le dans son dossier.

(1) Même si une inscription a été transmise avec une Demande de paiement - Médecin (1200), elle peut être modifiée directement en ligne en utilisant l'application Inscription de la clientèle des professionnels de la santé dès que le médecin est inscrit aux services en ligne ou qu'il a autorisé son personnel administratif à le faire.

6.00 Modalités spécifiques de rémunération

6.01 Forfait annuel de prise en charge : un forfait annuel de prise en charge, sur la base de l'année civile, est payé au médecin auprès duquel un patient vulnérable est inscrit selon les modalités suivantes :

- + A) Le montant du forfait de base est de 59,80 \$ en cabinet et de 44,95 \$ en établissement. Il est modulé selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé (par. 5.01 ci-dessus) du patient. Ces forfaits modulés sont les suivants :
 - Groupe I : le patient est identifié à une seule catégorie de problèmes de santé. Le montant de ce forfait est de 59,80 \$ en cabinet et de 44,95 \$ en établissement soit à 100 % du forfait de base.
 - Groupe II : le patient est identifié à deux catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 89,70 \$ en cabinet et de 67,45 \$ en établissement soit à 150 % du forfait de base.
 - Groupe III : le patient est identifié à trois catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 119,60 \$ en cabinet et de 89,90 \$ en établissement soit à 200 % du forfait de base.
 - Groupe IV : le patient est identifié à deux catégories ou plus de problèmes de santé dont une de ces catégories est la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Le montant de ce forfait est de 119,60 \$ en cabinet et de 89,90 \$ en établissement soit à 200 % du forfait de base.

AVIS :

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Installation CLSC/UMF (GMF ou non)
	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)
Groupe I	59,80	44,95
Groupe II	89,70	67,45
Groupe III	119,60	89,90
Groupe IV	119,60	89,90

- i) Lorsqu'un patient présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits au sous-paragraphe A) ou N) du paragraphe 5.01 ci-dessus, sous réserve de l'alinéa iii) du présent paragraphe, le montant du forfait annuel de prise en charge est de 200 % du montant applicable dans l'un des deux cas suivants :
 - le patient est âgé de 70 ans ou plus;
 - le patient est âgé de moins de 70 ans et présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits aux sous-paragraphe du paragraphe 5.01 autres que A) ou N).
- ii) À l'égard d'un patient vulnérable âgé de 18 ans ou plus qui présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe M) du paragraphe 5.01, le montant du forfait annuel de prise en charge du patient est réduit de 50 %.
- iii) À l'égard du patient décrit à l'alinéa précédent et qui présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits au sous-paragraphe A) ou N) du paragraphe 5.01, le montant du forfait annuel de prise en charge est de 150 % du montant applicable.

S

B) Lors de l'inscription d'un patient, le médecin identifie, s'il y a lieu, une catégorie de problèmes de santé telle que définie au paragraphe 5.01.

+ Il peut, en tout temps, identifier une telle catégorie pour un patient déjà inscrit ou la modifier, le cas échéant. Il doit en aviser la Régie au plus tard quatre-vingt (90) jours suivant la visite au cours duquel le problème est identifié ou modifié à défaut de quoi cette identification ou modification est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou UMF rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'identification ou de la modification, doit informer la Régie de la date de la visite ou de l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette identification ou modification.

C) Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

- + • le pourcentage de majoration appliqué au forfait annuel relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération du dernier forfait de responsabilité ou de la dernière visite ou intervention clinique ou psychothérapie payé au médecin pour ce patient au cours de l'année d'application en cause. Dans le cas où, par la suite, la rémunération du médecin passe d'un taux de majoration à un autre, le nouveau taux de majoration s'applique au forfait annuel à partir de la première visite, de la première intervention clinique ou psychothérapie ou du premier forfait de responsabilité réclamé selon le nouveau taux applicable;
- dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait annuel est celui appliqué à sa rémunération du dernier forfait de responsabilité ou, à défaut, des services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

+ D) Pour donner droit au forfait annuel de prise en charge, un patient doit être considéré comme un patient vulnérable actif au 1^{er} janvier de l'année d'application en cause c'est-à-dire au 1^{er} janvier de l'année du versement du forfait annuel. Est considéré comme vulnérable actif, le patient qui a rencontré son médecin de famille auprès duquel il est inscrit ou, dans le cas d'une UMF, un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous, au cours des douze (12) mois précédents.

+ Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait est payé à partir de la date de la première visite, de la première intervention clinique ou psychothérapie ou du premier forfait de responsabilité facturé pour ce patient par son médecin, ou, dans le cas d'une UMF, par un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous, au cours de l'année d'application et le montant payé est proportionnel au nombre de mois de l'année d'application qui reste à écouler, incluant le mois de la visite, de l'intervention clinique ou psychothérapie ou du forfait de responsabilité.

#

AVIS : Hors GMF

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un CLSC ou dans une UMF-CH hors GMF doit inscrire au registre Gestion des consultations de la Régie, les visites des patients inscrits auprès de lui ou d'un médecin de son groupe de pratique au cours d'une année civile ou facturer le forfait de responsabilité. L'inscription au registre ou la facturation de ce forfait permet notamment de conserver le caractère actif de ces patients.

- + E) Le forfait annuel de prise en charge est payé à partir du mois de l'inscription du patient ou, selon le cas, du mois de l'identification de la catégorie du problème de santé. Il est rajusté, s'il y a lieu, à compter du mois de la modification ou de l'ajout du problème de santé. Il en est de même pour le changement de lieu de suivi du patient. Cette disposition est conditionnelle au respect du délai paraissant, selon le cas, aux paragraphes 4.04 ou 6.01 B). Lorsque, en raison de son âge, un patient cesse d'être vulnérable, le forfait cesse d'être payé à compter du mois suivant cette modification.
- F) Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait annuel de prise en charge payé à chacun des médecins est proportionnel au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le calcul se fait sur la base de mois entiers, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin.
- G) Le forfait annuel de prise en charge est versé trimestriellement, le premier trimestre débutant le 1^{er} janvier de chaque année de l'année d'application.
- + H) Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, le nombre de ses patients vulnérables actifs pour chacun des quatre (4) groupes de vulnérabilité décrits au paragraphe 6.01 A) ci-dessus, selon le lieu de suivi habituel et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année qui débute.

Lors du versement trimestriel, la Régie transmet la liste des patients vulnérables actifs, le groupe de vulnérabilité auquel chacun appartient, le lieu de suivi habituel ainsi que le taux de majoration appliqué selon les dispositions du paragraphe 6.01 C) ci-dessus.

+ 6.02 Tarif de la visite pour patient vulnérable et forfait de responsabilité :

- + A) Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou de rémunération mixte qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC se prévaut des codes pour les services rendus à un patient vulnérable qu'il a inscrit.

Toutefois, pour des services rendus dans un des lieux paraissant à l'alinéa précédent, lorsqu'un examen physique est inclus dans un acte ou une chirurgie qui ne prévoit pas de tarif spécifique pour un patient vulnérable qu'il a inscrit, le médecin reçoit un forfait de responsabilité pour chaque service qui tient lieu d'examen effectué auprès d'un patient vulnérable inscrit. En UMF, l'examen physique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte fait aussi l'objet de ce traitement. Dans ces mêmes lieux, le médecin reçoit aussi un forfait de responsabilité pour chaque intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est de 10,15 \$ pour des activités rattachées au cabinet et de 7,85 \$ pour des activités rattachées à un CLSC, à une UMF-CH ou à une UMF-CLSC.

AVIS : Pour facturer le forfait, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit **en cabinet**;
- le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit et suivi **à domicile**;
- le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité du patient **vu à domicile**, lorsque le lieu habituel de suivi est un cabinet;
- le **numéro de facturation spécifique** octroyé au cabinet par la Régie ou le code de localité pour les services rendus à domicile ou dans un cabinet ne détenant pas de code spécifique dans la section Établissement;
- les honoraires demandés selon le lieu de dispensation du service;

Le forfait doit être facturé à **la même date** que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectuée et sur la même demande de paiement.

- + B) Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes (à l'exclusion de l'adhérent au mode de rémunération mixte) ou du tarif horaire et qui exerce dans un lieu de dispensation rattaché à un établissement et prévu au paragraphe 3.01 A) de la présente entente reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou service qui tient lieu d'examen effectué dans l'établissement auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit. De plus, le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est de 7,85 \$.

Il en est de même lorsque ce médecin se rend à domicile auprès d'un patient inscrit dans un des lieux de dispensation prévu à l'alinéa ci-dessus.

- # **AVIS :** *Pour facturer le forfait, utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit **en établissement**;
- le code d'acte **15170** pour le forfait de responsabilité du patient **vu à domicile** lorsque le lieu habituel de suivi est un établissement;
- le numéro d'établissement;
- les honoraires demandés selon le lieu de dispensation du service;

Le forfait doit être facturé à la même date que l'intervention clinique ou la psychothérapie effectuée et sur la même demande de paiement.

- + C) Le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité s'appliquant à chaque visite, intervention clinique ou psychothérapie peut être payé à un autre médecin que celui auprès duquel le patient est inscrit aux conditions suivantes (cf annexes IV et V) :

- + i) Le médecin fait partie du même groupe de médecins que celui qui a inscrit le patient et exerce dans un cabinet, un CLSC, une clinique réseau, une UMF adhérente à la Section II de l'Entente particulière relative au médecin enseignant ou un GMF et rend le service dans ce même site de pratique. Le site de pratique est défini comme étant un emplacement situé à la même adresse civique;

AVIS : *Voir l'annexe IV de la présente entente, le formulaire Consentement à la pratique de groupe aux fins du paiement du forfait de responsabilité (4060).*

- + ii) Les médecins du groupe consentent à ce que le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin du groupe;

- + iii) Les médecins ne forment qu'un groupe par site de pratique;

Toutefois, dans le cas où un GMF ou une UMF partage un site avec des médecins qui ne font pas partie du GMF ou de l'UMF, les règles suivantes s'appliquent :

- a) Lorsqu'un GMF est concerné, l'ensemble des médecins membres des deux groupes, qui consentent à ce que le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin des deux groupes, peuvent former un seul groupe aux fins du partage du tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité;

À défaut, les médecins du GMF et ceux non-GMF mentionnés à l'alinéa précédent peuvent au plus former deux groupes. Le premier est constitué des médecins du GMF. Le second peut inclure tous les médecins du même site de pratique qui souhaitent en faire partie, y compris ceux du GMF;

- b) Lorsqu'une UMF, qu'elle soit en CLSC ou en CH, est concernée, les médecins de l'UMF doivent former un groupe distinct afin que les dispositions des sous-paragraphe 4.05 et 6.01 D) ci-dessus puissent s'appliquer. Un second groupe peut également être formé de médecins qui font ou non partie de l'UMF si l'UMF est rattachée à un CLSC;

- + iv) Seuls les patients inscrits au site en cause donnent lieu à la facturation du tarif de la visite prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, du forfait de responsabilité par un des médecins du groupe de ce site.

Toutefois, le GMF ou l'UMF qui comprend plusieurs sites de dispensation de services peut former autant de groupes de médecins qu'il y a de sites et tous les médecins peuvent faire partie de chacun des groupes. Le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité peut être partagé même si le site d'inscription n'est pas le site de dispensation du service pourvu que le médecin du GMF ou de l'UMF fasse partie du groupe formé à ce site de dispensation du service;

- + v) Le médecin du groupe qui facture le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité, doit :
 - a) Avoir accès au dossier du patient s'il le juge nécessaire;
 - b) S'assurer que, suite à la visite du patient, sa note d'examen soit insérée au dossier médical de ce dernier afin que le médecin auprès duquel le patient est inscrit puisse la consulter en temps opportun;
- + c) Avoir une pratique de prise en charge et de suivi de patients vulnérables au même site de pratique sous réserve du deuxième alinéa du sous-paragraphe 6.02 C) iv). Le médecin dont la pratique s'oriente davantage vers le suivi d'une clientèle en obstétrique ou le suivi des enfants âgés de 0 à 5 ans, de même que le nouveau médecin facturant ou celui qui est en processus de développement de clientèle répond à cette condition;
- + vi) Un code unique identifiant le site de pratique est utilisé par tous les médecins du groupe formé à ce site, qu'ils exercent en cabinet, en CLSC, en GMF ou en UMF, pour la réclamation des tarifs de la visite prévus pour le patient vulnérable ou, selon le cas, des forfaits de responsabilité s'y rattachant;

AVIS : Pour bénéficier de la pratique de groupe, les médecins qui exercent en cabinet doivent **préalablement avoir obtenu un numéro de facturation identifiant leur cabinet**. Si ce n'est déjà fait, ils doivent transmettre le formulaire Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet (4066) à la Régie. Ce formulaire peut être transmis par télécopieur au numéro 418 646-8110 ou par la poste aux coordonnées suivantes :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Important : Le nouveau numéro de facturation du **cabinet** octroyé comportera cinq chiffres compris dans la plage 55XXX ou 57XXX. **Il devra être utilisé pour toute la facturation des services rendus dans ce cabinet et par tous les médecins omnipraticiens y exerçant**. Prière de communiquer le nouveau numéro identifiant le cabinet à votre agence de facturation. **Le code de localité ne devra donc plus être utilisé** ni pour les inscriptions, ni pour la facturation des services rendus à la clientèle de ce cabinet, ni pour les visites à domicile, et ce, même pour les médecins qui ne font pas partie d'un groupe de pratique.

En conséquence, **tous les médecins qui exercent dans un cabinet où il y a création d'un groupe de pratique doivent modifier les inscriptions de leurs patients**, afin d'y inscrire le nouveau numéro de facturation octroyé pour le cabinet ou la clinique réseau.

- vii) Les noms des médecins ayant consenti à faire partie d'un groupe ainsi que le nom du médecin responsable du groupe, soit le chef de l'UMF ou le médecin responsable du GMF, de même que le nom du médecin contact du cabinet ou du CLSC, sont transmis, avec leur autorisation et leur numéro de pratique, à la Régie par le médecin responsable ou par le médecin contact, le cas échéant;

Dans le cas de l'UMF ou du GMF qui comporte plus d'un site de dispensation de services, le médecin responsable informe la Régie des sites en cause, du nom des médecins formant le groupe à chacun des sites ainsi que de leur numéro de pratique;

- viii) Le comité paritaire peut accorder une dérogation aux médecins qui ne répondent pas à certaines des conditions décrites ci-dessus et les reconnaître comme groupe aux fins du présent article. Il en avise alors la Régie ainsi que des modalités spécifiques s'appliquant à leur cas.

S

S

SECTION III : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE CERTAINES CLIENTÈLES OBSTÉTRICALES ET PÉDIATRIQUES**7.00 Clientèles obstétricales**

- + **7.01 Visite de prise en charge de grossesse** : cette visite comporte tous les éléments de l'examen complet majeur pertinents à l'évaluation et à la prise en charge de la patiente enceinte ainsi que le complètement des formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement. Il est rémunéré selon les modalités suivantes :
- + A) Le médecin prend en charge et fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS où il détient ses privilèges en obstétrique. Il est alors rémunéré selon le mode de l'acte.
Toutefois, si ce médecin exerce dans une clinique externe non reconnue en vertu des dispositions du paragraphe 3.01 A), la rémunération de la prise en charge et du suivi de grossesse faits dans cette clinique externe ne lui donne pas le droit d'y inscrire la patiente enceinte.
- + B) Un seul examen de prise en charge de grossesse ou de visite de prise en charge de grossesse est payable par grossesse à un médecin.
Dans le cas où le médecin qui a effectué la prise en charge de la grossesse transfère la femme enceinte à un autre médecin en vue de l'accouchement, ce nouveau médecin peut, le cas échéant, réclamer l'examen de prise en charge de grossesse ou la visite de prise en charge de grossesse.
- + C) À l'égard d'une patiente, depuis le début de sa grossesse, le médecin qui réclame cet examen ne peut pas par la suite durant l'année civile se prévaloir de la visite de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge ou de la visite périodique d'un patient vulnérable;
- + D) Le tarif de l'examen de prise en charge de grossesse est de 63,80 \$.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **00059** pour l'examen de prise en charge de grossesse;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code d'installation (clinique externe).

Seul le médecin rémunéré exclusivement à l'acte peut facturer l'examen de prise en charge dans une installation.

+ **7.02 Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse.**

- + A) Un supplément au premier examen fait lors de la prise en charge de grossesse (intervention clinique, examen complet ou examen de prise en charge de grossesse) est accordé lorsque cette intervention ou cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente. Ce supplément est de 45,35 \$ en cabinet ou à domicile et de 34,05 \$ en établissement.

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **15159** dans la section Actes pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse, à l'intervention clinique ou à l'examen complet **en cabinet, à domicile ou en établissement**;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe), selon le cas;
- inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le supplément doit être facturé à la même date que la visite de prise en charge, l'intervention clinique ou l'examen complet et sur la même demande de paiement (sauf pour les médecins à TH ou HF qui ne peuvent facturer la visite).

Il est payable dans la mesure où la patiente n'a pas, à une date antérieure, fait l'objet d'une visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre ou d'un examen ou d'une intervention clinique ayant donné lieu au paiement d'un supplément de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre pour la même grossesse. Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin au cours du premier trimestre de sa grossesse pour en assurer le suivi, le supplément est payable au médecin auquel la patiente a été référée.

AVIS : Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin, ce dernier doit inscrire l'initiale du prénom et le nom au complet du médecin référant dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

- + B) Un supplément s'ajoute également à l'intervention clinique individuelle et à l'examen faits dans le cadre d'un suivi de grossesse. Il est de 10,90 \$ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 8,55 \$ lorsque le médecin exerce en établissement.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15144** pour le supplément en **cabinet** ou à **domicile**;
- le code d'acte **15145** pour le supplément en **établissement**;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe);

La date de service pour le supplément doit être la même que celle de l'intervention clinique et il doit être facturé sur la même demande de paiement.

- + Ces suppléments peuvent être facturés par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, la visite de prise en charge de grossesse, la visite de suivi de grossesse, l'intervention clinique à l'occasion d'un suivi de grossesse, l'examen de prise en charge de grossesse ou l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse demeurent rémunérées selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas. Ces suppléments peuvent également être facturés en UMF durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

- + Seul le supplément de suivi de grossesse peut être réclamé par un médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte lorsqu'il réclame l'intervention clinique individuelle.

Ces suppléments peuvent être facturés même si le médecin ne détient pas de privilèges en obstétrique. Lorsque le médecin ne prévoit pas effectuer lui-même l'accouchement de la patiente enceinte, une entente doit avoir été conclue avec un autre médecin qui exerce en obstétrique afin d'assurer le suivi lorsque requis ainsi que l'accouchement de la patiente.

+ **7.03 Supplément pour prise en charge temporaire :**

Au bénéfice du médecin qui détient des privilèges en obstétrique et assume temporairement le suivi d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille, un supplément est accordé pour cette prise en charge temporaire et le suivi de grossesse dans la mesure où ces services sont dispensés dans un lieu prévu au paragraphe 3.01 A) ci-dessus. Le montant de ce supplément est de 11,35 \$ si le lieu de suivi est en cabinet et de 8,55 \$ si le lieu de suivi est en établissement. Si le médecin est membre d'un GMF et qu'il y assume temporairement le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin membre du même GMF, s'ajoute à ce supplément un montant de 8,95 \$.

AVIS : *Le supplément pour prise en charge temporaire peut être facturé même si la patiente n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille.*

Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15189** dans la section Actes **en cabinet, à domicile ou en établissement**;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou exceptionnellement en clinique externe) dans la section Établissement;
- la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

La date de service pour le supplément doit être la même que celle de l'examen ou de la visite de prise en charge de grossesse et il doit être facturé sur la même demande de paiement, sauf pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui ne peut facturer l'examen et la visite de prise en charge de grossesse.

AVIS : *Pour le médecin membre d'un GMF : le supplément codé 19074 peut être facturé uniquement si la patiente est inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF.*

Inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **19074** dans la section Actes;
- les HONORAIRES selon le tarif en vigueur à la date du service (**soumis à la rémunération différente**);
- le code de l'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet, CLSC ou UMF-CH. Si la prise en charge ne peut être faite qu'à domicile, utiliser le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF. **À noter que dans le cas d'un cabinet tous les médecins du GMF, adhérents ou non, doivent utiliser le numéro du GMF.**

Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par grossesse de la cliente. Il est facturé lors de la visite faite au moment de la prise en charge effective de la grossesse par le médecin, qu'il soit rémunéré selon le mode de l'acte, des honoraires fixes ou du tarif horaire.

Ce supplément ne peut être facturé par le médecin auprès duquel la cliente est déjà inscrite. Il tient lieu d'inscription temporaire et est comptabilisé comme inscription aux fins des dispositions de la section VII de la présente entente particulière. Le formulaire d'inscription ne doit pas être rempli.

8.00 Clientèles pédiatriques

8.01 Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans : le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et qui fait un examen périodique auprès d'un enfant âgé de 0 à 5 ans qu'il a inscrit selon les dispositions de la présente entente reçoit un supplément à chaque examen périodique. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte. Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte qui se prévaut de l'intervention clinique individuelle lors de pareil examen reçoit aussi un supplément.

En UMF, l'examen périodique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte donne aussi ouverture au supplément pour chaque examen périodique.

Dans les deux cas, les modalités suivantes s'appliquent :

A) Le montant du supplément est de 16,30 \$ en cabinet ou à domicile et de 12,75 \$ en établissement;

AVIS : *Pour facturer le supplément, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **08877** dans la section Actes pour le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans **en cabinet ou en établissement**;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC ou UMF) selon le cas;

NOTE : *Le supplément ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.*

En GMF, remplir et transmettre le formulaire 4096 pour identifier cette clientèle à la Régie.

Hors GMF, remplir et transmettre le formulaire 4096 ou une Demande de paiement – Médecin (1200) en utilisant le code d'acte **99800** pour identifier un enfant âgé de 0 à 5 ans. Si l'enfant a moins d'un an et ne possède pas de NAM, inscrire la lettre « C » dans la case C.S. et tous les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse). De plus, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES uniquement les 12 caractères du NAM d'un des parents (de préférence le NAM de la mère).

Pour les deux types de pratique, si l'enfant âgé de 0 à 5 ans présente les conditions d'un des états pathologiques décrits au paragraphe 5.01 de la présente entente particulière, voir l'avis relatif à ce paragraphe.

Vous devez conserver l'original du formulaire 4096 dûment signé par les deux parties pour chacune de vos inscriptions et en remettre une copie au représentant du patient ou à son accompagnateur.

Adhésion ou passage d'un GMF à un autre GMF ou retrait d'un GMF : si, lors de votre changement de pratique, vous conservez la clientèle que vous suiviez, vous devez faire une modification du lieu de suivi à l'aide du formulaire 4096. Si cette modification doit être apportée à plusieurs inscriptions, vous pouvez transmettre, par lettre, une demande de changement massif du lieu de suivi au Service de l'admissibilité et du paiement. La lettre doit préciser la date du changement, le nom du GMF et le site concerné.

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110

- B) Le médecin doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant âgé de 0 à 5 ans;
- C) Le nombre d'examens périodiques et d'interventions cliniques individuelles admissibles au supplément prévu au présent paragraphe se répartit comme suit:
- entre 0 et 21 mois : huit (8) visites
 - entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile.

En plus des examens périodiques et des interventions cliniques individuelles admissibles réclamés, sont assimilés à des examens périodiques admissibles pour les fins de calcul du nombre d'examens, la visite de prise en charge et la visite périodique pédiatrique.

+ **SECTION IV : MESURES FAVORISANT LA COORDINATION ENTRE LES MÉDECINS ET LE CISSS OU, SELON LE CAS, LE CIUSSS**

- + **9.00 Prise en charge prioritaire de certaines clientèles** : de façon à faciliter ou favoriser la prise en charge et le suivi de certaines clientèles, par l'entremise du médecin coordonnateur local au besoin, un médecin peut se prévaloir de la mesure suivante :

1) Congé en établissement

Le médecin qui complète la feuille sommaire liée au départ d'un patient en temps opportun, au plus tard avant la fin de la journée suivant le départ de ce dernier, reçoit un forfait de 34 \$ au 1^{er} juin 2013.

Ce forfait peut être facturé selon le mode de l'acte par le médecin rémunéré selon les modes des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, l'examen du patient donnant lieu à la facturation du congé demeure rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas.

AVIS : *Inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code **15158** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- le code d'établissement **0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 4XXX6, 0XXX8, 4XXX0** ou **4XXX7** dans la section Établissement;
- inscrire la date d'entrée et de sortie de l'hospitalisation du patient ou de son séjour en unité de décision clinique dans les cases prévues à cet effet;
- inscrire le lieu où le patient est dirigé suite à son congé d'hospitalisation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : Le code **15158** ne peut être facturé en CLSC ou en UMF.

AVIS : À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être facturés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le patient doit, immédiatement avant son congé, être admis en soins de courte durée dans un des secteurs d'activités suivants d'une installation d'un établissement, installation opérant un centre hospitalier :

- Unité de soins gériatriques;
- Unité de soins généraux et spécialisés;
- Unité de soins intensifs;
- Unité de soins coronariens;
- Département de psychiatrie;
- Unité de soins palliatifs;
- Unité de décision clinique.

À son départ, le patient doit être dirigé à domicile, en services de réadaptation, en soins palliatifs ou en soins de longue durée dispensés dans un autre établissement fusionné ou non fusionné ou dans une autre installation de l'établissement de départ.

Lorsqu'un patient fait l'objet d'un suivi par plus d'un médecin, le médecin qui réclame le forfait doit être le principal responsable de l'organisation du congé du patient. Le fait que certains résultats ne soient pas disponibles lors du congé n'empêche pas le médecin de réclamer le forfait, dans la mesure où il s'assure que les informations pertinentes soient ultérieurement consignées sur la feuille sommaire.

Sont exclus de l'application du présent forfait le congé donné à la suite d'un accouchement vaginal ou par césarienne, le congé du nouveau-né de la pouponnière de même que le congé du patient pour lequel un constat de décès doit être complété.

SECTION V : MODALITÉS RELATIVES À LA CESSATION DE PRATIQUE OU À LA MODIFICATION DE PRATIQUE

10.00 Modalités applicables au forfait d'inscription

10.01 Le forfait d'inscription n'est pas versé au médecin pour la période où, au sens des articles 11.00 ou 12.00 ci-dessous, selon le cas, il cesse de pratiquer ou il modifie sa pratique pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le forfait d'inscription est versé au prorata des mois précédant la date de début de la période en cause ou suivant la date de reprise des activités, sous réserve des dispositions du paragraphe 4.05 ci-dessus. Le mois de la date effective de début est inclus dans le calcul du prorata alors que le mois de la date de reprise des activités professionnelles en est exclu.

Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la période en cause ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles.

11.00 Modalités applicables au forfait annuel de prise en charge en cas de cessation de pratique :

11.01 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin qui a cessé d'exercer sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la prise de congé ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le paiement cesse le mois suivant le début de la cessation de la pratique du médecin.

À compter de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date de la première visite ou de la première intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2^e alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

Aux fins de la présente disposition, durant la période de cessation des activités du médecin, la rémunération versée au médecin pour des activités de ressourcement, de formation médicale ou de perfectionnement n'est pas considérée comme constituant de la pratique au sein du régime d'assurance maladie.

AVIS : *Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date effective de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais.*

Par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

11.02 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin durant toute la période où il cesse de détenir un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec. Le paiement cesse le mois suivant la date de la perte du permis d'exercice. À compter de la reprise de ses activités professionnelles, les modalités énoncées aux alinéas B), C), D) et E) du paragraphe 11.03 s'appliquent au versement du forfait annuel de prise en charge.

Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin le mois suivant la date à partir de laquelle il est considéré, aux termes de la Loi, comme un professionnel non-participant ou désengagé.

11.03 Dans le cas où le médecin qui cesse d'exercer sa profession est en congé d'invalidité totale pour plus de treize (13) semaines, en congé de maternité ou d'adoption, les modalités de rémunération relativement au paiement du forfait annuel sont les suivantes;

AVIS : Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date effective de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais. **Si votre absence correspond à un congé d'invalidité, joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant.**

Par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

A) Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin durant la période de la prise de congé de maternité, d'adoption ou durant la période de congé d'invalidité totale. Ce paiement cesse le premier du mois de la date effective de la prise de congé.

Le médecin doit informer la Régie de la date effective du début de la prise de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale ainsi que de la date effective de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie.

B) À compter du premier du mois de la reprise de ses activités professionnelles, pour la partie de l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit, le forfait annuel de prise en charge est payé au médecin pour le patient qui n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin et qui répond à une des situations suivantes :

- i) il est inscrit auprès de ce médecin et est actif au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus au 1^{er} janvier de la même année civile que celle de la date de la prise de congé;
- ii) il s'est inscrit auprès de ce médecin au cours de la même année civile que celle de la date de prise de congé ou que celle du retour de congé, étant entendu que l'inscription d'un patient doit coïncider avec la date d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès de ce patient tel que stipulé au paragraphe 4.04 de la présente entente.

C) La prise de l'un des congés visés par la présente disposition ne doit pas excéder vingt-quatre (24) mois. Dans le cas où le congé excède vingt-quatre (24) mois, les dispositions du paragraphe 11.01 s'appliquent.

D) Pour l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit la date de la reprise des activités professionnelles du médecin, la rémunération du médecin qui compte le 1^{er} janvier de l'année de la prise de congé au moins deux cents (200) patients inscrits vulnérables et actifs au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus et/ou enfants de moins de 63 mois inscrits et visés par le paragraphe 8.01 de la présente entente, est réputée être sujette à l'application du paragraphe 5.3 1) de l'annexe IX de l'entente générale même si le nombre de patients inscrits est inférieur à 200 patients au 1^{er} janvier de chaque année en cause.

E) Sauf dans le cas où il existe dans le milieu de pratique du médecin un groupe au sens du sous-paragraphe D) du paragraphe 6.02, au moment où le médecin signifie à la Régie la date effective de début du congé, il peut lui transmettre le ou les nom(s) des médecins qui accepte(nt) de prendre en charge ses patients vulnérables inscrits pendant la durée de son congé. Le ou les médecin(s) peut ou peuvent se prévaloir des dispositions relatives au forfait de responsabilité apparaissant au paragraphe 6.02 ci-dessus à compter de la date de début précisé pour la prise en charge le ou les concernant à la Régie. Advenant que le médecin en congé reprenne ses activités professionnelles au cours des treize (13) premières semaines suivant la date de son départ, le ou les médecin(s) ayant pris charge durant cette période des patients vulnérables inscrits auprès du médecin en congé peut ou peuvent se prévaloir des bénéfices de la présente disposition (cf annexe VI).

AVIS : Voir annexe VI de la présente entente, formulaire Avis d'absence et de prise en charge temporaire aux fins du paiement du forfait de responsabilité (4072).

11.04 Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, pour cause, selon les modalités qu'il fixe, permettre, à un médecin qui ne répond pas aux conditions énoncées au premier alinéa du paragraphe 11.03, de bénéficier des modalités qui sont spécifiées par cette disposition.

12.00 Modalités applicables au forfait d'inscription et au forfait annuel de prise en charge en cas de modification de la pratique

12.01 Le médecin qui modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure de continuer à assurer la prise en charge et le suivi de la plupart de ses patients inscrits au moment de cette modification doit en aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant cette modification. Ces patients cessent d'être inscrits à ce médecin à la date de la modification du lieu de pratique sauf pour ceux pour lesquels le médecin indique à la Régie qu'il croit pouvoir continuer à assurer la prise en charge et le suivi. Il informe alors la Régie du nouveau lieu de suivi de ces patients.

AVIS : *Vous devez faire parvenir au Service de l'admissibilité et du paiement les informations demandées ci-dessus par lettre ou utiliser le formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094) :*

Par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

12.02 Le médecin qui, pour une période de plus de treize (13) semaines, modifie son profil de pratique pour exercer dans un secteur d'activités autre que celui de la médecine de famille, de prise en charge et de suivi et qui, conséquemment, n'est plus en mesure d'assurer le suivi de la plupart de ses patients pendant cette période doit également en aviser la Régie. Dans ce cas, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé à ce médecin pour la période en cause. Le paiement cesse le mois suivant le début de la modification de la pratique du médecin;
- Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la modification de sa pratique ainsi que, s'il y a lieu, de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans cette pratique;
- À compter de la reprise de ses activités dans la pratique de médecine de famille, de prise en charge et de suivi, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date de la première visite ou de la première intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2^e alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

AVIS : *Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date effective de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais.*

Par courrier à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

12.03 Le médecin de famille qui prend sa retraite doit en informer rapidement la Régie afin que sa clientèle soit désinscrite à la date prévue. Il en est de même pour le médecin qui diminue ses activités de prise en charge en vue de sa retraite prochaine. Pour la partie de sa clientèle dont il ne pourra plus assurer le suivi, il doit en informer rapidement la Régie afin que les patients qu'il a identifiés, soient désinscrits.

Cette obligation s'applique également au médecin qui ne peut plus assurer le suivi de sa clientèle pour les raisons suivantes : la non-participation au régime d'assurance maladie du Québec ou le désengagement, une invalidité totale à long terme, la radiation permanente ou l'abandon de la pratique.

AVIS : Pour le médecin pratiquant hors GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF (4094), le signer et le faire parvenir à la Régie par télécopieur ou par la poste au :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

Pour le médecin pratiquant en GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez faire parvenir une lettre à la Régie en précisant la date du changement, le GMF et le site précis concerné, par télécopieur ou par la poste au :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Par télécopieur : 418 646-8110

12.04 La Régie procède à la désinscription de toute la clientèle inscrite du médecin qui n'a pas lui-même demandé cette désinscription dans les cas suivants :

- i) le Collège des médecins du Québec (ci-après le Collège) a transmis un avis de retraite du médecin;
- ii) sur réception de l'avis de décès ou dès que le Collège des médecins l'informe du décès du médecin;
- iii) le Collège a transmis un avis de radiation permanente ou d'abandon de pratique concernant ce médecin;
- iv) le médecin a transmis un avis de non-participation ou de désengagement.

13.00 Modalités spécifiques à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

13.01 Un supplément de 300,00 \$ en cabinet privé et de 248,95 \$ en CLSC, en UMF-CH, en UMF-CLSC ou en établissement, associé à la catégorie de patients très vulnérables peut être accordé, lorsque le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille, et ce, à la condition que le patient alors attribué présente un ou des problèmes de santé ci-après décrits :

- le patient présente un ou des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 de la présente entente avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3;
- le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de la présente entente particulière.

Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement - Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19960** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le numéro de cabinet, le code de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou le numéro d'établissement (CLSC, UMF-CH, UMF-CLSC) dans la section Établissement, selon le cas.

- + **13.02** Sur la base d'une année civile, un nombre maximum de patients attribués à un médecin de famille par le guichet d'accès à un médecin de famille et inscrits par ce médecin peuvent faire l'objet des suppléments prévus au sous-paragraphe 4.12 C). Ce nombre est atteint lorsque le médecin a inscrit les 150 premiers patients attribués par le guichet donnant droit aux suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A) et 4.12 C) ainsi qu'au paragraphe 13.01. Une fois ce nombre maximal atteint, pour tous les patients subséquents, vulnérables ou non vulnérables, attribués ou non par le guichet d'accès à un médecin de famille, seuls les suppléments prévus aux sous-paragraphe 4.12 A), 4.12 B) et 13.01 peuvent être réclamés. Les suppléments prévus au paragraphe 13.01 peuvent alors être réclamés en autant que le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille et qu'il répond aux conditions décrites à ce paragraphe.

Cette limite ne s'applique pas à un médecin de famille au cours des quatre (4) premières années de pratique. L'année de pratique reconnue au médecin de famille est celle prévalant au 1^{er} janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice.

Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention. Le comité paritaire convient des correctifs requis, pouvant comprendre de faire cesser l'attribution de patients à un médecin de famille par le guichet d'accès, s'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité de ses services auprès de la clientèle.

13.03 Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, la Régie récupère la totalité du supplément à la visite de prise en charge et de suivi versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze mois qui suivent la date d'inscription d'un patient :

- i) le médecin de famille a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- ii) le médecin de famille modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- iii) le médecin de famille prend sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou une aggravation de son état de santé.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin de famille à compter de la date de la modification ou de la cessation de pratique.

+ **13.04** Le guichet d'accès à un médecin de famille donne au médecin de famille prêt à prendre en charge le patient qu'il lui attribue, les informations suivantes :

- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les conditions de santé.

13.05 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille, suite à une attribution du guichet d'accès depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au médecin coordonnateur pour demander d'être admissible auprès d'un second médecin de famille pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin de famille, le médecin coordonnateur peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01. Le médecin coordonnateur avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du supplément réclamé par le premier médecin de famille.

Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au médecin coordonnateur pour demander d'être inscrit auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin coordonnateur peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du médecin coordonnateur, du lieu de pratique du médecin de famille auprès duquel il est inscrit.

13.06 Sur demande du coordonnateur médical ou, en ce qui concerne la radiation, sur avis du Collège des médecins,

- a) la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :
 - i) le médecin de famille a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;
 - ii) le médecin de famille auprès duquel elle est inscrite est en invalidité totale depuis plus de cent quatre (104) semaines;
 - iii) le médecin de famille est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;
 - iv) le médecin de famille est en congé de maternité ou d'adoption pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines;

- v) le médecin de famille déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le coordonnateur médical local, pour maintenir l'accessibilité des services;
 - vi) le médecin de famille est radié temporairement par le Collège pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines.
- b) la clientèle vulnérable inscrite d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 dans les cas suivants :
- i) le médecin de famille est en invalidité totale laquelle se prolonge depuis plus de 26 semaines ou aura une durée de plus de 26 semaines selon le jugement du coordonnateur médical local sur la base du diagnostic;
 - ii) le médecin de famille fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle que soit la durée.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie avise le médecin de famille que l'indicateur d'admissibilité de sa clientèle aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 paraîtra à son Registre des patients inscrits.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin de famille.

Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin de famille qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux paraissant aux paragraphes 12.01, 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui le réinscrit ultérieurement.

AVIS : *Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé - Gestion de l'indicateur.

Pour informer la Régie de son retour à la pratique, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205) et le faire parvenir à la Régie (voir l'annexe VII de la présente entente).

Le formulaire 4205 est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Formulaires dans votre profession.

13.07 Sur demande du médecin de famille lui-même auprès de la RAMQ et/ou de son coordonnateur de guichet, sa clientèle devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 dans les cas suivants :

- i) le médecin de famille prend totalement sa retraite à une date connue, celle-ci au plus tard 24 mois suivant sa demande;
- ii) le médecin de famille est en invalidité partielle pour une période suffisamment importante;
- iii) le médecin de famille réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre qu'en première ligne.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie indique à son Registre des patients inscrits que les patients du médecin de famille concerné sont admissibles aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin de famille.

AVIS : *Pour informer la Régie, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205) et le faire parvenir à la Régie (voir l'annexe VII de la présente entente).*

Le formulaire 4205 est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Formulaires dans votre profession.

Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé - Gestion de l'indicateur.

13.08 Le médecin de famille visé par un des paragraphes 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui revient à sa pratique initiale peut réinscrire un ancien patient précédemment inscrit à son nom et qui a fait l'objet d'une procédure de désinscription postérieurement au 1^{er} novembre 2011 ou d'une procédure d'admissibilité aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 selon les dispositions des paragraphes ci-dessus. Toutefois, les réserves suivantes s'appliquent :

- le médecin de famille ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions relatives au rétablissement d'inscription prévues au paragraphe 4.07 de la présente entente;
- il ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions du paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 avant une période de six (6) ans à compter de la date de la désinscription ou de la procédure d'admissibilité.

SECTION VI : AUTRES MESURES DE COMPENSATION OU D'EFFICIENCE

14.00 Frais de cabinet

14.01 Au bénéfice du médecin qui assure la prise en charge de sa clientèle en cabinet et en assure le suivi en cabinet ou à domicile, les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le médecin qui, dans le cadre de sa pratique visée au présent paragraphe, dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou auprès des médecins de son groupe au sens du paragraphe 6.02 C) de la présente entente, peut se prévaloir des modalités de compensation pour les frais de cabinet suivantes :

- i) un montant de 25 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 31 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à au moins six (6) patients inscrits;

AVIS : Pour facturer ce forfait, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19928** pour les services dispensés à au moins six patients inscrits dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet ou de localité dans la section Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- ii) un montant de 50 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 62 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à douze (12) patients inscrits ou plus;

AVIS : Pour facturer ce forfait, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19929** pour les services dispensés à au moins 12 patients inscrits dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet ou de localité dans la section Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) un maximum de 50 \$ et, à compter du 1^{er} avril 2013, de 62 \$ peut être réclamé par journée;

c) les montants réclamés en vertu du présent paragraphe ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX;

Le médecin ou un regroupement de médecins dont la pratique n'est pas basée sur la prise en charge des patients, et donc sur leur inscription, peut s'adresser au comité paritaire pour faire évaluer sa ou leur situation. Dans le cas où le comité paritaire juge la pratique du médecin ou du regroupement de médecins essentielle, il détermine le critère spécifique à la pratique en cause, critère qui permettra au médecin ou à chacun des médecins du regroupement de se prévaloir des modalités de compensation de frais de cabinet prévus ci-dessus. Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin ou du regroupement de médecins ainsi que du critère retenu.

AVIS : *En GMF, pour réclamer les modalités de compensation des frais de cabinet (code d'acte 19928 ou 19929), tous les médecins omnipraticiens membres du GMF et tous les médecins non membres faisant partie d'un groupe de pratique mixte, doivent inscrire le **modificateur 160** sur leur demande de paiement, lorsqu'ils dispensent des services au **sans rendez-vous**.*

*Vous devez utiliser le code **19928** pour les services dispensés à au moins 10 patients et le code **19929** pour les services dispensés à au moins 20 patients.*

*Vous ne devez pas inscrire le **modificateur 160** pour la réclamation des frais de cabinet dans le cadre des services rendus **sur rendez-vous** ni sur aucun autre service.*

*Toutefois, si le cabinet GMF où vous exercez est également reconnu lieu physique unique d'une clinique réseau et que vous assurez la garde dans la **partie dédiée au sans rendez-vous**, vous devez continuer à utiliser le **modificateur 176** sur votre demande de paiement pour la réclamation du montant compensatoire des frais de cabinet.*

*Tous les médecins omnipraticiens qui rendent des services **sur rendez-vous** dans un cabinet GMF reconnu clinique réseau doivent inscrire le **modificateur 180** sur leur demande de paiement afin de réclamer le montant compensatoire des frais de cabinet.*

14.02 Pour une patiente qui n'est pas inscrite auprès du médecin qui le réclame, la visite de prise en charge d'une grossesse ou, selon le cas, le supplément à la visite dans le cadre d'un suivi de grossesse en cabinet est sujet à l'application des dispositions du paragraphe 14.01 ci-dessus et selon les modalités qui y sont précisées.

15.00 Supplément au volume de patients inscrits

15.01 Au bénéfice du médecin qui assure, au Québec, la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente et conditionnellement au respect des dispositions apparaissant aux paragraphes 15.02, 15.03 et 15.04 ci-dessous, sont accordés, par année civile et sur la base du nombre de patients inscrits actifs et du nombre de patients vulnérables inscrits actifs auprès du médecin le 31 décembre de l'année d'application, les suppléments suivants :

A) Au forfait d'inscription générale, s'ajoutent :

- un supplément de 5 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de cinq cents (500) patients inscrits jusqu'à sept cent cinquante (750) patients inscrits;
- un supplément de 10 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de sept cent cinquante (750) patients inscrits jusqu'à mille (1 000) patients inscrits;
- un supplément de 15 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de mille (1 000) patients inscrits jusqu'à mille cinq cents (1 500) patients inscrits;
- un supplément de 20 \$ pour chacun des patients inscrits au-delà de mille cinq cents (1 500) patients inscrits.

B) Au forfait annuel de prise en charge d'un patient vulnérable, s'ajoutent :

- un supplément de 5 \$ pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de deux cents (200) patients vulnérables inscrits jusqu'à trois cents (300) patients vulnérables inscrits;
- un supplément de 10 \$ pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de trois cents (300) patients vulnérables inscrits jusqu'à cinq cents (500) patients vulnérables inscrits;
- un supplément de 15 \$ pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de cinq cents (500) patients vulnérables inscrits.

+ Aux fins de l'application de la présente disposition, un médecin membre du programme GMF est réputé respecter son obligation relative au taux d'assiduité pour une année d'application donnée si l'avis du DRMG confirme que le manquement au respect du taux résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS ou le CIUSSS.

15.02 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel d'inscription conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente.

Aux fins de la comptabilisation du volume de patients vulnérables inscrits actifs, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel de prise en charge conformément aux dispositions du paragraphe 6.01 D) de la présente entente.

Dans les cas précités, lorsque plus d'un médecin reçoit pour un même patient le forfait annuel, ce patient est retenu au bénéfice du plus récent médecin auprès duquel il est inscrit.

+ **15.03** Les suppléments prévus au paragraphe 15.01 sont versés comme suit :

À compter du 1^{er} janvier 2016 et pour toute l'année d'application, le médecin qui a atteint un taux d'assiduité de 70 % ou plus, reçoit 100 % des suppléments prévus. Ce taux est augmenté à :

- 75 % le 1^{er} janvier 2017;
- 80 % le 1^{er} janvier 2018;

+ **15.04** Un comité paritaire est constitué et il est chargé d'exercer les mandats suivants :

a) Un comité paritaire est constitué pour assurer le suivi du taux d'assiduité identifié au paragraphe 15.03 de la présente entente :

Le comité paritaire effectue ce suivi annuellement en tenant compte de différents facteurs circonstanciels dont, notamment, le changement d'un taux de prise en charge vers un taux d'assiduité, le changement dans l'organisation des soins et dans le profil de pratique des médecins, l'accessibilité aux services médicaux sans rendez-vous, la mobilité intrarégionale et interrégionale des patients, du nombre de consultations effectuées par les patients du médecin dans un lieu situé à plus de 80 km du lieu d'inscription de ces patients ainsi du nombre de consultations effectuées dans un autre lieu par des patients dont la résidence se situe à plus de 40 km de leur lieu d'inscription.

Aux termes des travaux effectués dans le cadre du suivi, le comité paritaire fait rapport de la situation aux parties négociantes, en y incluant le cas échéant, ses recommandations. Pour une année d'application donnée, en cas de non-atteinte significative du taux d'assiduité, les parties peuvent apporter les correctifs appropriés lesquels tiennent compte des engagements et des objectifs prévus dans l'Entente de principe concernant l'accessibilité aux services de première ligne. Tout défaut d'entente avant le 31 octobre précédant l'année d'application en cause empêchera le taux d'assiduité de progresser, et ce, jusqu'à ce que les parties conviennent du juste taux applicable dans les circonstances.

b) examiner la situation d'un médecin qui n'a pas atteint le taux d'assiduité prévu dans la présente entente particulière pour une année d'application donnée et plus particulièrement :

- si le taux d'assiduité du médecin se situe à moins de 3 % de la cible convenue pour l'année d'application;
- si le manquement au taux d'assiduité résulte d'une situation particulière documentée par le médecin;

Le comité paritaire analyse la situation invoquée par le médecin et juge de la recevabilité de la demande sur la base des critères dûment convenus par les parties négociantes ainsi que sur la base des données pertinentes disponibles.

Après analyse de la demande du médecin, le comité paritaire peut apporter, le cas échéant, les correctifs qu'il juge approprié.

+ **15.05** Dans le cas où le médecin n'atteint pas le taux d'assiduité lui permettant de recevoir 100 % des suppléments, l'échelle de progression suivante s'applique :

A) à partir du 1^{er} janvier 2016 (taux de 70 %) :

- taux d'assiduité de 65 % à 69 % : versement de 75 % des suppléments;

B) à partir du 1^{er} janvier 2017 (taux de 75 %) :

- taux d'assiduité de 65 % à 69 % : versement de 50 % des suppléments;
- taux d'assiduité de 70 % à 74 % : versement de 75 % des suppléments;

C) à partir du 1^{er} janvier 2018 (taux de 80 %) :

- taux d'assiduité de 70 % à 74 % : versement de 50 % des suppléments;
- taux d'assiduité de 75 % à 79 % : versement de 75 % des suppléments;

+ **15.06** Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

1- Pour le médecin membre du programme GMF,

A) Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

D'une part,

Le total des visites et consultations faits auprès de sa clientèle inscrite à un site GMF, GMF-R ou GMF-U, par lui-même ou par un médecin qui fait partie du même groupe. Pour un médecin pratiquant dans un GMF, son groupe comprend tout médecin faisant partie du même GMF et qui a adhéré au programme GMF ainsi qu'à l'entente particulière GMF.

Pour le groupe, seuls les services dispensés à tous les sites de ce GMF en autant que le médecin fasse partie du groupe de médecins sont retenus au sens du précédent alinéa du GMF en cause.

L'ensemble des visites et consultations faites par lui-même auprès d'une clientèle inscrite et associées aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

Et d'autre part,

Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et son groupe) en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en GMF-U, en clinique réseau (CR), en GMF, en GMF-R, au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC de réseau de garde sous réserve des dispositions paraissant au sous-paragraphe B) ci-dessous.

B) N'est pas comptabilisé dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation

- i) fait dans un service d'urgence du CH ou d'un CLSC du réseau de garde,
 - a) auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
 - b) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
 - c) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
 - d) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 référé au service d'urgence par un médecin;
 - e) les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
 - f) toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF;
- ii) fait par un médecin qui exerce dans un GMF autre que celui du médecin qui a inscrit le patient si les deux GMF en cause sont liés par une entente de services.
- iii) fait par un médecin qui exerce dans un GMF-R ainsi que le GMF du médecin qui a inscrit le patient si ce GMF-R et ce GMF sont liés par une entente de services et que les ententes de services entre ce GMF-R et les GMF de son territoire couvrent, au total, moins de 18 000 patients inscrits en excluant le total des patients inscrits du GMF-R. Le comité paritaire MSSS-FMOQ peut, toutefois, accorder une dérogation lorsque le GMF en cause démontre qu'une entente de services ne peut être conclue avec un autre GMF de son territoire.
- iv) fait par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associé aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

2- Pour le médecin non-membre du programme GMF,

A) Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

D'une part,

Le total des visites et consultations faites auprès de sa clientèle inscrite par lui-même ou par le médecin de son groupe au sens du paragraphe 6.02 C) ou du paragraphe 11.03 E) de la présente entente au lieu d'inscription du patient.

L'ensemble des visites et consultations faites par lui-même auprès d'une clientèle inscrite et associées aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

Et d'autre part,

Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et les médecins de son groupe) en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en GMF-U, en clinique réseau (CR), en GMF, en GMF-R, au service d'urgence du centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde sous réserve des dispositions paraissant au sous-paragraphe B) ci-dessous.

B) N'est pas comptabilisé dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation

- i) fait dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde,
 - a) auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
 - b) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
 - c) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
 - d) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 référé au service d'urgence par un médecin;
 - e) les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
 - f) toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le lieu d'inscription du patient.
- ii) fait par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associé aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

15.07 Les suppléments visés au paragraphe 15.01 ci-dessus sont versés par la Régie au cours du mois de juin suivant l'année d'application.

16.00 Majoration relative à la pratique polyvalente

16.01 Le médecin qui assure, au Québec, la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente peut se prévaloir de la majoration prévue ci-dessous s'il exerce également dans un ou plusieurs des secteurs suivants : un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde, une unité de soins auprès des malades admis d'un CH, en CHSLD, en obstétrique, en centre de détention, en centre-jeunesse, en centre de réadaptation, en soins palliatifs et en traitement des services SLE en milieu hospitalier, étant entendu que ces secteurs sont sujets à de la garde en disponibilité ou sur place.

Les services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec sont réputés être dispensés dans un service d'urgence d'un CH et sujets à la majoration prévue ci-dessous.

Les services de constats de décès et de support en ligne dispensés respectivement dans le cadre des sections II et III de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence sont également sujets à la majoration prévue ci-dessous.

Les services dispensés en santé publique sont sujets à la majoration pour le médecin qui participe à la garde en disponibilité rémunérée en vertu de l'entente particulière relative à la santé publique ou en vertu du tableau des suppléments d'honoraires en santé publique ou en santé et sécurité du travail paraissant à l'annexe I de l'annexe XXIII de l'Entente.

La rémunération versée pour des fonctions médico-administratives assumées dans le cadre des secteurs de services décrits ci-dessus est exclue de l'application de la majoration prévue au paragraphe 16.02.

16.02 Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 16.04 ci-dessous, la majoration applicable à la rémunération versée pour des services dispensés dans un ou des secteurs d'activités visés au paragraphe précédent est fonction du nombre de patients inscrits et actifs que compte un médecin au 31 décembre d'une année d'application. Elle est la suivante :

- la majoration est de 2,5 % si au moins sept cents (700) patients mais moins de mille (1 000) sont inscrits auprès du médecin;
- la majoration est de 5 % si au moins mille (1 000) patients mais moins de mille cinq cents (1 500) sont inscrits auprès du médecin;
- la majoration est de 10 % si mille cinq cents (1 500) patients ou plus sont inscrits auprès de ce médecin.

La rémunération sujette à la majoration prévue ci-dessus ne comprend pas la majoration applicable selon les dispositions des annexes XII et XII-A. Elle inclut la prime de responsabilité prévue à un accord ou à certaines ententes particulières et qui s'ajoute à 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de cet accord ou d'une de ces ententes ainsi que la prime horaire de soutien aux services de première ligne et le forfait de santé publique prévus aux paragraphes 5.10.01 et 5.10.02 de l'*Entente particulière relative à la santé publique*.

La rémunération sujette à la majoration prévue ci-dessus et versée selon le mode des honoraires fixes est augmentée, pour tenir compte de la partie de la rémunération versée en avantages sociaux, du facteur de 1,28 pour les heures régulières et de 1,20 pour les heures de garde.

16.03 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs, pour une année d'application, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel d'inscription conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente sous réserve de l'alinéa suivant.

Au bénéfice du médecin qui compte parmi ses patients inscrits plus de deux cent quarante-cinq (245) patients vulnérables actifs, un facteur de pondération de 2,5 s'applique au nombre de patients vulnérables au-delà de deux cent quarante-cinq (245) patients et cette partie de la clientèle ainsi pondérée est comptabilisée comme telle aux fins de l'application de la majoration prévue au paragraphe précédent.

16.04 Malgré ce qui précède, le médecin qui a obtenu son permis de pratique en 2008 ou subséquemment peut se prévaloir, au cours de ses quatre (4) premières années de pratique, des modalités suivantes :

Majorations	An 1 Patients inscrits	An 2 Patients inscrits	An 3 Patients inscrits	An 4 Patients inscrits
2,5 %	100 à 199	250 à 399	400 à 599	550 à 799
5,0 %	200 à 299	400 à 599	600 à 899	800 à 1 199
10,0 %	300 ou plus	600 ou plus	900 ou plus	1 200 ou plus

L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1^{er} janvier de l'année d'application en cause.

La rémunération versée pour les services visés en établissement durant l'année au cours de laquelle le médecin obtient son permis d'exercice, bénéficie de la majoration applicable au cours de la première année de pratique reconnue au médecin.

16.05 La majoration visée aux paragraphes 16.02 et 16.04 ci-dessus est versée par la Régie sur la base de l'année civile, au cours du mois de juin suivant l'année d'application.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de janvier 2009.

DOCTEUR YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE - ANN I

ANNEXE 1

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE (formulaire n° 4096)

Régie de
l'assurance maladie
Québec  **Formulaire d'inscription
auprès d'un médecin de famille**


IMPORTANT — NE PAS ENVOYER CE DOCUMENT À LA RÉGIE.

CE DOCUMENT N'EST PAS L'ORIGINAL SIGNÉ

1. a) RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE REPLIR UN SEUL FORMULAIRE PAR PERSONNE (EN LETTRES MAJUSCULES).

Nom	Prénom	Numéro de pratique
-----	--------	--------------------

1. b) RENSEIGNEMENTS SUR LE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE **LE MÉDECIN DE FAMILLE DOIT REMPLIR CETTE SECTION SEULEMENT S'IL EST MEMBRE DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) DANS LEQUEL LE PATIENT ACCEPTE DE S'INSCRIRE.**

Nom du groupe de médecine de famille	NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE 
--------------------------------------	--

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Nom de famille à la naissance	Prénom usuel	<small>N° DE DOSSIER</small>
Date de naissance A M J	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ind. rég. Téléphone/domicile	Ind. rég. Téléphone/bureau
Indiquer dans quelle langue vous désirez recevoir de la documentation		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse postale		Appartement	
Numéro	Rue		
Ville		Province	Code postal

3. CARACTÉRISTIQUES

Nom du lieu de suivi habituel (point de service)			
Numéro du lieu (point de service)	Code	Date de début du code	Code
		A M J	A M J
	Date de début de désignation du lieu (point de service)	Code	Date de début du code
		A M J	A M J

4. DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je déclare que tous les renseignements fournis me concernant sont exacts. Je désigne le professionnel de la santé [voir la section 1. a)] comme mon unique médecin de famille et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure. Lors d'un changement de médecin de famille, je comprends que le nom de mon nouveau médecin ainsi que le lieu de ma nouvelle inscription seront communiqués à mon médecin de famille précédent.

Signature _____ Date _____ A / M / J

5. SECTION À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE ASSURÉE ÂGÉE DE MOINS DE 14 ANS OU INAPTE

Nom et prénom du parent, du tuteur, du mandataire, du curateur ou de l'accompagnateur	<small>Dans le cas d'un enfant de moins de 14 ans sans carte d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.</small>	Numéro d'assurance maladie
Adresse postale		Appartement
Numéro	Rue	
Ville		Code postal
Province		
<input type="checkbox"/> Mère ou père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur
<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Accompagnateur	Ind. rég. Téléphone/domicile
		Ind. rég. Téléphone/bureau
		Poste
Signature _____		Date _____ A / M / J

6. CONSENTEMENT À L'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET À LEUR TRANSMISSION **LA PERSONNE ASSURÉE QUI S'INSCRIT AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE, MEMBRE OU NON D'UN GMF, REMPLIT ET SIGNE CETTE SECTION.**

Je donne au médecin de famille auprès duquel je m'inscris [voir la section 1. a)] et, le cas échéant, aux médecins membres du groupe de médecine de famille (GMF) auquel il appartient [voir la section 1. b)], l'autorisation d'accéder à l'information nécessaire à la prestation des soins ou des services sociaux requis par mon état de santé. Je les autorise également à transmettre cette information, dans la plus grande confidentialité, à tout professionnel de la santé et des services sociaux qui leur est lié. De plus, je consens à ce que l'information générée par des visites à tout professionnel de la santé et des services sociaux soit transmise au médecin de famille ou aux médecins et professionnels du groupe de médecine de famille duquel je reçois les services. Ce consentement cesse d'avoir effet lorsque je mets fin à mon inscription.

Personne assurée Mère ou père Tuteur Mandataire Curateur

Signature _____ Date _____ A / M / J /

7. DÉCLARATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

J'accepte, conformément au code de déontologie du Collège des médecins du Québec, d'être le médecin de famille de la personne assurée dont le nom figure à la section 2.

Signature _____ Numéro de pratique _____ Date _____ A / M / J /

Note — Vos nom, prénom et numéro d'assurance maladie sont transmis à la Régie aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie.

CHAQUE SIGNATAIRE CONSERVE UNE COPIE.

Also available in English

4096 229 12/07

ANNEXE I (suite)

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE (verso du formulaire n° 4096)

**DIRECTIVES À SUIVRE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION
AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE**

IMPORTANT — Ne pas envoyer la copie papier du formulaire d'inscription à la Régie.

Inscription auprès d'un médecin de famille affilié à un groupe de médecine de famille (GMF)

- 1) Remplir les sections 1. a) et 1. b).
- 2) Remplir les sections appropriées, selon la situation de la personne assurée (sections 2, 3 et 5).
- 3) Faire signer le formulaire par la personne assurée (section 4).
- 4) Faire signer la section 6 par la personne assurée qui accorde son consentement ou, le cas échéant, par son représentant légal si celle-ci a moins de 14 ans ou est inapte. Par ailleurs, celui qui agit à titre d'accompagnateur n'est pas autorisé à apposer sa signature dans cette section. Enfin, il n'est pas obligatoire de consentir à l'accès à des renseignements personnels et à leur transmission pour s'inscrire auprès d'un groupe de médecine de famille.
- 5) Faire signer le formulaire par le médecin de famille (section 7).
- 6) Remettre une copie du formulaire signé à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant et conserver l'original dans le dossier.
- 7) Remettre le formulaire d'information n° 4107 (Inscription auprès d'un médecin de famille) à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 8) Remettre le formulaire n° 4095 (Renseignements sur les groupes de médecine de famille) à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 9) Transmettre l'inscription par l'entremise du service en ligne mis à votre disposition par la Régie.

Inscription auprès d'un médecin de famille non affilié à un groupe de médecine de famille (hors GMF)

- 1) Remplir la section 1. a).
- 2) Remplir les sections appropriées, selon la situation de la personne assurée (sections 2, 3 et 5).
- 3) Faire signer le formulaire par la personne assurée (section 4).
- 4) Faire signer la section 6 par la personne assurée qui accorde son consentement ou, le cas échéant, par son représentant légal si celle-ci a moins de 14 ans ou est inapte. Par ailleurs, celui qui agit à titre d'accompagnateur n'est pas autorisé à apposer sa signature dans cette section. Enfin, il n'est pas obligatoire de consentir à l'accès à des renseignements personnels et à leur transmission pour s'inscrire auprès d'un médecin de famille.
- 5) Faire signer le formulaire par le médecin de famille (section 7).
- 6) Remettre une copie du formulaire signé à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant et conserver l'original dans le dossier.
- 7) Remettre le formulaire d'information n° 4107 (Inscription auprès d'un médecin de famille) à la personne inscrite ou, le cas échéant, à son représentant.
- 8) Transmettre l'inscription par l'entremise du service en ligne mis à votre disposition par la Régie ou encore avec le formulaire DP1200.

Il importe de rappeler que la Régie n'accepte aucune inscription par téléphone, par télécopieur ou par la poste.

ANNEXE I (suite)

INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE N° 4107

Régie de
l'assurance maladie

INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

Vous pouvez consulter différents médecins omnipraticiens ou spécialistes. Cependant, le médecin omnipraticien qui sera identifié comme étant votre médecin de famille est celui qui s'engage à vous prendre en charge et à assurer le suivi de vos problèmes de santé. Le suivi inclut la prescription d'exams ou de médicaments et, au besoin, les demandes de consultation auprès d'un autre médecin omnipraticien ou spécialiste. Votre médecin de famille reçoit des honoraires complémentaires pour ce faire.

Veillez noter que vous ne pouvez être inscrit qu'auprès d'UN SEUL médecin de famille.

Le médecin que vous consultez présentement vous offre la possibilité de le désigner comme votre médecin de famille en signant le *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille*.

Informations pour prendre une décision éclairée**Vous n'êtes pas inscrit auprès d'un médecin de famille, mais vous désirez le faire.**

- Vous pouvez accepter l'offre du médecin que vous consultez présentement et le désigner comme votre médecin de famille en signant le *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille*.
- À compter de la date de la signature de ce formulaire, ce médecin devient votre médecin de famille, c'est-à-dire qu'il accepte de vous prendre en charge et d'assurer votre suivi médical.

Vous êtes déjà inscrit auprès d'un médecin de famille et vous désirez ne rien changer à votre situation.

- Dites-le au médecin que vous consultez présentement;
- Ne signez pas le *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille*, car vous annuleriez ainsi votre inscription auprès de celui que vous avez déjà désigné comme votre médecin de famille et que vous consultez habituellement.

Vous avez déjà désigné votre médecin de famille, mais vous désirez en changer.

- Vous pouvez accepter ou refuser l'offre du médecin que vous consultez présentement.
- **Si vous acceptez son offre**, vous devez signer le *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille*.
- À compter de la date de la signature de ce formulaire, ce médecin devient votre médecin de famille, c'est-à-dire qu'il accepte de vous prendre en charge et d'assurer votre suivi médical.
- La Régie de l'assurance maladie recevra votre nouvelle inscription et informera votre précédent médecin de famille que vous avez annulé votre inscription auprès de lui. L'information concernant votre nouveau médecin de famille et votre lieu d'inscription lui seront aussi précisés.
- **Si vous refusez l'offre** qui vous est faite, votre inscription est maintenue auprès du médecin que vous avez antérieurement désigné comme votre médecin de famille.

IMPORTANT : L'inscription auprès d'un médecin de famille est souhaitable mais n'est pas une condition pour recevoir des services médicaux.

ANNEXE I (suite)**# RENSEIGNEMENTS SUR LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE N° 4095****RENSEIGNEMENTS SUR LES GROUPES
DE MÉDECINE DE FAMILLE**

Votre médecin omnipraticien a choisi de faire partie d'un groupe de médecine de famille, ce qui signifie que vous aurez désormais accès plus facilement à des services médicaux. En son absence, vous pourrez consulter un autre médecin rattaché au même groupe que lui. De plus, en cas de problème de santé, vous-même ou un membre de votre famille saurez où téléphoner pour obtenir des renseignements sur la façon de procéder, c'est-à-dire quoi faire et qui aller voir.

Un groupe de médecine de famille est en mesure de vous offrir différents services.

- ◆ Prise en charge par votre médecin de famille et suivi médical.
- ◆ Suivi, conjointement avec l'infirmière du groupe, de certains problèmes de santé, telle la mise à jour périodique par celle-ci du bilan des résultats des examens de prévention recommandés selon votre âge et vos facteurs de risque.
- ◆ Consultations aux heures d'ouverture sur rendez-vous et sans rendez-vous la semaine.
- ◆ Consultations le samedi, le dimanche et les jours fériés, sans rendez-vous, lorsque vous ne pouvez respecter les heures d'ouverture habituelles en semaine.
- ◆ Accès par téléphone, en dehors de ces périodes de consultation, au système de garde 24 heures d'Info-Santé qui vous orientera vers la ressource appropriée ou qui fera, s'il y a lieu, le lien avec le médecin de garde du groupe de médecine de famille.

Votre groupe de médecine de famille a aussi établi des ententes de services avec différents établissements de santé ou des cliniques pour vous assurer l'accès à une gamme complète de services :

- ◆ Soins à domicile.
- ◆ Consultations auprès d'un travailleur social.
- ◆ Consultations auprès d'un autre professionnel de la santé.
- ◆ Services Info-Santé.
- ◆ Autres services pour répondre à des situations particulières.

Les conditions à remplir pour vous inscrire auprès d'un groupe de médecine de famille et les engagements que vous devrez respecter par la suite.

- ◆ Avoir **une carte d'assurance maladie valide en tout temps.**
- ◆ Vous inscrire auprès d'un seul médecin de famille.
- ◆ Consulter votre médecin de famille ou, en son absence, un autre médecin du groupe de médecine de famille, sauf en cas d'urgence ou lors d'un voyage ou d'un séjour à l'extérieur de votre région.
- ◆ Aviser le groupe de médecine de famille, auquel votre médecin est rattaché, de tout changement d'adresse et de numéro de téléphone.

Si, pour une raison ou une autre, vous ne désirez plus appartenir à votre groupe de médecine de famille, vous devez en aviser votre médecin de famille par écrit. Vous pourrez cependant continuer à le consulter, mais sans bénéficier des avantages mentionnés ci-dessus qu'un groupe de médecine de famille vous offre.

A - EP - PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE - ANN II

ANNEXE II

RÉTABLISSMENT D'UNE INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE (formulaire n° 4055)

Régie de
l'assurance maladie

Québec

Rétablissement d'une inscription
auprès d'un médecin de familleEntente particulière relative aux services de
médecine de famille de prise en charge et
de suivi de la clientèle

IMPRIMER LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE ICI OU REMPLIR LA SECTION 1

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE INSCRITE

Nom de famille à la naissance		Prénom usuel	
Numéro d'assurance maladie		Date de naissance	Sexe
		A M J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Représentant légal d'un enfant de moins de 14 ans ou d'une personne inapte			
Nom de famille à la naissance		Prénom usuel	
Le représentant agit à titre de :		Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père pour un enfant âgé de moins d'un an	
<input type="checkbox"/> titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mandataire <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> tuteur			

SPÉCIMEN

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Nom de famille à la naissance		Prénom		Numéro de pratique	
Je confirme que je suis le médecin qui assure la prise en charge et le suivi régulier des soins requis par l'état de santé de la personne inscrite nommée à la section 1.					
Signature _____				Date	
				Année Mois Jour	

3. CONFIRMATION DE LA PERSONNE INSCRITE OU DE SON REPRÉSENTANT

Je confirme que mon unique médecin de famille est _____, et ce, depuis le jour où j'ai signé le dernier formulaire d'inscription le désignant comme mon médecin de famille. J'annule par la présente tout formulaire signé avec un ou d'autres médecins de famille depuis cette date.					
Signature _____				Date	
				Année Mois Jour	

Envoyer à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110

4055 229 10/02

[Also available in English](#)

ANNEXE II (suite)**RÉTABLISSEMENT D'UNE INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE**
(verso du formulaire n° 4055)**Quand utiliser ce formulaire?**

Ce formulaire doit être utilisé dans le cas où un médecin de famille constate que son patient a été inscrit par erreur auprès d'un second médecin de famille.

GUIDE DE REMPLISSAGE

Vous pouvez imprimer la carte d'assurance maladie dans l'espace prévu à cette fin. Veuillez toutefois vous assurer que les renseignements sont bien lisibles. Par contre, s'il s'agit d'un enfant âgé de moins de 14 ans ou d'une personne inapte, les renseignements sur le représentant légal doivent être inscrits dans la section 1, « Renseignements sur la personne inscrite ».

Section 1 Renseignements sur la personne inscrite

Indiquer le nom de famille à la naissance, le prénom usuel, le numéro d'assurance maladie, la date de naissance et le sexe de la personne inscrite qui désire confirmer son inscription auprès du médecin de famille désigné à la section 2. Selon la situation, les renseignements sur le représentant légal doivent être indiqués aux endroits prévus.

Section 2 Renseignements sur le médecin de famille

Inscrire le nom, le prénom et le numéro de pratique du Collège des médecins du Québec.

Le médecin de famille qui appose sa signature et qui inscrit la date du jour dans la section 2 confirme qu'il est le médecin qui **assure la prise en charge et le suivi régulier des soins requis par l'état de santé de la personne inscrite** nommée à la section 1. La personne inscrite doit avoir antérieurement signé un formulaire le désignant comme son médecin de famille, et cette désignation doit avoir pris fin lorsqu'elle a désigné un autre médecin de famille par la suite.

Section 3 Confirmation de la personne inscrite ou de son représentant

Inscrire le prénom et le nom du médecin de famille auprès duquel la personne inscrite souhaite confirmer son inscription. En apposant sa signature et la date du jour aux endroits prévus, la personne inscrite (ou son représentant légal) annule la validité du ou des formulaires d'inscription auprès d'un médecin de famille qu'elle a signés après avoir désigné le médecin nommé à la section 2 comme son médecin de famille. Elle confirme donc que son médecin de famille habituel est le médecin désigné à la section 2.

Envoi du formulaire

Le formulaire signé et daté peut être posté ou transmis par télécopieur à l'adresse ou au numéro mentionnés au recto. Une copie du formulaire doit cependant être conservée dans le dossier médical de la personne concernée.

A - EP - PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE - ANN III

ANNEXE III

Centres de santé et de services sociaux désignés à l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

ANNEXE IV (suite)

CONSENTEMENT À LA PRATIQUE DE GROUPE AUX FINS DU PAIEMENT
DU FORFAIT DE RESPONSABILITÉ (verso du formulaire n° 4060)

5 CONSENTEMENT À LA PRATIQUE DE GROUPE (suite)		
Nom et prénom	Numéro de pratique	Signature

GUIDE DE REMPLISSAGE

Le formulaire doit être rempli pour fournir l'information sur la constitution d'un groupe de pratique. Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'article 6.02 D de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle. Si vous travaillez en cabinet et que votre facturation se fait avec un code de localité (6xxxx), vous devez obtenir au préalable un numéro de facturation pour votre cabinet en remplissant le formulaire n° 4066 – *Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet.*

Section 1 FORMATION D'UN GROUPE DE PRATIQUE

S'il s'agit d'un premier avis relatif à la formation d'un groupe de pratique, précisez votre situation :

Un **seul** groupe est possible par adresse pour les médecins qui travaillent en **cabinet, en clinique-réseau ou en CLSC** non accrédité comme GMF ou UMF (date d'entrée en vigueur : 1^{er} novembre 2007). Si votre lieu de pratique a plus d'une mission (ex. : clinique-réseau et CLSC), vous devez cocher une seule mission, à votre choix, sauf si vous travaillez en GMF ou en UMF. Dans ce cas, vous devez prioriser ce type de lieu de pratique.

UMF : Lorsqu'une UMF est concernée, qu'elle soit en CLSC ou en CH, les médecins de l'UMF **doivent** former un groupe distinct, composé uniquement de médecins qui travaillent dans le cadre de l'entente particulière UMF.

UMF mixte (CLSC) : À compter du 1^{er} novembre 2007, un second groupe **peut** également être formé en CLSC. Ce groupe est composé de médecins hors UMF **avec** ou **sans** médecins UMF. Veuillez alors remplir un formulaire pour chaque groupe.

Un **maximum de deux** groupes est autorisé dans une UMF-CLSC.

GMF : Les médecins d'un GMF **peuvent** former un groupe composé exclusivement de médecins faisant partie du GMF. Lorsque les groupes formés dans chaque site du GMF sont identiques, utiliser un seul formulaire. Dans le cas contraire, remplir autant de formulaires qu'il y a de groupes différents.

GMF mixte : À compter du 1^{er} novembre 2007, un groupe mixte peut également être formé. Ce groupe est composé de médecins hors GMF **avec** ou **sans** médecins du GMF. Vous pouvez former un **seul** groupe mixte dans un site de GMF, si tous les médecins consentants adhèrent au même groupe. Dans le cas contraire, deux groupes doivent être formés, un GMF et un GMF mixte.

Un **maximum de deux** groupes par site d'un GMF est autorisé.

- Inscrire le ou les noms complets du ou des sites et le ou les numéros de facturation.
- Inscrire la date de début de validité du consentement à la pratique de groupe :
 - dans le cas d'un GMF ou d'une UMF, la date ne peut être antérieure au 1^{er} janvier 2007 ni à la date de création du GMF ou de l'UMF;
 - dans le cas d'un cabinet, d'une clinique-réseau ou d'un CLSC, d'un GMF mixte ou d'une UMF mixte (CLSC), la date ne peut être antérieure au 1^{er} novembre 2007 ni à sa date de création.
- Remplir les sections 3 et 4.

Section 2 MODIFICATION OU DISSOLUTION

Si la même modification concerne plusieurs groupes, on peut utiliser un seul formulaire, sinon, remplir un formulaire différent pour chaque groupe. Sélectionner un seul type de modification pour le groupe existant et préciser le numéro du groupe, si attribué, le nom du site correspondant ainsi que le numéro de facturation. Dans tous les cas, inscrire la date d'entrée en vigueur de la modification.

- La dissolution d'un groupe met fin à la validité du consentement de tous les médecins du groupe.
- S'il s'agit de l'ajout d'un médecin à un groupe déjà existant, celui-ci doit remplir et signer la section 3, « Consentement à la pratique de groupe ». Veuillez noter que seul le nouveau médecin doit remplir et signer la section 3; les autres médecins qui constituent le groupe n'ont pas à signer le nouveau formulaire.
- S'il s'agit d'un retrait d'un médecin d'un groupe déjà existant, soit parce que le médecin a quitté l'établissement ou qu'il met fin à la validité de son consentement, ce médecin doit remplir et signer la section 3, « Consentement à la pratique de groupe ».
- S'il s'agit d'un changement de rôle (médecin responsable GMF ou clinique-réseau, médecin coresponsable GMF, chef de l'UMF, médecin contact cabinet ou CLSC), remplir la section 4, « Renseignements sur le médecin responsable ou contact ».

Section 3 CONSENTEMENT À LA PRATIQUE DE GROUPE

Inscrire le nom des médecins membres du ou des sites qui acceptent les conditions du consentement figurant dans cette section. Chaque médecin doit apposer sa signature à l'endroit prévu à cette fin. Si l'espace est insuffisant, utiliser le verso du formulaire.

Section 4 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN RESPONSABLE OU CONTACT

Il est de la responsabilité du médecin responsable ou contact (médecin responsable du GMF ou médecin coresponsable en remplacement, médecin responsable de la clinique-réseau, chef de l'UMF ou médecin contact du cabinet ou du CLSC) de communiquer à la Régie de l'assurance maladie du Québec les renseignements relatifs à la formation d'un nouveau groupe de pratique ou toute modification à un groupe de pratique déjà existant. Inscrire dans cette section les nom et prénom du médecin, son numéro de pratique, son rôle ainsi que les renseignements permettant de le contacter. Ce document doit être signé et daté par cette personne dans tous les cas.

ANNEXE V

INSCRIPTION D'UN CABINET MÉDICAL OU MODIFICATION RELATIVE À UN CABINET
(formulaire n° 4066)

Régie de
l'assurance maladie



**Inscription d'un cabinet médical
ou modification relative à un cabinet**
Omnipraticiens

1. SITUATION

INSCRIPTION D'UN CABINET Date

A	M	J
---	---	---

 (La date d'inscription ne doit pas être antérieure au 1^{er} novembre 2007.)

L'inscription d'un cabinet auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec implique qu'aucune autre demande de numéro de facturation n'a été effectuée pour ce cabinet.

MODIFICATION RELATIVE À UN CABINET (précisez la situation)

Fermeture Changement d'adresse Changement de médecin contact

Autre modification (spécifier la nature) _____

Date de la modification

A	M	J
---	---	---

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CABINET

Numéro de facturation (SI DISPONIBLE)	Nom du cabinet
Numéro	Rue
Municipalité	Bureau
Province	Code postal

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN CONTACT

Nom de famille à la naissance	Prénom	Numéro de pratique			
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉGIONAL	POSTE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR IND. RÉGIONAL			
ADRESSE DE COURRIEL					
Signature du médecin contact _____		Date <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>	A	M	J
A	M	J			

Veuillez transmettre ce formulaire par **courrier** à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, Québec (Québec) G1K 7B4

ou par **télécopieur** : 418 646-8110

ANNEXE V (suite)**# INSCRIPTION D'UN CABINET MÉDICAL OU MODIFICATION RELATIVE À UN CABINET**
(verso du formulaire n° 4066)**GUIDE DE REMPLISSAGE**

Ce formulaire permet d'inscrire un cabinet médical auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Un numéro de facturation sera assigné à ce cabinet et communiqué au médecin contact. Ce formulaire permet également de modifier les renseignements concernant un cabinet déjà inscrit : la fermeture ou un changement d'adresse du cabinet, un changement de médecin contact ou une information erronée à corriger.

Ce formulaire ne doit pas être utilisé dans le cadre des ententes particulières GMF ou clinique-réseau où le numéro de cabinet est automatiquement attribué par la Régie sur réception des autorisations du comité paritaire.

Section 1 Situation

- **Pour inscrire un cabinet**, cocher la case « Inscription d'un cabinet » et préciser la date correspondant à l'ouverture du cabinet ou à la demande d'inscription. Cette date ne doit pas être antérieure au 1^{er} novembre 2007. **L'inscription d'un cabinet auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec implique qu'aucune autre demande de numéro de facturation n'a été effectuée pour ce cabinet.** Remplir les sections 2 et 3.
- **Pour aviser d'une modification à un cabinet déjà inscrit**, cocher la case appropriée : « Fermeture », « Changement d'adresse », « Changement de médecin contact » ou « Autre modification », en prenant soin de spécifier la nature de la modification dans ce dernier cas. Indiquer la date où a eu lieu la modification. Remplir les sections 2 et 3, en tenant compte de la modification souhaitée.

Section 2 Renseignements sur le cabinet

Inscrire le nom ainsi que l'adresse complète du cabinet médical. Le numéro de facturation donné par la Régie doit être précisé pour une fermeture, un changement d'adresse ou de médecin contact de même que pour toute autre modification.

Section 3 Renseignements sur le médecin contact

Inscrire les nom et prénom du médecin contact, son numéro de pratique ainsi que les renseignements permettant de le joindre.

Ce document doit être signé et daté par le médecin contact du cabinet.

A - EP - PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE - ANN VI

ANNEXE VI

AVIS D'ABSENCE ET DE PRISE EN CHARGE TEMPORAIRES AUX FINS DU PAIEMENT DU FORFAIT DE RESPONSABILITÉ (formulaire n° 4072)



Avis d'absence et de prise en charge temporaires aux fins du paiement du forfait de responsabilité
Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle

Formulaire réservé au médecin qui ne fait partie d'aucun groupe de pratique dans un ou des sites de pratique.

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VISÉ PAR L'ABSENCE TEMPORAIRE

Nom et prénom				Numéro de pratique			
_____				_____			
Numéro de téléphone Ind. rég.		Poste	Numéro de télécopieur Ind. rég.		Adresse de courriel		
_____		_____	_____		_____		
Cocher le type d'absence							
<input type="checkbox"/> Invalidité		<input type="checkbox"/> Maternité		<input type="checkbox"/> Adoption		<input type="checkbox"/> Autre raison (précisez): _____	
Date de début de l'absence: A M J							
Date prévue de reprise des activités: A M J							
(si connue)							
Nom du site d'exercice des activités professionnelles						Numéro de facturation ou localité	
_____						_____	
_____						_____	
_____						_____	
_____						_____	

SPÉCIMEN

2 CONSENTEMENT À LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE

Nom et prénom				Numéro de pratique			
_____				_____			
_____				_____			
_____				_____			
_____				_____			
(Utilisez la section 2 au verso si nécessaire.)							
Je consens à ce que le forfait de responsabilité prévu par l'article 6.02 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, puisse être facturé par tout médecin nommé ci-dessus lorsqu'il fait un examen ou une thérapie à un patient vulnérable que j'ai inscrit dans le ou les sites désignés ci-dessus. Ce consentement demeure valide durant toute la période d'absence temporaire.							

3 MODIFICATION OU CESSATION DE LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE

Numéro de prise en charge attribué: _____					
<input type="checkbox"/> Ajout d'un médecin		<input type="checkbox"/> Retrait d'un médecin		Date d'entrée en vigueur: A M J	
_____		_____		_____	
<input type="checkbox"/> Reprise des activités professionnelles		Date de reprise: A M J		_____	
_____		_____		_____	

4 SIGNATURE DU MÉDECIN VISÉ PAR L'ABSENCE TEMPORAIRE

Signature _____				Date: A M J			
_____				_____			

Envoyer à l'adresse suivante: Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur: 418 646-8110

4072 229 09/06

A - EP - PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE - ANN VII

ANNEXE VII

ADMISSIBILITÉ DE MA CLIENTÈLE AUX MODALITÉS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SANS MÉDECIN DE FAMILLE
 (paragraphe 4.12 et paragraphe 13.01 deuxième alinéa de la présente entente particulière)
 (FORMULAIRE 4205)

Régie de l'assurance maladie Québec

Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Nom	Prénom	Numéro de pratique
-----	--------	--------------------

2. MOTIF DE LA DEMANDE (Référez-vous au guide de remplissage au verso du formulaire pour plus de renseignements.)

ADMISSIBILITÉ DE MA CLIENTÈLE	Je demande que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille soient appliquées à ma clientèle inscrite, pour la raison cochée ci-dessous : <input type="checkbox"/> Je prends ma retraite au cours des 24 prochains mois. <input type="checkbox"/> Je suis dans un état d'invalidité partielle. <input type="checkbox"/> Je réoriente ma pratique.	Date de début d'admissibilité de ma clientèle Année Mois Jour
RETOUR À LA PRATIQUE	J'ai repris la pratique et je demande que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille cessent d'être appliquées à la clientèle toujours inscrite à mon nom, à compter du	Année Mois Jour
CORRECTION	Je souhaite modifier la période où les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille sont ou étaient appliquées à ma clientèle inscrite. Indiquer la période à corriger Indiquer la nouvelle période	Date de début Date de fin Année Mois Jour Année Mois Jour Date de début Date de fin Année Mois Jour Année Mois Jour

SPÉCIMEN

3. INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

4. SIGNATURE DU MÉDECIN DE FAMILLE

Signature _____	Année Mois Jour
-----------------	-----------------

Envoyez le formulaire par télécopieur au 418 646-8110 ou postez-le à l'adresse suivante :
 Régie de l'assurance maladie du Québec
 Case postale 500
 Québec (Québec) G1K 7B4

4205 229 15/10

#

ANNEXE VII (suite)

ADMISSIBILITÉ DE MA CLIENTÈLE AUX MODALITÉS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SANS MÉDECIN DE FAMILLE
(paragraphe 4.12 et paragraphe 13.01 deuxième alinéa de la présente entente particulière)
(FORMULAIRE 4205)

À QUI S'ADRESSE CE FORMULAIRE?

Ce formulaire s'adresse au médecin qui, en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, souhaite demander à la Régie que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille soient appliquées à sa clientèle pour l'une des trois raisons ci-après :

- le médecin prend une retraite totale à une date connue et au plus tard vingt-quatre mois après sa demande;
- le médecin est dans un état d'invalidité partielle pour une période suffisamment longue;
- le médecin réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre que de première ligne.

Ce formulaire s'adresse également au médecin qui reprend sa pratique et qui souhaite que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille cessent d'être appliquées à la clientèle toujours inscrite à son nom.

GUIDE DE REMPLISSAGE

1. Remplissez la section « Renseignements sur le médecin de famille ».
2. Remplissez la section portant sur le motif de votre demande :
 - À la section « Admissibilité de ma clientèle », inscrivez la raison pour laquelle vous souhaitez que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille soient appliquées à votre clientèle inscrite ainsi que la date de prise d'effet;
 - À la section « Retour à la pratique », donnez la date à laquelle vous recommencez à pratiquer, donc celle où vous ne souhaitez plus que les modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille s'appliquent à votre clientèle;
 - À la section « Correction », inscrivez sur la ligne du haut la période qui fait l'objet d'une correction. Indiquez sur la ligne du bas la nouvelle période à consigner à votre dossier.
3. Remplissez au besoin la section « Information complémentaire ».
4. Remplissez la section « Signature du médecin de famille ». Ce document doit être signé et daté dans tous les cas.

Lorsque votre demande sera traitée, vous en serez informé par courrier postal ou électronique. Le rapport **Admissibilité de la clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille**, disponible dans le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé, vous permet également de vérifier que le changement a été effectué.

*EP - CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès d'un centre de médecine de jour situé dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence.
- + **1.02** L'annexe I fait état de la liste des installations désignées par les parties aux fins de la présente entente.
- # **AVIS :** *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ D'UN CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

- + **3.01** Aux fins de la présente entente particulière, un centre de médecine de jour doit présenter les caractéristiques suivantes :
 - L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est inscrite sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence.
 - Il regroupe dans un lieu unique, situé dans une des installations de l'établissement, les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique du CHSGS dans lequel est situé le centre de médecine de jour.
 - Il offre des services destinés à assurer, sur une base ambulatoire comme moyen alternatif à l'hospitalisation, l'investigation et le traitement de patients présentant une pathologie complexe ou à risque de complications étant cependant entendu, que de façon générale, il ne reçoit pas de clientèle requérant un suivi simple de clinique externe, incluant le contrôle du taux d'anticoagulation (RNI).

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à la présente entente couvre les activités professionnelles suivantes :

- a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;
- b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;
- c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévues par la présente entente s'appliquent de 8 h à 18 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

- + 5.02 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'un centre de médecine de jour est rémunéré selon un forfait, par période de quatre (4) heures, divisible en heures, auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il y dispense. Le montant du forfait est de 295,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 307,80 \$ au 1^{er} juin 2013. Le pourcentage du tarif des actes qui s'ajoute est de 65 %. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents de travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

Forfait :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19537** dans la section Actes;
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (0XXX0);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Services médicaux :

Tous les services médicaux facturés dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant :

- le modificateur **190** ou son multiple **806 (094-190)**;
- les honoraires demandés en les calculant à 65 % du tarif de base du service rendu;
- le code d'établissement spécifique (0XXX0).

Dans un centre de médecine de jour (0XXX0), le professionnel doit utiliser les codes d'exams pour patient inscrit en clinique externe d'un CHSGS.

Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

Aux fins des présentes, jusqu'à un maximum de deux (2) forfaits de quatre (4) heures, par jour, sont attribués à l'installation pour rémunérer les activités professionnelles effectuées par l'ensemble des médecins visés par la présente entente. Le comité paritaire détermine le nombre de jours visés ainsi que le nombre de forfaits par jour attribué à l'installation.

Le médecin qui est rémunéré selon ce régime ne peut durant sa période de garde au sein du centre de médecine de jour se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement. Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente est rémunéré pour les actes qu'il pose à 45 % du tarif des services médicaux rendus.

AVIS : *Tous les services médicaux rendus exceptionnellement à l'extérieur du centre de médecine de jour durant la période de travail du médecin désigné, doivent être facturés dans la section Actes de la Demande de paiement - Médecin (1200) en y inscrivant :*

- le modificateur **191**;
- les honoraires demandés en les calculant à 45 % du tarif de base du service rendu;
- le code d'établissement dont le secteur **correspond à celui de l'unité où le service est rendu (donc un secteur différent de « 0 » (0XXXX0))**.

5.03 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou celui qui le remplace procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

5.04 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement.

5.05 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Centre de médecine de jour;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

6.00 PROCÉDURES

6.01 Une demande d'adhésion est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par les médecins qui exercent leur profession auprès du centre de médecine de jour. Il en est de même d'une demande de retrait.

6.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'un centre de médecine de jour aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} décembre 2007 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

ANNEXE I

Centres de médecine de jour désignés à l'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un centre de médecine de jour.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

EP - MÉDECIN ENSEIGNANT

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN ENSEIGNANT

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

SECTION I : Modalités spécifiques de rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe

1.00 OBJET

1.01 Cette section de l'entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération d'activités effectuées dans le cadre d'un programme de formation en médecine.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 INTERPRÉTATION

3.01 Le responsable de stages, vocable utilisé ci-dessous, fait référence, selon les milieux, au chef de l'unité de médecine familiale, au directeur de l'enseignement ou encore au coordonnateur de l'enseignement. Lorsque des stages sont effectués au sein d'un département ou service d'un centre hospitalier, distinct de l'unité de médecine familiale, les fonctions du directeur ou du coordonnateur de l'enseignement peuvent être dévolues au médecin qui assure la répartition des stagiaires au sein de ce département ou service.

3.02 Un mois-stage, aux fins d'application des dispositions de la présente section, correspond à une période de quatre (4) semaines, la première des périodes d'une année d'application débutant le 1^{er} juillet de chaque année.

AVIS : Vous référer à la **Liste 3** pour connaître les dates fixées par le Collège des médecins du Québec, pour chaque mois-stage. La **Liste 3** est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

4.01 En sus de toute autre rémunération prévue à l'entente générale, à une entente particulière ou à la seconde section de la présente entente particulière, la rémunération prévue à la présente section de l'entente particulière est applicable au médecin qui, selon l'assignation du responsable de stages, assume la prise en charge et la responsabilité de l'externe et/ou du résident au cours d'une demi-journée. Cette prise en charge et cette responsabilité impliquent principalement des activités de supervision clinique.

4.02 Les activités visées par les présentes sont rémunérés sous forme d'un demi-*per diem* par demi-journée d'activités. Chaque demi-*per diem* doit viser des activités dont la durée totale minimale est de 3,5 heures la même journée. Lorsque plus d'un médecin assure la prise en charge et la responsabilité d'un externe ou d'un résident durant la même demi-journée, la durée de l'activité s'évalue en tenant compte du rôle de l'ensemble des médecins, sans dépasser la durée de l'activité de l'externe ou du résident. Les médecins doivent alors convenir duquel parmi eux réclame le demi-*per diem* pour cette demi-journée pour un externe ou un résident.

AVIS : Pour réclamer un demi-*per diem*, le médecin doit effectuer sur place, la supervision d'activités cliniques ou toute autre activité de formation d'un résident ou d'un externe, durant une période minimale de 3,5 heures au cours de la journée.

4.03 Au cours d'une demi-journée, un seul médecin peut être rémunéré pour la prise en charge et la responsabilité de la supervision d'un externe ou d'un résident.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.01 Dans une région autre que celles visées au paragraphe 5.03 ci-dessous, le médecin qui, en établissement, assume la responsabilité d'un résident pendant une demi-journée reçoit un demi-*per diem* de 38,05 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 39,65 \$ au 1^{er} juin 2013 et, quand il assume la responsabilité d'un externe, de 45,70 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 47,65 \$ au 1^{er} juin 2013. Ces montants sont respectivement de 50,75 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 52,90 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 60,95 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 63,55 \$ au 1^{er} juin 2013 si cette responsabilité est assumée dans le cadre d'un cabinet privé reconnu pour la formation.

AVIS : *Facturer quotidiennement, par lieu de stages, le nombre de demi-per diem effectués. Au cours d'une journée, si l'enseignement est supervisé dans plus d'un lieu de stages, utiliser une demande de paiement différente par lieu de stages.*

Pour la facturation du forfait de formation, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date de chaque formation réclamée;
- le lieu de stages, soit le numéro d'établissement ou, pour un cabinet privé, le numéro de facturation attribué par la Régie (54XXX, 55XXX ou 57XXX) dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte approprié au forfait de formation demandé dans la section Actes;
- le nombre de demi-per diem pour la supervision de résidents ou d'externes selon le code d'acte réclamé, dans la case UNITÉS;
- les honoraires demandés sur chaque ligne de service et inscrire le total des honoraires demandés dans la case TOTAL.

Pour un résident, le code de forfait de formation selon le lieu de stages est :

- le code **19910** au tarif de **52,90 \$** si le lieu est un cabinet reconnu;
- le code **19911** au tarif de **39,65 \$** si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);
- le code **19912** au tarif de **39,65 \$** si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).

Pour un externe, le code de forfait de formation selon le lieu de stages est :

- le code **19913** au tarif de **63,55 \$** si le lieu est un cabinet reconnu;
- le code **19914** au tarif de **47,65 \$** si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);
- le code **19915** au tarif de **47,65 \$** si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).

Pour une même journée, si plus d'un même forfait est réclamé dans le même établissement, la facturation de ceux-ci doit être faite sur une seule demande de paiement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

La liste des lieux de stages autorisés au regard du paragraphe 5.01 (liste 1) est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

5.02 Dans une région visée au sous-paragraphe 5.03 ci-dessous, le médecin qui assume la responsabilité d'un résident pendant une demi-journée reçoit un demi-*per diem* de 59,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 62,35 \$ au 1^{er} juin 2013 et, quand il assume la responsabilité d'un externe, de 67,45 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 70,30 \$ au 1^{er} juin 2013. Ces montants sont respectivement de 79,75 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 83,15 \$ au 1^{er} juin 2013 et de 89,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 93,70 \$ au 1^{er} juin 2013 si cette responsabilité est assumée dans le cadre d'un cabinet privé reconnu pour la formation.

AVIS : *Facturer quotidiennement, par lieu de stages, le nombre de demi-per diem effectués. Au cours d'une journée, si l'enseignement est supervisé sur plus d'un lieu de stages, utiliser une demande de paiement différente par lieu de stages.*

Pour la facturation du forfait de formation, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date de chaque formation réclamée;
- le lieu de stages, soit le numéro d'établissement ou, pour un cabinet privé, le numéro de facturation attribué par la Régie (54XXX, 55XXX ou 57XXX) dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte approprié au forfait de formation demandé dans la section Actes;
- le nombre de demi-per diem pour la supervision de résidents ou d'externes selon le code d'acte réclamé, dans la case UNITÉS;

AVIS : (suite)

- les honoraires demandés sur chaque ligne de service et inscrire le total des honoraires demandés dans la case TOTAL.

Pour un résident, le code de forfait de formation selon le lieu de stages est :

- le code **19916** au tarif de **83,15 \$** si le lieu est un cabinet reconnu;
- le code **19917** au tarif de **62,35 \$** si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);
- le code **19918** au tarif de **62,35 \$** si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).

Pour un externe, le code de forfait de formation selon le lieu de stages est :

- le code **19919** au tarif de **93,70 \$** si le lieu est un cabinet reconnu;
- le code **19920** au tarif de **70,30 \$** si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);
- le code **19921** au tarif de **70,30 \$** si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).

Pour une même journée, si plus d'un même forfait est réclamé dans le même établissement, la facturation de ceux-ci doit être faite sur une seule demande de paiement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

La liste des lieux de stages autorisés au regard du paragraphe 5.02 (liste 2) est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

5.03 Les régions visées par les modalités prévues au paragraphe 5.02 ci-dessus sont les suivantes :

- a) Tous les secteurs géographiques visés par l'annexe XII de l'entente générale dont la liste apparaît au préambule de la section de cette annexe;
- + b) Toutes les installations visées par l'annexe XII-A de l'entente générale, toutes les autres installations faisant partie du même réseau local de santé et de services sociaux ainsi que tous les cabinets reconnus pour la formation faisant partie de ces mêmes réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- + c) Le CLSC Laurier-Station du RLS Alphonse-Desjardins, les installations des RLS de Lanaudière-Nord, d'Argenteuil, de la Rivière-du-Nord-Mirabel-Nord, des Pays-d'en-Haut, des Laurentides, de la Haute-Yamaska, de Richelieu-Yamaska, de Sorel Tracy, de Vaudreuil-Soulanges, du Haut-Saint-Laurent, du Suroît, du Haut-Richelieu-Rouville, de Jardins-Roussillon, de la Pommeraie ainsi que tous les cabinets reconnus pour la formation faisant partie du même réseau local de services sociaux que ces installations.

5.04 Le médecin peut, pendant une demi-journée, assumer la responsabilité de plus d'un résident et/ou externe.

5.05 Le médecin facture, quotidiennement, par lieu de stages, le nombre de demi-*per diem* pour le(ou les) résident(s) ou externe(s) supervisé(s).

5.06 La rémunération versée en vertu de la présente section est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5.07 À l'exception des majorations prévues aux annexes XII et XII-A, aucune autre majoration prévue à l'entente générale, à une entente particulière ou à une lettre d'entente ne s'applique à la rémunération versée en vertu du présent article.

6.00 PROCÉDURES

6.01 L'année d'application débute le 1^{er} juillet de chaque année.

6.02 Au début de l'année d'application, les universités transmettent au comité paritaire les informations suivantes :

- + • la liste des UMF et des installations reconnues pour l'enseignement ainsi que le nom du responsable de stages de chaque UMF ou installation;
- la liste des cabinets reconnus pour la formation;
- + • le nombre prévu de mois-stage de résidents et d'externes, de façon distincte, ainsi que leur répartition entre les unités de médecine familiale, les installations et les cabinets reconnus pour l'enseignement ainsi que toute modification intervenant à ce chapitre en cours d'année.

AVIS : *Le cabinet privé reconnu pour la formation qui ne détient pas de numéro de facturation Régie, doit en faire la demande. Pour ce faire, il suffit de remplir le formulaire Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet (4066) disponible sur le site Web de la Régie en y précisant que le numéro de facturation est demandé pour la rémunération du médecin enseignant.*

Le médecin enseignant d'un cabinet reconnu en attente d'un numéro de facturation, doit retenir la réclamation de demi-per diem jusqu'à la réception de celui-ci. Lorsque le numéro de facturation pour ce cabinet est transmis par la Régie, tous les services rendus dans ce cabinet, doivent être facturés avec le numéro attribué, et ce, par l'ensemble des médecins omnipraticiens qui y pratiquent.

Veillez le faire parvenir à l'adresse mentionnée sur le formulaire ou par télécopieur au 418 646-8110.

6.03 Le responsable de stages doit s'assurer que la grille établissant les activités quotidiennes de chaque résident et externe durant un mois de stage est conservée, tout comme la grille des activités des médecins responsables de la supervision. Ces grilles doivent être conservées pour une période de trois (3) ans après le mois en cause.

- + **6.04** Au cours du trimestre suivant la fin d'un trimestre, la Régie transmet au comité paritaire le nombre de demi-per diem facturés par UMF, par installation et par cabinet reconnu.
- + **6.05** Dans le trimestre suivant la fin de l'année d'application, le comité paritaire compare la prévision du nombre de mois-stage de résidents et d'externes faite en début d'année par les universités à la facturation totale pour chaque UMF, pour chaque installation et pour chaque cabinet reconnu.

En cas de dépassement significatif, le comité paritaire vérifie la validité des prévisions faites par les universités au début de l'année d'application et, s'il y a lieu, demande à la Régie de faire les vérifications requises auprès des responsables de stages en cause. La RAMQ peut décider des correctifs requis ou, selon le cas, soumettre la situation au comité paritaire.

6.06 Le comité paritaire peut examiner toute situation problématique relativement à l'application de la présente section, notamment en ce qui a trait à la facturation d'un médecin, et décider des correctifs requis.

SECTION II : Activités de formation dans le cadre d'une unité de médecine familiale

1.00 OBJET

1.01 Cette section de l'entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

- + **1.02** L'annexe I ci-jointe contient la liste des installations des établissements, installations ayant une unité de médecine familiale et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année, pour chaque installation, le nombre d'heures alloué pour les services de supervision, le nombre d'heures alloué pour les activités académiques ainsi que le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la présente entente.

1.03 Pour être éligible à une désignation selon la présente entente particulière, une unité de médecine familiale doit être lourde. Est ainsi qualifiée, toute unité de médecine familiale qui est responsable, vis-à-vis d'une faculté de médecine ou d'un département universitaire de médecine familiale, de l'ensemble d'un programme de formation en médecine familiale, notamment sa mise en oeuvre et sa réalisation.

- + **1.04** L'annexe I fait état de la liste des installations des établissements concernés opérant une unité de médecine familiale désignés par le comité paritaire.

AVIS : *La liste des installations des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

AVIS : Utiliser le code d'activité pertinent inscrit à chaque sous paragraphe. Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.01 Sous réserve du paragraphe 3.02, la rémunération prévue par la présente entente particulière couvre les services dispensés aux malades inscrits de la clinique externe relevant de l'unité de médecine familiale désignée, c'est-à-dire :

1. Les services cliniques :

- 1.1 La dispensation des services médicaux et les activités clinico-administratives qui s'y rapportent (code d'activité **051030** ou **051015** s'il s'agit d'examen relatifs à l'hépatite C);
- 1.2 Les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation des soins à un patient (code d'activité **051032**);
- 1.3 Les activités médico-administratives et hospitalières (code d'activité **051043**).

2. Les activités de supervision :

Les périodes entières où un enseignant est affecté à la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des étudiants et des résidents; ces périodes peuvent inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision (code d'activité **051069**).

3. Les activités académiques :

- 3.1 L'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel (code d'activité **051068**);
- 3.2 L'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique (code d'activité **051031**);
- 3.3 La gestion administrative spécifique de l'UMF (code d'activité **051028**);
- 3.4 Le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques (code d'activité **051027**).

+ **3.02** La rémunération prévue à la présente entente particulière peut aussi couvrir les soins dispensés aux malades admis, à l'exclusion d'un accouchement ou d'un acte d'assistance opératoire. (code d'activité **063030** – Services cliniques – Malades admis)

Pour que les soins dispensés aux malades admis soient ainsi couverts, le médecin doit opter pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire pour ces services au moment de sa nomination, du renouvellement de celle-ci, ou encore au moment de l'adhésion de l'installation à l'entente particulière. Toutefois, lorsque la nomination du médecin ou le renouvellement de celle-ci vise majoritairement la dispensation de soins auprès de patients admis, le médecin doit alors obtenir une autorisation du comité paritaire.

AVIS : L'établissement responsable de l'installation (0XXX3) où le médecin rend des services cliniques aux malades admis doit faire parvenir à la Régie 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) en **version papier** sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- cocher la case Malades admis – UMF (paragr. 3.02);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Le médecin devra utiliser le code d'activité **063030** dans l'installation (0XXX3) où il rend ces services.

Les soins aux malades admis, au sens du présent paragraphe, ne comprennent pas les soins médicaux dont la dispensation est régie par une entente particulière, notamment celles ayant pour objet les soins coronariens ou intensifs, les soins psychiatriques, les soins palliatifs ainsi que les soins gériatriques. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas régis par une entente particulière, ces soins sont rémunérés selon les modalités prévues à l'Entente.

+ **3.03** Cette rémunération ne couvre pas la dispensation des services médicaux qui est effectuée par le médecin dans le service d'urgence de première ligne ou dans une clinique externe physiquement distincte de celle relevant de l'unité de médecine familiale désignée.

Toutefois, cette rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le cas, couvre les visites à domicile que le médecin est appelé à effectuer dans le cadre de ses activités au sein de l'unité de médecine familiale, à moins que celui-ci n'opte, au moment de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci, ou au moment de l'adhésion de l'installation à l'entente, pour le mode de l'acte lors des visites à domicile.

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'Entente, le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de l'unité de médecine familiale est, pour les activités décrites à l'article précédent et selon l'option exercée en vertu de son paragraphe 3.02, rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

Le médecin doit être détenteur d'un titre universitaire.

Malgré le premier alinéa ci-dessus, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.

AVIS : *Lorsque le médecin opte pour l'acte pour les services médico-administratifs (annexe XIII), il ne doit pas réclamer de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes pour la période de temps où il dispense ces services.*

- + **4.02** Par accord des parties, le nombre d'heures alloué à une installation pour les activités professionnelles de supervision et académiques visées aux présentes est, sur une base annuelle, déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire. Le nombre d'heures ainsi déterminé se subdivise en deux banques distinctes, la première devant rémunérer les services de supervision décrits à l'alinéa 2 du paragraphe 3.01 et la seconde, les activités académiques décrites à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01.

4.03 Le transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque devant servir à rémunérer les activités académiques doit être approuvé par le comité paritaire.

- + **4.04** Le nombre d'heures alloué à chaque installation pour les services cliniques tels que décrits à l'alinéa 1 du paragraphe 3.01 est déterminé par le comité paritaire. Toute modification à ce nombre d'heures relève également du comité paritaire.

4.05 Le comité paritaire informe l'établissement et la Régie du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques.

4.06 La répartition entre les médecins du nombre d'heures alloué pour les activités professionnelles de supervision, académiques ainsi que du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques est déterminée par le chef de l'unité de médecine familiale et entérinée par le chef du département de médecine générale.

4.07 Malgré le premier alinéa du paragraphe 4.01 ci-dessus, le médecin peut, lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir sur recommandation du médecin chef de l'unité de médecine familiale et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous de l'unité de médecine familiale. Exceptionnellement, si le médecin ne pouvait se prévaloir de l'option lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, ou si l'unité n'offrait alors pas de services sans rendez-vous, il peut exercer l'option en cours de nomination.

- # **AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- cocher la case Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.08 Dans le cas où l'unité de médecine familiale est rattachée à un CLSC, le médecin doit facturer en vertu de la présente entente les services dispensés pour toutes les activités qui relèvent de l'unité de médecine familiale et en vertu de l'entente relative aux CLSC pour les activités qui relèvent du CLSC.

4.09 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode respectif de rémunération. La Régie doit également être informée du nom des médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 3.02 et 4.07.

- # **AVIS :** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.10 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe mensuellement les parties négociantes ainsi que les chefs des unités de médecine familiale concernées du suivi de l'utilisation des différentes banques d'heures.

4.11 Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Médecin (1200).*

Le médecin rémunéré à tarif horaire doit facturer son indemnité de kilométrage sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour chaque déplacement, une nouvelle demande de paiement 1215 doit être remplie en inscrivant les activités correspondantes à l'indemnité de kilométrage facturée.

Pour les instructions de facturation, veuillez vous référer au paragraphe 2.4.2 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens.

Les **natures de service** permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 051XXX
- 063XXX

Avec les **emplois de temps** suivants :

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX030 Services cliniques
- XXX031 Étude de dossiers
- 051068 Encadrement clinique et pédagogique
- 051069 Activité de supervision

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'Entente relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière, le comité détermine les modalités de transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque allouée pour la rémunération des activités académiques, dont les règles de conversion et la période couverte par le transfert.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **6.01** Le présent article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à la présente entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'une installation d'un établissement, installation qui opère une unité de médecine familiale, désignée aux fins des présentes.
- + **6.02** Une demande selon le présent article est formulée conjointement par l'installation concernée ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale.

6.03 Le choix d'adhérer à la présente entente particulière doit, pour être valable, recevoir l'appui des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale concernée et qui, en termes d'heures, assument la majorité des activités professionnelles qui s'y exercent.
- + **6.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité de médecine familiale requiert, outre l'approbation des parties, celle de l'installation qui exploite l'unité de médecine familiale ainsi que celle des médecins qui assument la majorité des services.

6.05 Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à l'adhésion ou au retrait de la présente entente particulière, ce désaccord peut être soumis au comité paritaire afin qu'il recommande aux parties, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'unité de médecine familiale visée.
- + **6.06** Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie, l'installation de l'établissement, installation qui opère l'unité de médecine familiale ainsi que les médecins concernés.

7.00 FORMATION CONTINUE

7.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions du présent article tout médecin qui détient une nomination de l'établissement responsable de l'unité de médecine familiale adhérente à la présente entente.

7.02 Les cours de formation admissibles aux présentes dispositions doivent répondre aux conditions apparaissant à l'article 2.00 de l'annexe XIX de l'Entente relative au Programme de formation continue et être approuvés par le chef de l'unité de médecine familiale. Certaines activités de formation pertinentes ne répondant pas aux conditions de l'article 2 de l'annexe XIX pourront être également admissibles avec l'approbation du chef de l'UMF.

7.03 Une banque de journées de formation, sur la base de cinq (5) journées de formation continue par médecin en équivalent temps complet, est allouée à chaque UMF par période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente détermine le nombre alloué à chaque UMF.

7.04 Le chef de l'unité de médecine familiale est responsable de la répartition entre les médecins des journées de formation allouées à l'unité de médecine familiale.

7.05 La journée de formation visée par les présentes dispositions comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

7.06 Quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui bénéficie de journées de formation continue selon les présentes dispositions reçoit une allocation forfaitaire de 372 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 388 \$ au 1^{er} avril 2013 ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 167 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 174 \$ au 1^{er} avril 2013. Le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente pour sa pratique dans l'UMF a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

AVIS : *Pour les professionnels à **tarif horaire**, utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) en inscrivant les informations suivantes :*

- sous **quantième** : inscrire la date de la journée de la formation continue;
- sous **mode de rémunération** : inscrire TH;
- sous **plage horaire** : indiquer la plage au cours de laquelle la formation a débuté;
- sous **code d'activité** **051133** pour une demi-journée de formation continue;
051134 pour une journée complète de formation continue;
- sous **heures travaillées** : toujours inscrire 1 heure.

*Pour les professionnels à **honoraires fixes**, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (1216) et le code de congé 17 :*

- sous **durée (jours)** : inscrire 1.00 ou 0.50

- a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum une (1) fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, sous réserve des dispositions des paragraphes 5.2 et 5.3 de la section II de l'annexe XII, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : *Le médecin qui réclame le remboursement de ses frais de déplacement doit remplir la partie DÉPLACEMENT du formulaire Demande de remboursement des mesures incitatives (3336). Le médecin qui choisit d'utiliser les frais de déplacement selon les dispositions de la formation continue en UMF doit l'indiquer dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nom et le numéro d'établissement de l'UMF dans la partie ENDROIT DE PRATIQUE.*

- b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3, alinéa c), de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : *Le médecin qui réclame l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit compléter la partie RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT du formulaire Demande de remboursement des mesures incitatives (3336). Le médecin qui choisit d'utiliser les journées d'allocation forfaitaire selon les dispositions de la formation continue en UMF doit l'indiquer dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nom et le numéro d'établissement de l'UMF dans la partie ENDROIT DE PRATIQUE.*

7.07 Le médecin qui bénéficie des journées de formation prévues par les présentes dispositions doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée au paragraphe précédent, fournir à la Régie les pièces justificatives au plus tard trois (3) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation. Les pièces justificatives sont :

- a) l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu du paragraphe 7.02 ci-dessus. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés;
- b) l'approbation du chef de l'unité de médecine familiale relativement au cours de formation en cause.

8.00 CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

8.01 Aux fins des dispositions prévues au présent article, les activités médico-administratives visées sont celles qu'assument le chef de l'unité de médecine familiale et celui qui l'assiste.

8.02 Les activités visées au présent article sont rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 64,90 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1^{er} juin 2013.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19909** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement désigné dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, **vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement.** Vous pouvez alors répartir votre facturation **sur plus d'une journée** pour respecter cette limite.

8.03 Une banque annuelle sur la base de l'année civile et selon le groupe auquel elle appartient, est attribuée à chaque unité de médecine familiale adhérente à la présente entente particulière. Le nombre de forfaits alloué pour le groupe 1 est de 200 forfaits et, pour le groupe 2, de 280 forfaits. Le groupe d'appartenance est précisé à l'annexe I.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

8.04 Le chef de l'unité de médecine familiale doit se prévaloir d'au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à l'unité de médecine familiale.

8.05 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef de l'unité de médecine familiale ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions du présent article.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant;
- cocher la case Chef de l'UMF (paragr. 8) ou Assistant du chef de l'UMF (paragr. 8);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

SECTION III : Mise en vigueur et durée

1.00 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1^{er} janvier 1997 ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale désignée et y dispense des services médicaux.

Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - GARDE SUR PLACE - CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne d'une installation d'un établissement fusionné ou non, installation qui, visée au paragraphe 1.02 ci-après, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou qui fait partie du réseau de garde intégré, et est désigné aux fins des présentes.
 - + **1.02** Pour être éligible à une désignation selon cette entente, une installation qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) comportant un service d'urgence de première ligne ou qui fait partie du réseau de garde intégré doit, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, assurer une garde sur place dans ce service d'urgence.
 - + **1.03** L'annexe I contient la liste des installations désignées ayant opté pour le régime A et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent, la date de leur désignation à la présente entente particulière ainsi que le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chacune des installations en cause. Ces données sont déterminées par le comité paritaire.
 - + **1.04** L'annexe II contient la liste des installations désignées ayant opté pour le régime B et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent ainsi que la date de leur désignation à la présente entente particulière.
- # **AVIS :** *La liste des installations désignées des annexes I et II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- + **2.01** L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne d'une installation susmentionnée, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- + **3.01** Les modalités de rémunération prévue à la présente entente couvrent, de façon exclusive, dans le service d'urgence d'une installation désignée, la rémunération de la garde sur place effectuée par un médecin entre 8 h et 24 h, et, au delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.
- + **3.02** Exceptionnellement, est toutefois rémunéré selon l'entente générale, le médecin qui, en dehors d'une période pendant laquelle il reçoit une rémunération en vertu de cette entente ou de l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V, est appelé à dispenser, dans le service d'urgence de première ligne de l'installation, des soins à la demande d'un patient du service d'urgence ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du service d'urgence.

AVIS : *Le professionnel qui rend des services à l'urgence en dehors d'une période couverte par son forfait de garde à l'urgence (à la demande d'un patient qui y séjourne ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin de garde à l'urgence) doit **obligatoirement inscrire la lettre « G » dans la case C.S. pour tous les services réclamés.** (Voir également l'avis sous le paragraphe 4.04 et la section 4.6.3 sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT de votre manuel).*

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

- + **4.01** Une installation, éligible à une désignation selon la présente entente, opte pour le régime A ou le régime B, tels que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes.
- + **4.02** Le médecin soumis à l'application du régime A ou du régime B est rémunéré selon un forfait par période de quatre (4) heures, divisible en heures, auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense. Les montants des forfaits applicables et le pourcentage du tarif des actes diffèrent selon le régime de rémunération auquel adhère l'installation et selon le groupe auquel appartient l'installation.

Malgré l'alinéa précédent, un médecin détenteur d'une nomination d'un établissement visé aux présentes et qui est rémunéré à honoraires fixes peut opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes lors de sa nomination, du renouvellement de celle-ci ou encore de la désignation de l'installation à la présente entente. En ce cas, le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'installation soumis au régime A.

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **XXX063** Garde sur place
- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

- + **4.03** Le groupe auquel appartient l'installation est déterminé par le protocole d'entente relatif à 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 désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés entré en vigueur le 7 mars 1999. Les parties conviennent de revoir la classification des installations annuellement.

4.04 Les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V relatives à la période de 0 h à 8 h s'appliquent.

AVIS : Le professionnel qui opte pour une facturation à 100 % des services médicaux en vertu de l'article 1.4 a) du Préambule général durant sa période de garde de 0 h à 8 h, doit **obligatoirement inscrire la lettre « G » dans la case C.S.** pour tous les services réclamés durant cette période.

4.05 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes.

AVIS : Dans un service d'urgence (0XXX7) et dans un CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2) : voir les avis intégrés à la règle 2.2.9 B du préambule général de votre manuel de facturation.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUES AU RÉGIME A

AVIS : INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER

1. Codes d'acte à utiliser selon la période et le groupe						
Période	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)
8 h à 20 h / 4 heures :						
Semaine	09858	375,40	09862	342,20	09866	307,80
Samedi, dimanche, jours fériés	09859	375,40	09863	342,20	09867	307,80
20 h à 24 h / 4 heures :						
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09860	409,80	09864	375,40	09848	307,80
Au-delà de 24 heures / 4 heures (paragraphe 3.01) :						
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	09861	409,80	09865	375,40	09849	307,80
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures :						
Semaine seulement	09802	683,60	09804	683,60	09998	683,60
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19065	833,20	19067	833,20	19055	833,20
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures :						
Semaine seulement	09803	683,60	09805	683,60	09994	683,60
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19066	833,20	19068	833,20	19056	833,20

4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place		
Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. NOTE : voir le point 5, page suivante, pour autres données. En application de l'annexe IX de l'Entente, paragraphe 5.3, si le modificateur 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur 062 sauf si un modificateur multiple peut être utilisé.		
Période	Modificateur	Rémunération
En semaine de 8 h à 20 h	105	50,7 % du tarif des actes
En semaine de 20 h à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	106	50,7 % du tarif des actes
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf. : paragraphe 4.01) (au-delà de 24 h)	107	50,7 % du tarif des actes
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (paragraphe 1.4 du P. G.) de 0 h à 8 h	097	101 % du tarif des actes
Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
050 - 097	546	0,5050
050 - 097 - 415	759	0,5707
050 - 105	547	0,2535
050 - 106	548	0,2535
050 - 106 - 413	343	0,2865
050 - 106 - 414	344	0,3118
050 - 106 - 108	307	0,3296
094 - 097	214	1,0100
094 - 097 - 179	330	1,0100
094 - 097 - 179 - 415	925	1,1413
094 - 097 - 415	761	1,1413
094 - 105	234	0,5070
094 - 105 - 179	331	0,5070
094 - 106	235	0,5070
094 - 106 - 108	300	0,6591
094 - 106 - 108 - 179	917	0,6591
094 - 106 - 179	332	0,5070
094 - 106 - 179 - 413	921	0,5729
094 - 106 - 179 - 414	922	0,6236
094 - 106 - 413	341	0,5729
094 - 106 - 414	342	0,6236
094 - 107	236	0,5070
094 - 107 - 415	763	0,5729
097 - 179	200	1,0100
097 - 179 - 415	762	1,1413
097 - 187	698	1,0100
097 - 187 - 415	760	1,1413
097 - 415	711	1,1413
105 - 179	201	0,5070
105 - 187	690	0,5070
106 - 108	237	0,6591
106 - 108 - 179	329	0,6591
106 - 108 - 187	372	0,6591
106 - 179	202	0,5070
106 - 179 - 413	752	0,5729
106 - 179 - 414	753	0,6236

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
106 - 187	691	0,5070
106 - 413	862	0,5729
106 - 414	863	0,6236
107 - 415	818	0,5729

5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (1200)

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la section Actes;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes **09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055**;
- les honoraires sur base horaire sauf codes **09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055**;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes **09802, 09804, 09998, 19065, 19067 ou 19055** lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.

- + **5.01** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 1 sont les suivants :
 - pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 360,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 375,40 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 393,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 409,80 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **5.02** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 2 sont les suivants :
 - pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 328,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 342,20 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 360,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 375,40 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **5.03** Le forfait applicable aux installations du groupe 3 est de 295,20 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 307,80 \$ au 1^{er} juin 2013 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.
- + **5.04** À un forfait susmentionné, s'ajoute, quel que soit le groupe de l'installation, cinquante virgule sept pour cent (50,7 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS : Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Garde sur place-Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un **patient admis**, doit facturer la visite de suivi ou d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs du service d'urgence **105, 106 et 107 (régime A)** ou **401, 402 et 403 (régime B)**, ou un de leurs multiples, ainsi que ceux au P.G. 1.4 ou ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.

AVIS : À compter du **1^{er} octobre 2013**, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement **4XXX0**, et ce, pour tous les modes de rémunération.

+ **5.05** Si un établissement non fusionné visé aux présentes administre plus d'un service d'urgence de première ligne situé dans des installations géographiquement distinctes, la formule de rémunération prévue à cet article s'applique, de façon distincte, selon les modalités de désignation apparaissant à l'annexe I, dans le service d'urgence de chacune des installations en cause.

5.06 Sous réserve du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V, un forfait visé au présent article n'est divisible que sur base horaire. Ainsi divisé, un forfait peut être utilisé aux fins de déterminations prévues au paragraphe 5.11.

5.07 Un médecin peut, si des circonstances exceptionnelles et temporaires le justifient, à la demande du chef de département de médecine générale ou du médecin responsable, en surplus du nombre de médecins bénéficiant de la rémunération forfaitaire prévue, effectuer une garde sur place, entre 8 h et 24 h. Le chef de département informe le comité paritaire des motifs de son autorisation.

5.08 Le médecin visé au paragraphe 5.07 bénéficie de la rémunération prévue à cette entente. Après examen des motifs qui lui ont été soumis, le comité paritaire rajuste pour autant le nombre hebdomadaire de forfaits alloué au service d'urgence pour la période en cause et en informe la Régie.

5.09 Lorsque le médecin visé aux paragraphes 4.02 ou 5.07 doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, l'activité professionnelle en cause est rémunérée à 45 % de la valeur des actes médicaux qu'il dispense. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicté le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou le paragraphe 4.04 des présentes.

5.10 Dans un service d'urgence visé aux présentes, lorsque le médecin doit, dans une même journée, effectuer, en plus d'une garde de 0 h à 8 h, une garde comprise entre 8 h et 24 h, la facturation afférente à la période de 0 h à 8 h est également déterminée, en exclusivité, selon le cas, par les dispositions qu'édicté le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou 4.04 des présentes.

5.11 Le nombre de forfaits autorisés est, dans un premier temps, établi sur base hebdomadaire. Par la suite, il est réparti sur base journalière.

+ **5.12** Le nombre hebdomadaire de forfaits autorisés est établi par les parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00. Cette détermination est arrêtée en fonction du temps, du lieu, de la nature, du volume, de la fréquence et de la lourdeur des services médicaux qui doivent être dispensés, d'une façon immédiate, par les médecins, et ce, en tenant compte des conditions observées dans le service d'urgence de l'installation visée.

5.13 La répartition journalière des forfaits autorisés est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable, ou le médecin qui le remplace.

5.14 Le nombre journalier de forfaits peut varier selon qu'il s'agit d'une journée régulière, d'une journée fériée, d'un samedi ou d'un dimanche.

5.15 Lorsque les conditions observées dans le service d'urgence le justifient, notamment celles attestant d'une surcharge de travail en fonction des effectifs médicaux en place, le comité paritaire peut, à titre exceptionnel, dans la détermination du nombre de forfaits hebdomadaire approprié, tenir compte du temps qui, excédentaire à un quart de garde, peut être requis par la dispensation de services médicaux ou le complètement de dossiers.

Dans le cas où l'accompagnement d'un patient lors d'un transfert ambulancier est susceptible d'entraîner un dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence, le médecin qui fait l'accompagnement et celui qui le remplace au service d'urgence, peuvent, sans obtenir l'autorisation du comité paritaire être rémunérés simultanément selon les dispositions de la présente entente pour une période s'échelonnant de 8 h à 24 h et cela en raison d'une considération exceptionnelle. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier. Tout dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence pour effectuer un tel transfert est, dans ce cas, réputé autorisé par le comité paritaire.

AVIS : *Pour identifier un forfait de garde sur place en rapport à un transfert ambulancier, le médecin qui effectue le transfert doit facturer le code de forfait permis, divisible selon le temps requis pour effectuer le transfert. Il doit inscrire le modificateur **381** ou son multiple sur sa demande de paiement ainsi que le NAM de la personne transférée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

6.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUES AU RÉGIME B

AVIS : INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER

1. Codes d'acte à utiliser selon la période et le groupe						
Période	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)	Codes	Forfaits (\$)
8 h à 20 h / 4 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	19850	230,00	19853	207,00	19856	185,20
20 h à 24 h / 4 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	19851	251,00	19854	227,20	19857	185,20
Au-delà de 24 heures / 4 heures (paragraphe 3.01) : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	19852	251,00	19855	227,20	19858	185,20
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures : Semaine seulement	09802	683,60	09804	683,60	09998	683,60
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19065	833,20	19067	833,20	19055	833,20
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures : Semaine seulement	09803	683,60	09805	683,60	09994	683,60
Samedi, dimanche, jours fériés seulement	19066	833,20	19068	833,20	19056	833,20
4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place						
Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. NOTE : Voir le point 5, page suivante, pour autres données. En application de l'annexe IX de l'Entente, paragraphe 5.3, si le modificateur 097, 401, 402 ou 403 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, inscrire le modificateur 062 sauf si un modificateur multiple peut-être utilisé.						
Période	Modificateur		Rémunération			
En semaine de 8 h à 20 h	401		77,8 % du tarif des actes			
En semaine de 20 h à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	402		77,8 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf. : paragraphe 4.01) (au-delà de 24 h)	403		77,8 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (paragraphe 1.4 du P. G.) de 0 h à 8 h	097		101 % du tarif des actes			
Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple		Constante (Facteur de multiplication)			
050 - 097	546		0,5050			
050 - 097 - 415	759		0,5707			
050 - 108 - 402	380		0,5057			
050 - 401	826		0,3890			
050 - 402	827		0,3890			
050 - 403	828		0,3890			
094 - 097	214		1,0100			
094 - 097 - 179	330		1,0100			
094 - 097 - 415	761		1,1413			
094 - 097 - 179 - 415	925		1,1413			
094 - 401	829		0,7780			
094 - 402	830		0,7780			

094 - 403	831	0,7780
094 - 403 - 415	764	0,8791
094 - 108 - 402	384	1,0114
094 - 108 - 179 - 402	920	1,0114
094 - 179 - 401	385	0,7780
094 - 179 - 402	386	0,7780
094 - 179 - 402 - 413	923	0,8791
094 - 179 - 402 - 414	924	0,9569
094 - 402 - 413	757	0,8791
094 - 402 - 414	758	0,9569
097 - 179	200	1,0100
097 - 179 - 415	762	1,1413
097 - 187	698	1,0100
097 - 187 - 415	760	1,1413
097 - 415	711	1,1413
108 - 402	832	1,0114
108 - 179 - 402	387	1,0114
108 - 187 - 402	388	1,0114
179 - 401	833	0,7780
179 - 402	834	0,7780
187 - 401	835	0,7780
187 - 402	836	0,7780
402 - 413	874	0,8791
402 - 414	875	0,9569
403 - 415	816	0,8791
5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (1200)		
<ul style="list-style-type: none"> - XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie; - l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la section Actes; - le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7); - le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055; - les honoraires sur base horaire sauf codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 et 19055; - l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. <p>Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.</p>		
Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 09802, 09804, 09998, 19065, 19067 ou 19055 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.		

- + **6.01** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 1 sont les suivants :
 - pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 220,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 230 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 240,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 251 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **6.02** Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 2 sont les suivants :
 - pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 198,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 207 \$ au 1^{er} juin 2013;
 - pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 218 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 227,20 \$ au 1^{er} juin 2013;
- + **6.03** Le forfait applicable aux installations du groupe 3 est de 177,60 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 185,20 \$ au 1^{er} juin 2013 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.

- + **6.04** À un forfait susmentionné s'ajoute, quel que soit le groupe de l'installation, soixante-dix-sept virgule huit pour cent (77,8 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS : *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP-Garde sur place-Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un patient admis, doit facturer la visite de suivi ou d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant le secteur où il rend les soins (0XXX2-0XXX3-0XXX6-4XXX6-0XXX8-4XXX0). Il doit également appliquer les modificateurs du service d'urgence 105, 106 et 107 (régime A) ou 401, 402 et 403 (régime B), ou un de leurs multiples, ainsi que ceux au P.G. 1.4 ou ceux en horaires défavorables prévus au P.G. 2.2.9 B, si applicables.*

AVIS : *À compter du 1^{er} octobre 2013, les services relatifs aux soins palliatifs doivent être réclamés en utilisant le numéro d'établissement 4XXX0, et ce, pour tous les modes de rémunération.*

6.05 Lorsqu'un médecin soumis au régime B doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, il est rémunéré selon les dispositions des paragraphes 6.01, 6.02, 6.03 et 6.04 ci-dessus. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou le paragraphe 4.04 des présentes.

- + **6.06** Les médecins de l'installation qui a opté pour le régime B peuvent utiliser, à chaque jour de la semaine, le nombre de forfaits qui leur est nécessaire pour rémunérer les activités professionnelles visées par la présente entente particulière.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins d'informer et de conseiller les établissements et les médecins visés aux présentes relativement à la mise en oeuvre de cette entente particulière.

7.02 Ce comité a également pour fonction d'examiner les demandes des établissements et de soumettre aux parties les avis qui lui semblent pertinents quant aux matières suivantes :

- + a) en regard de la présente entente particulière, l'adhésion ou le retrait d'une installation;
- b) toute recommandation, avis ou consentement visé aux présentes.

- + **7.03** Ce comité voit à évaluer la classification des installations, selon les dispositions du paragraphe 4.03, et à la mise en oeuvre de la présente entente particulière. S'il y a lieu, il recommande, au Ministre et à la Fédération, les correctifs nécessaires.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

- + **8.01** Cet article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à cette entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'une installation visée aux présentes.

- + **8.02** Une demande est formulée conjointement par l'établissement qui exploite l'installation visée ainsi que par les médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause. Elle est transmise, par écrit, au Ministre et à la Fédération.

8.03 Le choix d'adhérer à cette entente particulière doit, pour être valable, recevoir, outre l'accord de l'établissement et l'acquiescement du chef du département de médecine générale ou du médecin responsable, l'appui de la majorité des médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause.

- + **8.04** Une demande ayant pour objet de soustraire une installation de l'application de cette entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui, majoritaire, des médecins concernés, l'accord du comité paritaire.

- + **8.05** Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à une adhésion à cette entente particulière ou à un retrait de celle-ci, ce désaccord peut, à la demande d'une partie intéressée, être soumis au comité paritaire. Ce dernier recommande, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'installation en cause.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon cet article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

8.07 Une adhésion au sens de cet article ne peut être d'une durée inférieure à un (1) an.

8.08 Une option de rémunération quant au régime de rémunération ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date d'anniversaire de la désignation du service d'urgence à la présente entente particulière. Elle est exercée par la majorité des médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière remplace 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 désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré. Elle entre en vigueur le 1^{er} novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - CISSS DES ÎLES

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

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a 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. Elle couvre tous les centres et installations de l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'établissement susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

- + **3.01** Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire sous réserve des paragraphes suivants.

AVIS : *Le CISSS doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Utiliser les codes d'activité suivants :

- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **002030** Services cliniques
- **002032** Rencontres multidisciplinaires
- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **002063** Garde sur place
- **002071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **002083** Garde en disponibilité (anesthésie)
- **002084** Services cliniques (situation exceptionnelle) (TH seulement)
- **002085** Garde sur place (situation exceptionnelle) (TH seulement)
- **002098** Services de santé durant le délai de carence
- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
- **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.02 Pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à 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. Le médecin qui opte pour les dispositions de cette entente doit respecter les conditions suivantes :

- a) il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre;
- b) le régime de rémunération (A ou B) qui lui est applicable est celui pour lequel a opté l'établissement;
- c) il ne peut partager la garde sur place qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

AVIS: *Le CISSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- à la section Informations additionnelles, sélectionner Article 3.02 – Services dispensés au service d'urgence (acte);
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour les instructions de facturation, voir l'entente particulière relative à la garde sur place à l'urgence.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 14,90 \$ par heure au 1^{er} janvier 2012 et de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

AVIS: - Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité)

- Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours du trimestre visé.

3.04 Les services médicaux dispensés à domicile pour le compte du Centre de santé de même que les services dispensés à la clinique externe du centre hospitalier sont, aux fins de l'annexe XII et de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, réputés être rendus dans le cadre du CLSC.

AVIS: *Pour chaque médecin qui exerce au CLSC de l'Archipel (80795), le CISSS doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour la facturation, s'il répond à l'une des exigences du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII, le médecin a droit à la majoration inscrite sous la colonne Cabinet.

3.05 La garde en disponibilité et certaines activités médico-administratives ou liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle sont rémunérées par un ou plusieurs forfaits complémentaires quotidiens selon les conditions suivantes :

- a) Les médecins qui se prévalent des dispositions du présent paragraphe s'engagent à assurer l'ensemble des gardes en disponibilité requises par l'établissement à l'exception de celle requise en anesthésie rémunérée selon les dispositions du paragraphe 5.00 ci-dessous.
- b) À l'exception des modalités de rémunération prévues à l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF), aucune autre rémunération n'est prévue pour la garde en disponibilité visée au présent paragraphe.
- c) Le montant du forfait complémentaire quotidien est de 129,80 \$ au 1^{er} janvier 2012 et de 135,30 \$ au 1^{er} juin 2013.

- d) Le médecin facture, de façon distincte, les forfaits complémentaires quotidiens accordés pour les services de garde en disponibilité et ceux accordés pour les autres activités.

AVIS: Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
- le code **19678** (forfait complémentaire pour la garde en disponibilité);

ou

- le code **19679** (forfait complémentaire pour les activités médico-administratives ou liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement approprié **0326X ou 80795**, selon que le forfait soit en rapport avec des activités hospitalières ou en CLSC.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.

- e) Sur la base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement, le comité paritaire alloue une banque annuelle de 7 218 forfaits complémentaires quotidiens requis pour la dispensation des services visés aux présentes.
- f) Le chef du département clinique de médecine générale ou celui qui en assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels détermine la répartition des forfaits complémentaires quotidiens entre les médecins.

3.06 La rémunération visée au paragraphe 3.05 ci-dessus est sujette à l'application du paragraphe 5.03 de l'annexe IX de l'entente.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

4.01 Nomination à demi-temps en périodes discontinues :

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS: Le CISSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis de service – Médecin omnipratique – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) sur lequel il doit :

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles;
- à la section Informations additionnelles, sélectionner Article 4.01 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

- la moitié de la prime d'isolement;
- une sortie dont les frais sont remboursés à 50 %;
- dix jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 4.01 a) ci-dessus.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ EN ANESTHÉSIE

5.01 La garde en disponibilité en anesthésie est rémunérée, sur base horaire, à 40 % du taux normal applicable jusqu'au 31 mars 2008, à 45 % de ce taux à compter du 1^{er} avril 2008 et à 50 % de ce taux à compter du 1^{er} avril 2009;

5.02 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

5.03 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique le modificateur inscrit sous la colonne 3.

6.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

6.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1^{er} juin 1998. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2010 sauf pour son paragraphe 5.01 qui prend effet le 1^{er} avril 2008. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11^e jour d'août 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

*EP - UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE***ENTENTE PARTICULIÈRE****AYANT POUR OBJET LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès de patients inscrits dans une unité de décision clinique située dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- + **1.02** L'annexe I fait état de la liste des installations désignées et précise, le cas échéant, le régime de rémunération applicable à l'installation ainsi que le nombre de forfaits alloués hebdomadairement à l'installation.
- # **AVIS :** *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 CARACTÉRISTIQUES D'UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

3.01 Aux fins de la présente entente particulière, une unité de décision clinique doit présenter les caractéristiques suivantes :

- + - L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est admise sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) ou du département de médecine d'urgence d'un établissement fusionné ou non fusionné exploitant une installation opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- Le fonctionnement de l'unité de décision clinique et la dispensation des services médicaux auprès des patients admis sont assumés par les médecins qui exercent au service d'urgence.
- Elle occupe des locaux faisant partie du service d'urgence ou adjacents à celui-ci et elle regroupe dans ce lieu les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique de l'établissement dans lequel est situé l'unité de décision clinique.
- Seuls les patients nécessitant un séjour hospitalier pour une évaluation rapide de leur condition et un traitement de courte durée y sont pris en charge. En l'absence d'une unité de décision clinique, ces patients nécessiteraient une hospitalisation en soins de courte durée. La durée de séjour projetée de la clientèle admise est d'au plus 48 heures.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités professionnelles visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

- a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient, y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;

- b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire, ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;
- c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévue à la présente entente particulière couvrent, de façon exclusive, les services médicaux dispensés sur place entre 8 h et 24 h et, au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.

AVIS : *Tous les services rendus dans l'unité de décision clinique doivent être facturés avec le numéro d'établissement 4XXX7. Indiquer la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.*

- + **5.02** Durant la période comprise entre 0 h et 8 h, les services médicaux sont dispensés selon l'organisation prévue, soit par le(s) médecin(s) qui effectue(nt) la garde sur place au service d'urgence de l'installation ou par le(s) médecin(s) qui assurent la garde en disponibilité au bénéfice des patients admis à l'unité de décision clinique.

AVIS : *Le médecin utilisant le forfait prévu à l'article 1.4 b) du préambule général doit facturer les actes dispensés dans l'unité de décision clinique avec le modificateur pertinent. Celui dont l'établissement adhère à l'entente particulière concernant la garde dans certains établissements (EP-43) et qui fait le choix de la rémunération à l'acte 1.4 a) du préambule général doit identifier dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure à laquelle le service a été rendu et inscrire « G » dans la case C.S. Pour la garde en disponibilité, le médecin dont l'établissement adhère à cette entente particulière (EP-38), veuillez vous référer aux instructions prévues. Pour les services médicaux rendus durant cette garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

- + **5.03** Les modalités de rémunération du médecin qui dispense des services médicaux prévues par la présente entente particulière sont fonction de l'adhésion ou non de l'urgence de l'installation à 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. Les modalités de rémunération sont les suivantes :

- a) Le médecin, dont l'installation est adhérent à 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, est rémunéré de la façon suivante :

- i) Le montant du forfait qui lui est applicable est celui qui est prévu selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence.
- ii) Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

AVIS : *Pour la facturation des forfaits, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43), article 5.00 ou 6.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire et du groupe auquel appartient l'établissement. La facturation de ces forfaits doit être faite en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.*

- iii) Au forfait susmentionné, s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V. Le pourcentage du tarif diffère selon le régime auquel adhère l'installation. Le pourcentage applicable est de 45 % du tarif des services médicaux rendus par le médecin soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage applicable est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Dans l'unité de décision clinique (4XXX7), le professionnel doit utiliser les codes de visite pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D Niveau A seulement.*

- iv) Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente particulière est rémunéré pour les actes qu'il pose selon un pourcentage du tarif des services médicaux rendus selon la tarification applicable dans cette unité. Ce pourcentage est de 45 % du tarif des services médicaux rendus lorsque le médecin est soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Établissement adhérent au Régime A :*

Pour l'utilisation des modificateurs pertinents, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43), article 5.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire, en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.

AVIS : (suite)**Établissement adhérent au Régime B :**

Pour les services médicaux rendus en période de garde, veuillez utiliser les modificateurs suivants :

- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h.....**MOD 406**
- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou le samedi, le dimanche ou une journée fériée de 8 h à 24 h ou au-delà de 24 h en tout temps.....**MOD 407**
- Les honoraires demandés en les calculant à 85 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
- Le code d'établissement spécifique **4XXX7**.

Le multiple des modificateurs **406** et **407** sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
094 - 108 - 407	765	1,1050
094 - 406	819	0,8500
108 - 407	837	1,1050

- v) Pour une même période d'activité, un médecin ne peut se prévaloir simultanément des forfaits alloués en vertu de la présente entente et des forfaits prévus selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.
- + b) Dans le cas où l'installation n'est pas soumise à l'application de l'entente particulière visée au sous-paragraphe 5.03 a) qui précède, le médecin reçoit la rémunération qui est payable suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V de l'Entente.

AVIS : Dans l'unité de décision clinique (**4XXX7**), le professionnel doit utiliser les **codes de visite** pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D **Niveau A** seulement.

5.04 S'appliquent également les modalités de rémunération suivantes :

5.04.1 Les dispositions prévues au paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière, forfait et pourcentage des actes. Toutefois, pour une période donnée le médecin ne peut réclamer le supplément pour les services dispensés en horaires défavorables prévu au dernier alinéa du paragraphe 2.2.9 B qu'en un seul lieu (le service d'urgence ou l'unité de décision clinique, selon le cas).

5.04.2 Le médecin a droit, conformément au libellé de cet acte, à la facturation du forfait de congé en établissement d'un patient admis, sauf lorsque le patient quitte l'unité de décision clinique pour être admis en courte durée. Le médecin a droit de réclamer 100 % du tarif fixé pour le congé en établissement, malgré les paragraphes 5.03 a) iii) et 5.03 a) iv) ci-dessus.

AVIS : Pour la facturation du forfait de congé, veuillez vous référer aux instructions prévues à l'E.P. relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, paragraphe 9.00 C), en utilisant le numéro d'établissement **4XXX7**.

5.05 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement avec des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement.

- # **AVIS :** Les établissements dont les installations sont adhérentes à cette entente particulière doivent transmettre à la Régie la liste des professionnels (noms et numéros de pratique) qui exercent dans l'unité de décision clinique, en prenant soin de spécifier, pour chacun, la date de début de la période visée et, le cas échéant, celle de fin. Les établissements doivent également informer la Régie de toute modification apportée à cette liste.

Par la poste

Régie de l'assurance maladie
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec QC G1K 7B4

Par télécopieur

418 646-8110

5.06 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou le chef de département de médecine d'urgence, ou celui qui remplace l'un ou l'autre selon le cas, procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

- + - Il est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné qui désire se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce dans une unité de décision clinique. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.
- + - Aux fins de l'application du paragraphe 5.03 a) de la présente entente particulière, il détermine, le cas échéant, le nombre de forfaits hebdomadaires attribués à l'installation pour rémunérer les activités effectuées pour l'ensemble des médecins visés par la présente entente et il en informe l'établissement et la Régie. À cette fin, le comité paritaire tient compte des conditions et des données observées au service d'urgence de l'installation concernée dans le cadre de l'application 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.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace la *Lettre d'entente n° 201* du 1^{er} septembre 2008. Elle entre en vigueur le 1^{er} septembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^e jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

EP - SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE MONTRÉAL ET LAVAL

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE AUX SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance-maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès de la Corporation d'Urgences-santé.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités suivantes :

- a) les activités d'assurance de la qualité nécessaires au maintien des normes de qualité, le contrôle et l'appréciation de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence, l'encadrement des premiers répondants;
- b) les constats de décès;
- c) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les responsables des agences de Montréal et de Laval ainsi qu'avec les autres intervenants concernés;
- d) la participation aux réunions du comité médical prévu au paragraphe 4.00 ci-dessous;
AVIS: *Seuls les membres du comité médical, identifiés annuellement par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence (voir l'avis sous le paragraphe 4.01), peuvent réclamer cette activité.*
- e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;
- f) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessus telles que déterminées par le comité médical prévu à l'article 4.00 de la présente entente ou par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, incluant, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la coordination des activités médicales au sein d'un secteur d'activités.

Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente entente particulière et est rémunérée en conséquence.

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **205063** Garde sur place
- **205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **205075** Témoin période régulière
- **205132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
- **205159** Assurance-qualité
- **205160** Constat de décès
- **205161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- **205162** Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut réclamer cette activité)
- **205163** Participation aux comités nationaux
- **205164** Activités médico-administratives autorisées
- **205165** Garde en disponibilité – Constat décès

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.00 COMITÉ MÉDICAL

4.01 Le comité médical est formé minimalement de cinq (5) personnes dont le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de trois (3) représentants des médecins qui exercent dans le cadre de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence en assume la présidence.

Les représentants des médecins doivent provenir des principaux secteurs d'activités de la Corporation d'Urgences-santé dont ceux décrits aux alinéas a) et b) du paragraphe 3.01 ci-dessus. Leur mandat a une durée d'un an et peut être renouvelé.

AVIS : *Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit informer la Régie, annuellement, du nom des personnes qui forment le comité médical qu'il préside. Veuillez transmettre ces informations (noms et numéros de pratique), par lettre, en prenant soin de spécifier le rôle de chacune des personnes. Vous devez également informer la Régie de toute modification apportée à la formation de ce comité et préciser la date à laquelle la modification a eu lieu. Veuillez envoyer le tout à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
C.P. 500
Québec, QC G1K 7B4
ou par télécopieur au 418 646-8110*

4.02 Le comité médical donne son avis au directeur général de la Corporation d'Urgences-santé sur les objets suivants :

- a) l'organisation des services cliniques assurés par les médecins de la Corporation d'Urgences-santé, incluant la gestion de la liste de garde pour les différents services;
- b) les aspects pertinents de l'organisation technique et scientifique de la Corporation d'Urgences-santé;
- c) la définition des qualifications et de la compétence requises d'un médecin pour exercer à la Corporation d'Urgences-santé;
- d) le niveau des effectifs médicaux et le besoin de recrutement de médecins;
- e) toute autre question portée à son attention par le directeur général ou le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité **205162** – Participation aux réunions du comité médical.*

4.03 Lorsque requis et pertinent, le comité médical assiste le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence dans les fonctions qui lui sont dévolues par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* ou encore dans le cadre d'un mandat confié à la Corporation d'Urgences-santé par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité 205162 – Participation aux réunions du comité médical.*

4.04 Le comité médical tient au moins quatre (4) réunions par année.

5.00 CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION

5.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente entente, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé d'un contrat de service professionnel spécifiant le ou les secteur(s) d'activités où il peut exercer.

Un contrat peut être à durée déterminée (temporaire) ou indéterminée. Le contrat à durée déterminée vise à recruter un médecin pour la réalisation d'un mandat spécifique ou pour remplacer un médecin en absence temporaire pour cause de maladie ou pour toute autre cause acceptée par la Corporation et ne peut se prolonger au-delà de l'absence du médecin remplacé. Le contrat à durée indéterminée vise à assurer, pour une durée indéterminée, les activités énumérées au paragraphe 3.01 des présentes. Tout médecin exerçant au sein de la Corporation lors de la mise en vigueur des présentes détient un contrat à durée indéterminée.

À moins d'un avis contraire de la part du médecin, le contrat de service à durée indéterminée se renouvelle à tous les deux ans selon les termes du dernier contrat. Dans le cas où des modifications apportées à l'organisation ou à la nature des services de la Corporation d'Urgences-santé ont pour effet d'amener les parties négociantes à réviser la liste des services énumérés au paragraphe 3.01 ou à réduire le nombre d'heures allouées, les contrats des médecins, une fois cette révision complétée, peuvent être modifiés en conséquence. À défaut d'entente avec les médecins concernés dans les soixante (60) jours suivant la révision précédemment mentionnée, les modifications apportées aux contrats sont faites au moment du renouvellement de ces derniers, et ce, en fonction du degré d'implication des médecins dans le ou les services visés et de l'importance de la réduction du nombre d'heures qui s'y rattachent.

Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé peut refuser de renouveler le contrat d'un médecin en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres à la Corporation d'Urgences-santé. Pour ce faire, le directeur général doit obtenir une recommandation de non-renouvellement d'un sous-comité de trois (3) membres formés pour l'occasion par le comité médical. Ce sous-comité est composé du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou du chef de département de médecine préhospitalière et de deux (2) médecins nommés par le comité médical et qui exercent des activités cliniques au sein de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé doit donner au médecin concerné l'occasion de se faire entendre sur les motifs appuyant la recommandation de non-renouvellement avant de rendre sa décision.

Un médecin peut être dispensé des engagements à son contrat de service durant une période de maladie ou, sur recommandation du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence, pour toute autre période. Le contrat de service à durée indéterminée fait alors l'objet de renouvellement durant la période d'absence selon les règles applicables.

Un médecin peut résilier un contrat de service professionnel en donnant un préavis écrit de soixante (60) jours.

5.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : *La Corporation d'Urgences-santé (99101) doit faire parvenir à la Régie un avis de service 3547 pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire et un avis de service 1897 pour chaque médecin rémunéré à honoraires fixes, préciser qu'il s'agit de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

5.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

AVIS : *Pour services rendus en établissement, veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **205063** Garde sur place
- **205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **205132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

5.04 La rémunération prévue à la présente entente est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : *Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, l'établissement doit cocher la case appropriée sur l'avis de service 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures.*

5.05 Les services visés à l'alinéa 3.01 b) ci-dessus peuvent, avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Dans ce cas, cette garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes selon le cas. Aux fins du présent paragraphe, les vocables « taux horaire normal applicable » signifient, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale et, pour le médecin rémunéré à tarif horaire, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

5.06 Les avis de services sont envoyés à la Régie par la Corporation d'Urgences-santé et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé ou la personne qui le remplace.

AVIS : *La Corporation d'Urgences-santé doit faire parvenir à la Régie le formulaire Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé 1907 afin de désigner le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou son mandataire comme signataire autorisé de l'établissement.*

Le formulaire original, rempli et signé, doit être transmis à l'adresse suivante :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
C.P. 500
Québec, QC G1K 7B4*

6.00 BANQUE D'HEURES

6.01 Après consultation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 3.00 ci-dessus, incluant, le cas échéant, les heures de garde faites en disponibilité. Cette banque d'heures apparaît en annexe de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.

6.02 La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

6.03 Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

6.04 L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace, le 24 avril 2011, l'entente particulière relative à l'assurance-maladie concernant le système préhospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Corporation d'Urgences-santé, intervenue en date du 25 avril 1995.

7.02 Elle doit faire l'objet d'une révision à la date de terminaison de l'entente de services entre la Corporation d'Urgences-santé et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle pourra également être révisée trois ans suivant la mise en application de cette entente de services.

7.03 Elle entre en vigueur le 24 avril 2011 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée au 31 décembre 2015 par l'Amendement n° 145 et remplacée, par la section II de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence (n° 52).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11^e jour d'avril 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I**Banque d'heures**

La banque d'heures allouées pour la rémunération des activités prévues à l'article 3.00 de la présente entente est de 20 000 heures par année. Elle comprend les heures faites sur place et, le cas échéant, les heures faites en disponibilité.

EP - SERV. PRÉHOS. URGENGE HÔPITAL SACRÉ-COEUR MONTRÉAL

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AU DÉPARTEMENT DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans ou auprès l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal dans le cadre de son département de médecine préhospitalière.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités suivantes :

- a) les activités médicales reliées à la formation donnée dans le cadre des soins avancés des techniciens-ambulanciers tant au plan théorique que celles faites sur les lieux de l'intervention ainsi que celles faites dans le cadre de la formation collégiale en techniques de soins préhospitaliers faite sur les lieux de stages;
- b) les activités médicales requises pour le support en ligne tant pour les soins avancés que pour les soins primaires;
- c) les activités médicales liées à l'évaluation des protocoles d'intervention ainsi qu'à celles reliées à l'élaboration et à l'évaluation des activités de recherche;
- d) les activités médico-administratives découlant des activités prévues ci-dessus ainsi qu'à la coordination des activités du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec la Corporation d'Urgences-santé;
- e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

AVIS: *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **215063** *Garde sur place*
- **215071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- **215132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
- **215163** *Participation aux comités nationaux*
- **215164** *Activités médico-administratives autorisées*
- **215166** *Formation donnée*
- **215167** *Support en ligne*
- **215168** *Élaboration et évaluation de protocoles ou activités*
- **215169** *Garde en disponibilité – Support en ligne*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.02 Les modalités de rémunération prévues à la présente entente s'appliquent également lorsque, dans le cadre d'une entente de services convenue par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec la Corporation d'Urgences-santé ou, le cas échéant, avec une agence de santé et de services sociaux pour ses services préhospitaliers d'urgence, le médecin réalise ces activités dans ou auprès de l'organisme en cause.

AVIS : *Veillez utiliser le code d'activité 215164 – Activités médico-administratives autorisées.*

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente entente, le médecin doit détenir une nomination de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec privilèges d'exercice au département de médecine préhospitalière.

4.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

AVIS : *L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (00273) doit faire parvenir à la Régie un avis de service 3547 pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire et un avis de service 1897 pour chaque médecin rémunéré à honoraires fixes, préciser qu'il s'agit de l'Entente particulière relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

4.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

AVIS : *Pour services rendus en établissement, veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **215063** Garde sur place
- **215071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **215132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.04 La rémunération prévue à la présente entente est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

AVIS : *Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le chef de département de médecine préhospitalière, l'établissement doit cocher la case appropriée sur l'avis de service 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures.*

4.05 Les services visés à l'alinéa 3.01 b) ci-dessus peuvent, avec l'accord du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, après entente avec le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Ils sont rémunérés selon les modalités de rémunération apparaissant aux paragraphes ci-dessus et sont réputés, aux fins des dispositions du paragraphe 5.04 de l'annexe XX, être dispensés sur place.

4.06 Les avis de services sont envoyés à la Régie par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le chef du département de médecine préhospitalière de cet établissement ou le médecin qui le remplace.

AVIS : *L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal doit faire parvenir à la Régie le formulaire Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé 1907 afin de désigner le chef du département de médecine préhospitalière ou son mandataire comme signataire autorisé de l'établissement.*

Le formulaire original, rempli et signé, doit être transmis à l'adresse suivante :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec, QC G1K 7B4*

5.00 BANQUE D'HEURES

5.01 Après consultation du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 3.00 ci-dessus. Cette banque d'heures apparaît en annexe de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.

5.02 La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'établissement.

5.03 Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

5.04 L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

6.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

6.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 24 avril 2011 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Cette entente particulière est abrogée au 31 décembre 2015 par l'Amendement n° 145 et remplacée, par la section III de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence (n° 52).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11^e jour d'avril 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Banque d'heures

La banque d'heures allouée pour la rémunération des activités prévues à l'article 3.00 de la présente entente est de 20 000 heures par année. Elle comprend les heures faites sur place et, le cas échéant, les heures faites en disponibilité.

EP - DSQ - DMÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA PARTICIPATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC ET AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ADOPTION DE DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRO, chapitre A-29), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines conditions d'exercice, de rémunération et de modalités de remboursement applicables au médecin qui participe, sur une base volontaire, au Dossier de santé du Québec (DSQ).

1.2 Cette entente porte également sur les conditions d'exercice et les modalités de rémunération et de remboursement applicables au médecin qui, en plus de participer au DSQ, participe au programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par le médecin de première ligne (le Programme DMÉ).

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.1 En ce qui concerne le DSQ, la présente entente particulière s'applique à tout médecin peu importe son lieu de pratique et l'organisation dans laquelle il évolue pour autant que le DSQ soit disponible dans sa localité.

2.2 En ce qui concerne le Programme DMÉ, la présente entente particulière s'applique à tout médecin admissible qui pratique en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement et qui désire s'en prévaloir, et ce, même lorsque le DSQ n'est pas déployé dans sa localité. Dans ce dernier cas, le médecin doit cependant prendre l'engagement d'adhérer au DSQ dès le déploiement dans sa localité afin de bénéficier sans délai des modalités du Programme DMÉ.

3.0 DÉFINITIONS

3.1 Dossier de santé du Québec

Le DSQ est une infrastructure technologique qui permet, à l'égard de toute personne assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, de fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente, organisée, intégrée et à jour, afin de faciliter la prise de connaissance rapide des renseignements de santé d'une telle personne au moment de sa prise en charge ou lors de toute prestation de services de santé rendus par ces intervenants, en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par d'autres intervenants, quel que soit le lieu où le patient reçoit des services de santé au Québec.

Le DSQ est un complément au dossier médical que celui-ci soit sur support papier ou électronique.

3.2 Intervenant habilité

Le médecin qui accepte volontairement de participer au DSQ ainsi que les membres de son personnel qu'il autorise à participer au DSQ.

3.3 Dossier médical électronique

Dossier médical homologué par le ministère qui regroupe des applications informatisées fournissant un ensemble de données longitudinales sur les patients. Il doit comprendre des outils d'aide aux ordonnances et à la prise de décision clinique. Il intègre également des fonctions de prise de rendez-vous, de facturation et autres tâches de gestion.

3.4 Programme DMÉ

Programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par les médecins de première ligne convenu entre le Ministre et la FMOQ. Ce programme, basé sur un cycle de quatre (4) ans, est fondé sur le volontariat des médecins et leur engagement à utiliser le dossier médical électronique.

3.5 Groupe de médecine de famille (GMF)

Un GMF est un regroupement de médecins de famille adhérents à l'*Entente particulière relative aux groupes de médecine de famille*.

3.6 Cabinet privé

Un cabinet privé désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'une UMF-cabinet formé sur un ou plusieurs sites.

3.7 CLSC ou UMF en établissement

Un CLSC ou une UMF en établissement désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'une UMF en établissement formé sur un ou plusieurs sites.

4.0 PARTICIPATION AU DSQ

Cette section s'applique à tous les médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec sans égard à leur milieu d'exercice, à l'exception de l'article 4.5 qui ne s'applique qu'aux médecins participants au régime d'assurance maladie qui exercent en cabinet privé hors GMF.

4.1 Reconnaissance

4.1.1 Le Ministre et la Fédération conviennent que le DSQ a pour objectifs d'améliorer la qualité des soins, l'accessibilité aux soins et la continuité des services aux fins du suivi et de la prise en charge des patients.

4.1.2 Dans la poursuite de ces objectifs et en considération des modalités prévues à la présente entente particulière, le médecin qui utilise le DSQ s'engage à respecter les obligations légales et conventionnelles applicables découlant de son utilisation.

4.2 Adhésion au DSQ

Le médecin qui désire adhérer au DSQ peut se prévaloir de la présente entente en devenant un intervenant habilité. À cette fin, il doit obtenir un certificat d'authentification de personne et compléter le formulaire d'adhésion prescrit par les parties.

AVIS : *Pour adhérer au DSQ et pour toute question concernant son utilisation, le médecin doit se référer à l'équipe régionale de déploiement de son agence de santé et des services sociaux (ASSS). L'ASSS lui fera connaître la démarche prévue et s'assurera des suivis nécessaires afin qu'il ait accès au DSQ.*

4.3 Obligations des parties

4.3.1 Afin de favoriser la participation au DSQ du médecin ayant adhéré à la présente entente particulière, le Ministre s'engage à :

1. rendre le DSQ accessible progressivement à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en première ligne, sans égard à leur lieu ou leur modèle de pratique, pour autant que le médecin y adhère;
2. rembourser, selon les modalités prévues à l'article 4.5, le médecin qui exerce en cabinet privé hors GMF pour l'achat des équipements nécessaires à l'utilisation du DSQ;
3. fournir au médecin le soutien technique permettant d'assurer le bon fonctionnement du DSQ;
4. mettre en place les mesures requises relatives à l'authentification du médecin et de son personnel ainsi que les mesures de sécurité requises afin d'assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'irrévocabilité des renseignements en provenance directement du DSQ, sous réserves du paragraphe 2 de l'article 4.3.2.

5. fournir tout l'encadrement et l'assistance nécessaires au médecin et à son personnel pour permettre l'utilisation du DSQ;
6. fournir également au médecin et à son personnel la formation adéquate pour permettre l'utilisation du DSQ excluant celle relative à l'utilisation et le fonctionnement de base d'un ordinateur et des logiciels d'usage courant (ex. courriel, Internet, etc.).

4.3.2 Le médecin qui adhère au DSQ doit :

1. devenir un intervenant habilité;
2. utiliser le DSQ dans l'exercice de ses activités cliniques et s'abstenir de toute manœuvre susceptible de nuire au bon fonctionnement du DSQ;
3. participer au programme de formation visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DSQ;
4. utiliser le DSQ dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a ainsi accès;
5. garder sous son contrôle le dispositif d'accès au DSQ et ne pas divulguer son numéro d'identification personnel;
6. utiliser les composantes du DSQ selon les procédures, conditions et normes élaborées et fournies par le Ministre;
7. s'assurer que les obligations précédentes sont respectées par son personnel;
8. aviser le Ministre de toutes irrégularités dans le fonctionnement du DSQ;
9. conserver toutes les pièces justificatives liées aux coûts des équipements informatiques et aux frais accessoires.

4.4 Responsabilité civile et professionnelle

4.4.1 Le Ministre garantit l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin par le biais du DSQ, à savoir que ces renseignements sont identiques à ceux émis ou produits par les producteurs de services autorisés à alimenter les domaines du DSQ.

4.4.2 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux patients d'un médecin ou à des tiers par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.3 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux biens appartenant au médecin ou au cabinet privé par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.4 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux patients ou autres tiers par le médecin, le cabinet privé ou ses représentants et découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.5 Le Ministre, ses mandataires et ses représentants n'engagent envers les patients et autres tiers, aucune responsabilité découlant d'une utilisation professionnelle par le médecin des renseignements contenus dans le DSQ, sous réserve d'une atteinte à l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin tel que le mentionne l'article 4.4 de la présente.

4.4.6 Le Ministre doit prendre fait et cause pour le médecin pour toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre ces derniers et découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.7 Le Ministre renonce à tous ses droits et recours contre le médecin ou le cabinet privé pour tout dommage aux composantes logicielles du DSQ causé par le médecin et, le cas échéant, par son personnel dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de la section 4.0 de la présente entente.

4.4.8 Le Ministre doit indemniser le médecin ou le cabinet privé pour tous les dommages subis par ce dernier à la suite d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.9 Le Ministre doit indemniser et rembourser tous les frais encourus aux fins de préparer et d'assurer la défense du médecin ou du cabinet privé dans le cadre d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.10 Le médecin doit aviser promptement le Ministre de toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre eux.

4.5 Modalités de remboursement pour les équipements et les frais accessoires

AVIS : Pour toutes les mesures de remboursement énumérées aux paragraphes 4.5 et 4.6, les formulaires sont disponibles sur le site Web de SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Les formulaires doivent être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : DGTI - MSSS, PQADME, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

Pour toute question concernant les formulaires de remboursement, le médecin doit communiquer avec le centre d'information dédié par téléphone au 418 527-5211, poste 5050 ou par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca.

4.5.1 Les parties évaluent à 2 000 \$, taxes en sus, le coût des équipements informatiques et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ.

Les équipements et frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ sont énumérés à l'Annexe 1.

4.5.2 Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué pour l'achat d'équipements informatiques et pour des frais accessoires. Par conséquent, le remboursement ne peut excéder une somme de 1 400 \$, taxes en sus.

4.5.3 Pour bénéficier des modalités de remboursement, le médecin doit avoir acquis des équipements ou payer des frais accessoires prévus à l'annexe 1 et avoir obtenu, au plus tard dans les trente (30) jours suivant l'installation des équipements, l'approbation de conformité de l'organisme approprié désigné par le ministre.

À défaut par l'organisme d'approuver le tout dans le délai requis, le médecin pourra demander le remboursement.

4.5.4 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ce remboursement au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au DSQ.

4.5.5 Le médecin qui a acquis ses équipements informatiques au cours des six (6) mois précédant le déploiement du DSQ dans sa localité est admissible à ce remboursement sur présentation d'un formulaire à cet effet.

Dans un tel cas, le cycle de quatre (4) ans pour avoir droit à nouveau au remboursement est prolongé d'autant de mois.

4.5.6 Par site, le cabinet privé se fait rembourser, sur présentation d'un formulaire à cet effet, l'achat d'un commutateur d'une valeur maximale de 146 \$, taxes en sus, pour un cycle de quatre (4) ans ainsi que l'accès à un lien Internet d'une valeur maximale de 1 200 \$, taxes en sus, annuellement.

4.5.7 Le médecin qui possède déjà ses équipements informatiques et qui a accès au DSQ peut bénéficier du remboursement d'un commutateur et de l'accès au lien Internet selon les modalités prévues à l'article 4.5.6.

4.5.8 Les parties évaluent le coût non récurrent du câblage à 300 \$, taxes en sus, par médecin. Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le cabinet privé se fait rembourser 70 % des coûts non récurrents de câblage jusqu'à concurrence d'un montant de 210 \$, taxes en sus, par médecin.

Il est entendu que toute situation complexe engendrant des frais inhabituels doit être soumise pour appréciation et décision, au comité paritaire, tel que le prévoit l'article 32.00 de l'entente générale.

4.5.9 Le médecin qui possède déjà ses équipements informatiques et qui a accès au DSQ peut bénéficier du remboursement de ses frais de câblage selon les modalités prévues à l'article 4.5.8.

4.5.10 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du DSQ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin ou le cabinet transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, G1S 2M1.

AVIS : Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 4.5.10. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 4.5 de la présente entente particulière.

4.6 Formation et familiarisation

4.6.1 Médecin pratiquant en cabinet privé

Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, un forfait de formation et de familiarisation d'une valeur de 1 800 \$ est versé au médecin qui participe au DSQ à raison de 600 \$ par mois pendant trois (3) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

Toutefois, un tel forfait ne s'applique pas dans l'éventualité où le médecin a déjà adhéré au Programme DMÉ.

4.6.2 Médecin pratiquant en CLSC ou en UMF en établissement

Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, un forfait de formation et de familiarisation d'une valeur de 1 350 \$ est versé au médecin qui participe au DSQ à raison de 450 \$ par mois pendant trois (3) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

Toutefois, un tel forfait ne s'applique pas dans l'éventualité où le médecin a déjà adhéré au Programme DMÉ.

AVIS : Pour les sommes indiquées dans le tableau, les taxes sont en sus.

Tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du DSQ

Description	Bénéficiaire du remboursement	Somme maximale	Subvention		Période du remboursement
			70 %	100 %	
Équipements informatiques et frais accessoires	Médecin en cabinet privé hors GMF seulement	2 000 \$	1 400 \$		Pour 4 ans
Commutateur	Cabinet privé hors GMF seulement	146 \$ par site		146 \$	Pour 4 ans
Lien Internet	Cabinet privé hors GMF seulement	1 200 \$/an par site		1 200 \$/an	Chaque année pour 4 ans
Câblage	Médecin en cabinet privé hors GMF seulement	300 \$	210 \$		Non récurrent
Forfait de formation et de familiarisation *	En cabinet	1 800 \$		600 \$/mois pendant 3 mois	Non récurrent
	En CLSC ou en UMF en établissement	1 350 \$		450 \$/mois pendant 3 mois	Non récurrent

* Aucun remboursement dans le cadre du DSQ si le médecin a été remboursé par le PQADMÉ auquel il a adhéré en premier.

5.0 PARTICIPATION AU PROGRAMME DMÉ

Cette section s'applique à tous les médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec œuvrant en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement. Pour le médecin qui adhère au DSQ alors qu'il participe déjà au Programme DMÉ, les articles 4.5 et 4.6 de la section 4.0 relative à la participation au DSQ ne s'appliquent pas.

Le Programme DMÉ est valide pour un cycle de quatre (4) ans au cours duquel le médecin ne peut s'en prévaloir qu'une seule fois.

5.1 Conditions de participation au Programme DMÉ

AVIS : Pour toute question concernant l'adhésion au PQADMÉ et pour toute question concernant son utilisation, le médecin doit communiquer avec le centre d'information dédié par téléphone au 418 527-5211, poste 5050 ou par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca.

5.1.1 Le médecin qui désire adhérer au Programme DMÉ peut se prévaloir de la présente entente aux conditions suivantes :

1. il est un intervenant habilité au DSQ selon les modalités de l'article 4.2 ou il s'est engagé à le devenir dans les trois (3) mois qui suivront le dépôt d'une proposition d'adhésion au DSQ, en complétant le formulaire prévu à cette fin;
2. il satisfait aux critères d'inscription du Programme DMÉ énumérés à l'article 5.1.2 et a transmis son formulaire d'adhésion prévu à l'annexe 2 aux services d'administration du Programme;

AVIS : Le formulaire d'adhésion au PQADMÉ, selon que le médecin pratique en cabinet hors GMF ou en GMF, est disponible sur le site Web de SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Le formulaire doit être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : DGTI - MSSS, PQADMÉ, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

5.1.2 Pour satisfaire aux critères d'inscription au Programme DMÉ, le médecin doit :

1. être en règle avec le Collège des médecins du Québec;
2. offrir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;
3. offrir des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne.

À cet égard, le groupe au sein duquel un médecin exerce, le cas échéant, doit cumuler une moyenne d'au moins trois cents (300) patients inscrits par médecin.

Le médecin qui débute sa pratique ou celui qui réoriente sa pratique pour faire de la prise en charge et du suivi de patients est exclu du calcul de la moyenne d'un groupe et est éligible au Programme DMÉ s'il rencontre les autres critères prévus à l'article 5.1.2.

Toute autre situation, incluant celle du médecin pratiquant en solo, doit être soumise au comité paritaire.

4. s'inscrire, à son choix, dans un seul milieu de pratique lorsqu'il exerce dans plus d'un lieu, à l'exception du médecin membre d'un GMF qui doit obligatoirement s'inscrire dans ce milieu, sauf exception autorisée par le comité paritaire.
5. s'assurer de l'adhésion d'un minimum de 50 % des médecins œuvrant dans un cabinet privé;
6. utiliser un seul DMÉ homologué au sein du cabinet privé, du GMF en CLSC ou du GMF-UMF en établissement, sauf dans les cas des GMF multi-sites ayant implantés plus d'un DMÉ avant l'accréditation du GMF.
7. recevoir un seul remboursement pour le même objet.

5.2 Obligations des parties relativement au Programme DMÉ

5.2.1 Afin de favoriser la participation du médecin ayant adhéré au Programme DMÉ, le Ministre s'engage à :

1. fournir à l'ensemble des médecins la liste des solutions DMÉ homologuées;
2. rendre le Programme DMÉ accessible à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement, sans égard à leur lieu ou modèle de pratique, pour autant qu'ils respectent les conditions de participation et les critères d'inscription du Programme DMÉ;
3. rembourser ou payer, le cas échéant, selon les modalités prévues aux articles 5.3 à 5.6, le médecin pour :
 1. Le médecin en cabinet privé hors GMF pour :
 - l'achat des équipements et autres frais accessoires;
 - les coûts d'implantation;
 - les coûts de soutien à la gestion du changement;
 - les licences et les frais d'exploitation d'opération du DMÉ;
 - les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.
 2. Le médecin en cabinet GMF pour :
 - les coûts d'implantation;
 - les coûts de soutien à la gestion du changement;
 - les licences et les frais d'opération du DMÉ;
 - les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.
 3. Le médecin en GMF en CLSC ou en GMF-UMF en établissement pour :
 - les coûts du soutien à la gestion du changement;
 - les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.

5.2.2 Le médecin qui adhère à la présente entente particulière doit :

1. satisfaire aux critères d'inscription;
2. adhérer au DSQ ou s'engager à y adhérer au plus tard dans les 3 (trois) mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le ministre;
3. respecter les exigences du programme DMÉ dont notamment les jalons d'intégration du DMÉ prévus à l'annexe 3;
4. utiliser le DMÉ dans l'exercice de ses activités cliniques au plus tard dans les neuf (9) mois qui suivent leur adhésion au Programme DMÉ;
5. participer au programme de formation et de soutien visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DMÉ;
6. conserver toutes les pièces justificatives liées à l'achat des équipements informatiques et autres frais accessoires, aux frais d'implantation, aux coûts de soutien à la gestion du changement, au coût des licences et frais d'opération du DMÉ, selon le cas;
7. collaborer au processus de validation de l'utilisation une fois l'implantation complétée;
8. convenir, lors de son adhésion au Programme DMÉ, d'une entente de répartition des sommes reçues en vertu de la présente entente entre lui et les médecins de son cabinet privé concernant, notamment, les modalités relatives à l'arrivée ou au départ d'un médecin dans le cabinet privé.

5.3 Modalités de participation applicables au médecin de cabinet privé hors GMF

AVIS : Pour toutes les mesures de remboursement énumérées aux paragraphes 5.3 et 5.4, les formulaires sont disponibles sur le site Web de SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Les formulaires doivent être transmis par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : DGTI - MSSS, PQADME, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

Pour toute question concernant les formulaires de remboursement, le médecin doit communiquer avec le centre d'information dédié par téléphone au 418 527-5211, poste 5050 ou par courriel au PQADME@ssss.gouv.qc.ca.

5.3.1 Équipements et frais accessoires

5.3.1.1 Les parties évaluent à 5 000 \$, taxes en sus, par médecin, le coût des équipements informatiques et les frais accessoires nécessaires à l'intégration d'un DMÉ et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 \$, taxes en sus.

5.3.1.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir acquis des équipements ou avoir encouru des frais accessoires qui figurent à l'annexe 4 et avoir obtenu, au plus tard dans les trente (30) jours suivant l'installation des équipements, l'approbation de conformité de l'organisme approprié désigné par le ministre.

À défaut par l'organisme d'approuver le tout dans le délai requis, le médecin pourra demander le remboursement.

5.3.1.3 Par site, le cabinet privé se fait rembourser, sur présentation d'un formulaire à cet effet, l'achat d'un commutateur d'une valeur maximale de 146 \$, taxes en sus, ainsi que l'accès à deux liens Internet d'une valeur maximale de 2 400 \$, taxes en sus, annuellement.

5.3.1.4 Les parties évaluent le coût non récurrent du câblage à 300 \$, taxes en sus, par médecin. Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le cabinet privé se fait rembourser 70 % des coûts non récurrents de câblage jusqu'à concurrence d'un montant de 210 \$, taxes en sus, par médecin.

Il est entendu que toute situation complexe engendrant des frais inhabituels doit être soumise pour appréciation et décision, au comité paritaire, tel que le prévoit l'article 32.00 de l'entente générale. Ces frais ne sont toutefois payables qu'une seule fois.

5.3.1.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin ou le cabinet privé transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, G1S 2M1.

AVIS : Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.3.1.5. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.

5.3.1.6 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.3.1.7 Le médecin qui s'est prévalu des remboursements prévus aux articles 4.5.2, 4.5.5, 4.5.6 et 4.5.7 pour l'équipement et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ voit le montant auquel il a droit en vertu des articles 5.3.1.1 et 5.3.1.3, pour le lien Internet uniquement, réduit d'un montant équivalent.

5.3.2 Implantation et gestion du changement

5.3.2.1 Les parties évaluent à 5 000 \$, taxes en sus, les frais d'implantation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 \$, taxes en sus.

5.3.2.2 Les parties évaluent à 2 200 \$, taxes en sus, les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 2 200 \$, taxes en sus.

5.3.2.3 Pour bénéficier des remboursements prévus aux articles 5.3.2.1 et 5.3.2.2, le médecin doit avoir encouru des frais d'implantation et de gestion du changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.3.2.4 Les frais d'implantation et de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.3.2.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin privé transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.3.2.5. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.

5.3.3 Frais d'acquisition et d'opération des licences

5.3.3.1 Les parties évaluent à 2 000 \$ par année, taxes en sus, les frais d'acquisition et d'opération des licences d'exploitation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 400 \$ par année, taxes en sus.

5.3.3.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération de licences qui figurent à l'Annexe 4.

5.3.3.3 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.3.3.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.3.3.4. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.3.4 Forfaits incitatifs à la participation

5.3.4.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 3 600 \$ sont versés au médecin à raison de 600 \$ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.3.4.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 800 \$ à raison de 600 \$ par mois pendant trois (3) mois.

5.4 Modalités de participation applicables au médecin de cabinet privé en GMF

AVIS : *Veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.4.1 Équipements et frais accessoires

Le médecin de cabinet privé en GMF n'a droit à aucun remboursement à ce chapitre.

5.4.2 Implantation et gestion du changement

5.4.2.1 Les parties évaluent à 5 000 \$, taxes en sus, les frais d'implantation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 \$, taxes en sus.

5.4.2.2 Les parties évaluent à 2 200 \$ taxes en sus les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 2 200 \$, taxes en sus.

5.4.2.3 Pour bénéficier des remboursements prévus aux articles 5.4.2.1 et 5.4.2.2, le médecin doit avoir encouru des frais d'implantation et de gestion de changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.4.2.4 Les frais d'implantation et de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.4.2.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.4.2.5. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.4.3 Frais d'acquisition et d'opération des licences

5.4.3.1 Les parties évaluent à 2 000 \$ par année, taxes en sus, les frais d'acquisition et d'opération des licences d'exploitation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 400 \$ par année, taxes en sus.

5.4.3.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération des licences qui figurent à l'Annexe 4.

5.4.3.3 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.4.3.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.4.3.4. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.4.4 Forfaits incitatifs à la participation

5.4.4.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 3 600 \$ sont versés au médecin à raison de 600 \$ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.4.4.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 800 \$ à raison de 600 \$ par mois pendant trois (3) mois.

5.5 Modalités de participation applicables au médecin de GMF en CLSC ou de GMF-UMF en établissement

5.5.1 Équipements, frais accessoires, frais d'implantation, frais d'acquisition et d'opération des licences

Le médecin de GMF en CLSC ou de GMF-UMF en établissement n'a droit à aucun remboursement à ce chapitre.

5.5.2 Gestion du changement

5.5.2.1 Les parties évaluent à 1 650 \$, taxes en sus, les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 650 \$, taxes en sus.

5.5.2.2 Pour bénéficier des remboursements prévus à l'article 5.5.2.1, le médecin doit avoir encouru des frais de gestion de changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.5.2.3 Les frais de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.5.2.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cette effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS : *Aucun formulaire ne doit être acheminé à l'adresse mentionnée au paragraphe 5.5.2.4. Pour l'adresse de transmission de vos formulaires de demandes de remboursement, veuillez consulter l'avis sous le paragraphe 5.3 de la présente entente particulière.*

5.5.3 Forfaits incitatifs à la participation

5.5.3.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 2 700 \$ sont versés au médecin à raison de 450 \$ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.5.3.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 350 \$ à raison de 450 \$ par mois pendant trois (3) mois.

AVIS : *Voir le tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du PQADMÉ à la page suivante.*

6.0 ENGAGEMENT DES PARTIES

6.1 La présente entente est conclue en tenant compte du contexte juridique en vigueur au moment de la signature, dont notamment le décret 757-2009 du 18 juin 2009 modifié le 23 juin 2010 par le décret 566-2010. Toute modification de la législation applicable amènera les parties à reconduire ou à renégocier les modalités de la présente entente ou, encore, à y mettre fin, selon le cas.

6.2 Il est entendu que tous les coûts récurrents associés au DSQ ou au Programme DMÉ prévus dans la présente entente seront réévalués par les parties au terme d'un cycle de quatre (4) ans calculé à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente.

Tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du PQADMÉ

Description	Bénéficiaire du remboursement			Somme maximale	Subvention		Période du remboursement
	Médecin cabinet privé GMF	Médecin cabinet hors GMF	Médecin GMF en CLSC ou GMF-UMF en établ.		70 %	100 %	
Équipements informatiques et frais accessoires *	Non	Oui	Non	5 000 \$	3 500 \$		Pour 4 ans
Commutateur (par site)	Non	Oui (par cabinet)	Non	146 \$		146 \$	Pour 4 ans
Lien Internet (2 par site) *	Non	Oui (par cabinet)	Non	2 400 \$		2 400 \$	Chaque année pour 4 ans
Câblage	Non	Oui	Non	300 \$	210 \$		Non récurrent
Frais d'implantation	Oui	Oui	Non	5 000 \$	3 500 \$		Non récurrent
Acquisition et opération des licences	Oui	Oui	Non	2 000 \$ par année	1 400 \$		Chaque année pour 4 ans
Gestion du changement	Oui	Oui	Oui	Cabinet 2 200 \$		2 200 \$	Non récurrent
				GMF en CLSC ou GMF-UMF en établis. 1 650 \$		1 650 \$	
Forfait incitatif à la participation *	Oui	Oui	Oui	Cabinet 3 600 \$		600 \$ par mois pendant 6 mois	Non récurrent
				GMF en CLSC ou GMF-UMF en établ. 2 700 \$		450 \$ par mois pendant 6 mois	

* Remboursement à ajuster selon ce qui a été remboursé au médecin ayant adhéré au DSQ en premier.

7.0 SOURCES DE FINANCEMENT

7.1 DSQ

7.1.1 Le coût du remboursement par le Ministre des équipements et des frais prévus à l'article 4.5 est financé par un budget spécifique hors enveloppe.

Cependant, si le médecin adhère au programme DMÉ avant que le DSQ soit disponible dans sa localité, le remboursement de l'achat des équipements et des frais prévus à l'article 4.5 est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale jusqu'à ce que le médecin adhère au DSQ. À compter de ce moment, le Ministre rembourse l'enveloppe générale au prorata des années financières à même un budget spécifique hors enveloppe pour l'achat des équipements et le paiement des frais prévus à l'article 4.5.2. Quant au lien Internet, prévu à l'article 4.5.6, le Ministre en rembourse la totalité par ce budget spécifique pour les années financières restantes.

7.1.2 Le coût du remboursement des forfaits de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale.

7.2 Programme DMÉ

7.2.1 Le coût du remboursement par le Ministre des équipements et autres frais prévus à l'article 5.3.1 en cabinet privé non GMF est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale, sauf pour la portion DSQ qui est financée par un budget spécifique hors enveloppe selon les modalités prévues à l'article 7.1.1.

7.2.2 Le coût du remboursement des frais d'acquisition et d'opération des licences et des frais d'implantation, du soutien à la gestion du changement ainsi que des forfaits incitatifs à la participation en cabinet privé, GMF ou non GMF, sont financés par les sommes allouées dans le cadre de l'entente générale. Il en est de même pour le soutien à la gestion du changement et des forfaits incitatifs à la participation en GMF en CLSC et en GMF-UMF en établissement.

7.3 SUIVI DE L'ENTENTE

7.3.1 Les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint chargé de faire le suivi des coûts découlant de l'application de cette entente.

Advenant qu'une non-atteinte ou un dépassement des coûts soit observé, les parties s'engagent à apporter immédiatement tous les correctifs requis dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire aux fins du Programme DMÉ prévue pour toute la durée de l'entente et, le cas échéant, continuer d'assurer le financement à même l'enveloppe globale prédéterminé.

8.0 DURÉE ET DISPOSITION TRANSITOIRE

8.1 La présente entente particulière prend fin le 31 août 2016.

8.2 Malgré les dispositions de l'article 8.1 ci-dessus, la présente entente demeure en vigueur pour un médecin qui, au 31 août 2016, n'a pas atteint le maximum des remboursements prévus à la présente entente particulière dans le cadre du premier cycle de quatre ans à partir de sa date d'acceptation tel que stipulé aux articles 4.5, 4.6 et 5.0. Un tel médecin peut continuer à se prévaloir de la présente entente particulière et des divers remboursements prévus, et ce, jusqu'à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :

- i) l'atteinte de leur cycle de quatre ans soit au plus tard le 30 août 2020;
- ou,
- ii) jusqu'à concurrence de l'atteinte du remboursement maximal prévu, pour chaque catégorie de remboursement, dans le cadre du premier cycle de quatre ans.

AVIS : Cette entente particulière prend fin le 31 août 2016. Elle est remplacée par la Lettre d'entente n° 301 qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2016 (Amendement n° 154).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^e jour de août 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

ANNEXE 1

ÉQUIPEMENTS INFORMATIQUES ET FRAIS ACCESSOIRES EN CABINET PRIVÉ HORS GMF

Les équipements et frais accessoires suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 000 \$, taxes en sus, effectuée par les parties :

- Ordinateur;
- Écran;
- Souris;
- Clavier;
- Imprimante;
- Antivirus;
- Installation;
- Assurance;
- Garantie;
- Matériel et logiciel d'accès de sécurité;
- Coûts des services reçus des CSA.

ANNEXE 2**FORMULAIRES D'ADHÉSION AU PROGRAMME DMÉ**

Le formulaire d'adhésion au PQADMÉ, selon que le médecin pratique en cabinet hors GMF ou en GMF, est disponible sur le site Internet de la SOGIQUE à l'adresse suivante : www.ti.msss.gouv.qc.ca (voir l'encadré ACCÈS RAPIDE). Le formulaire doit être transmis par courriel au PQADME@sss.gouv.qc.ca, par télécopieur au 418 527-2773 ou par la poste à l'adresse suivante : SOGIQUE, PQADMÉ, 3000, avenue St-Jean-Baptiste, bureau 150, Québec (Québec) G2E 6J5.

ABROGÉE

ANNEXE 3

JALONS D'AVANCEMENT

Jalons d'avancement	Remboursements et autres incitatifs
<p>1.Adhésion</p> <p>La première étape est complétée lorsque le médecin concerné a signé son adhésion au programme conformément au formulaire prévu à l'annexe 2.</p>	<p>Le médecin accède aux services fournis par le programme.</p>
<p>2.Implantation du DMÉ dans la pratique</p> <p>Le médecin acquiert l'équipement, les licences d'un DMÉ homologué et il procède à l'implantation du DMÉ dans sa pratique. Il bénéficie d'un soutien à l'implantation de même qu'à la gestion du changement.</p> <p>Le Ministère confirme l'implantation d'un DMÉ homologué. Le médecin transmet au Ministre, selon les modalités prévues à l'entente, les formulaires attestant les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements, l'acquisition et l'implantation du DMÉ et pour le recours à des services de gestion du changement.</p>	<p>Le Ministre rembourse au médecin les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements et l'acquisition d'un DMÉ selon les modalités de l'entente.</p> <p>Il rembourse également, selon les modalités de l'entente, les frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement jusqu'à concurrence de 50 %.</p>
<p>3.Utilisation récurrente du DMÉ</p> <p>Le médecin utilise minimalement 6 des 12 fonctionnalités du DMÉ (voir tableau ci-dessous).</p> <p>Il confirme son atteinte des 6 fonctionnalités par le biais d'une attestation transmise au Ministre.</p>	<p>Le Ministre rembourse au médecin l'autre portion de 50 % relatif aux frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement.</p>
<p>4.Adhésion au DSQ</p> <p>Le médecin adhère au DSQ ou s'engage à y adhérer au plus tard dans les 3 mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le Ministre.</p>	<p>Le Ministre poursuit le remboursement au médecin des frais récurrents.</p>

ANNEXE 3

(suite)

Fonctionnalités du DMÉ

1	Entrer les notes de consultation
2	Entrer les listes de problèmes
3	Entrer les allergies
4	Entrer les vaccinations
5	Entrer les signes vitaux
6	Entrer et imprimer les nouvelles ordonnances ou les renouvellements
7	Créer des alertes automatisées dans le DMÉ
8	Créer des rappels automatisés dans le DMÉ
9	Recevoir les résultats de laboratoire dans le DMÉ
10	Recevoir les résultats d'imagerie diagnostique (ID) dans le DMÉ
11	Accéder aux rapports en milieu hospitalier et aux synthèses de consultation à partir du DMÉ
12	Créer des demandes ou des rapports de consultation

ANNEXE 4**FRAIS REMBOURSABLES**

1. Les équipements et frais accessoires suivants font partie intégrante de l'évaluation de 5 000 \$, taxes en sus :

- Ordinateur;
- Serveur;
- Écran;
- Souris;
- Clavier;
- Imprimante;
- Antivirus;
- Installation;
- Assurance;
- Garantie;
- Numériseur;
- Unité UPS;
- Modem;
- Matériel et logiciel d'accès de sécurité;
- Coût de base pour le soutien technique (CSA).

Cette évaluation inclut le personnel travaillant avec le médecin.

2. Les coûts d'implantation suivants font partie intégrante de l'évaluation de 5 000 \$, taxes en sus :

- Coût de migration de données;
- Coût de numérisation;
- Matériel supplémentaire (maximum 1000 \$);
- Formation de base par les fournisseurs de DMÉ;
- Soutien à la mise en œuvre sur le plan technologique et professionnel.

3. Les coûts d'acquisition et d'opération des licences suivants font partie intégrante de l'évaluation de 8 000 \$, taxes en sus :

- Coût d'acquisition du logiciel DMÉ;
- Coût d'entretien du logiciel DMÉ;
- Coût annuel d'utilisation des licences;
- Coût supplémentaire de soutien technique (CSA);
- Coût d'hébergement des données;
- Soutien par le fournisseur.

ANNEXE 4

(suite)

FRAIS REMBOURSABLES

4. Les coûts de gestion du changement suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 200 \$, taxes en sus :
- Rémunération et coût de participation aux journées d'information sur le programme DMÉ;
 - Rémunération et coût de participation à des ateliers de formation accrédités;
 - Coûts associés à des services de mentorat individuel par les pairs ou par des tiers compétents dans le domaine;
 - Coûts de services de soutien à la gestion du changement rendus sur place par les experts conseil.

Le temps consacré aux activités de soutien à la gestion du changement ne peut être imputé au temps de formation annuelle reconnu annuellement au médecin.

ABROGÉE

*EP - PROGRAMME SPÉCIFIQUE (CHSGS)***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

- + **1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Le comité paritaire transmet à la Régie le nom de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné qui gère le programme visé.
- + **1.02** À titre informatif, l'annexe des présentes, outre l'identification de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné, comprend également la description du programme régi par la présente entente particulière.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale, aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient.

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activité suivants :*

Autres que les services pré-hospitaliers

- **054015** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- **054030** *Services cliniques*
- **054032** *Rencontres multidisciplinaires*
- **054043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- **054055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- **054081** *Garde en disponibilité à la réserve d'Obedjiwan (TH, Accord n° 257)*
- **054098** *Services de santé durant le délai de carence*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie 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) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Programme spécifique d'un CHSGS;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

+ **5.01** Le nombre d'heures qui est alloué sur une base annuelle à une installation énumérée à l'annexe de la présente entente particulière pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en œuvre d'une entente particulière.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

7.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des activités professionnelles dans le programme visé par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

7.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

+ **7.04** Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

7.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

7.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} octobre 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ^e jour de 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PROGRAMME SPÉCIFIQUE (CHSGS) - ANN I

+

ANNEXE 1

Liste des programmes d'établissements adhérents à l'entente particulière relative aux programmes spécifiques

AVIS : La liste des établissements adhérents et des programmes visés est disponible dans notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes

*EP - ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES (URGENCE ÉTABLISSEMENT)***ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES RÉALISÉES DANS LE CADRE DU SERVICE D'URGENCE D'UN ÉTABLISSEMENT****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi qu'à leur rémunération.

- + **1.02** Est considéré comme admissible à la présente entente, toute installation qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au sein d'un établissement et qui répond aux conditions suivantes :
 - a) Elle opère un service d'urgence ouvert 24 heures par jour, tous les jours de la semaine;
 - b) Elle dispense des services en anesthésie et en chirurgie.
- + **1.03** Exceptionnellement, malgré le paragraphe 1.02 b), l'installation qui opère un service d'urgence distinct au sein d'un établissement et qui ne dispense pas des services en anesthésie et en chirurgie, peut, avec l'approbation du comité paritaire, être admissible à la présente entente.

Malgré ce qui précède, cette approbation par le comité paritaire ne peut être accordée, dans le cas de la rémunération du chef du service d'urgence (paragraphe 3.00 ci-dessous), que si le chef du département de médecine générale de l'installation n'est pas déjà rémunéré ou qu'il n'assume pas la responsabilité du service d'urgence de l'installation.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des stipulations de la présente entente particulière.

3.00 CHEF DU SERVICE D'URGENCE

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives du chef du service d'urgence couvertes par la présente entente sont analogues à celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). L'annexe I des présentes décrit ce que peuvent être les activités d'un chef de service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste.

3.02 Est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à la participation du chef du service d'urgence aux activités reliées à l'organisation des services d'urgence de la région par le département régional de médecine générale (DRMG).

3.03 Sous réserve du paragraphe 3.04, dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du service d'urgence.

- + Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef de l'ensemble des services d'urgence, le pourcentage du nombre de forfaits attribué à ce médecin est d'au moins 10 % du total des forfaits alloués aux installations de l'établissement.
- + **3.04** Dans le cas où le chef du service d'urgence ou le médecin qui l'assiste n'est pas un médecin omnipraticien ou n'est pas couvert par l'entente générale des médecins omnipraticiens, le nombre de forfaits alloués en vertu de la présente entente est réévalué par le comité paritaire qui doit tenir compte notamment, de l'importance de la participation des médecins omnipraticiens à la dispensation des services au service d'urgence de l'installation ou de l'établissement, selon le cas.

- + **3.05** Tout médecin qui se prévaut des dispositions de l'Entente particulière relative à la rémunération du chef de département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dans le cadre d'une installation ou d'un établissement, selon le cas, ne peut, dans la même installation ou établissement, selon le cas, se prévaloir de plus de 50 % des forfaits alloués à l'installation ou à l'établissement, selon le cas, en vertu du présent article.
- + **3.06** Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque installation selon le groupe auquel elle appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Le nombre de forfaits alloué par groupe est le suivant :
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe I : 520 forfaits par année
 - Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II : 312 forfaits par année
 - Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III : 208 forfaits par année

Le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe. L'annexe II de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à chacune des installations sous la responsabilité de chacun des établissements.

AVIS : La liste des établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

3.07 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef du service d'urgence ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions du paragraphe 3.00 de la présente entente.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement (n° 50) et inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.00 MÉDECINS AUTRES QUE LE CHEF

4.01 Activités rémunérées

Aux fins des présentes dispositions, les activités visées couvrent celles accomplies par le médecin dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination dans le service d'urgence de son établissement. Elles couvrent la participation du médecin aux réunions des comités, à l'exclusion du temps de préparation ou de la réalisation de tout mandat découlant de sa participation, dont la liste paraît ci-dessous. Aucun comité du CMDP ne doit être compris comme figurant à la liste. De plus, aucune réunion en lien avec l'enseignement, la dispensation de cours ou d'exposés aux étudiants, résidents ou autres professionnels de la santé ne fait partie des comités visés en vertu de la présente disposition.

Les réunions de ces comités doivent se dérouler au sein de l'établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Les présences doivent être consignées et un procès-verbal de ces réunions doit être préparé et remis aux membres. De plus, la participation d'un médecin à une telle réunion doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une visio-conférence entre établissements de santé ou entre des installations du même établissement de santé mais non par conférence téléphonique.

Dans l'éventualité où la participation aux réunions d'un comité visé entraîne également la participation d'un médecin à un ou plusieurs sous-comités de travail d'un tel comité, la participation du médecin aux réunions d'un tel sous-comité doit également rencontrer l'ensemble des exigences prévues à la présente entente et être identifiée selon le code du comité auquel il se rattache.

Les comités visés par les présentes dispositions sont les suivants :

Comités sur l'organisation et la gestion de l'urgence

- Comité de révision continue du processus de gestion de l'urgence (inclut le comité alliance);
- Comité sur la qualité du triage à l'urgence;
- Comité sur le contrôle et la prévention des infections;
- Comité de développement et suivi des ordonnances collectives;
- Comité des accidents/incidents;
- Comité des plaintes;
- Comité de l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoire;
- Comité sur des projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation (excluant les comités Lean);
- Comité d'amélioration continue de la qualité (inclut le comité d'agrément);

AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant au moment de la journée où votre comité a eu lieu.

Code d'acte par demi-journée	
A.M.	19883
P.M. ou soirée	19884

Comités médico-cliniques

- Comité de traumatologie;
- Comité des victimes blessure médullaire;
- Comité des victimes de brûlures graves;
- Comité pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence;
- Comité du don et de transplantation d'organes et de tissus;
- Comité morbidité/mortalité;
- Comité sur les personnes victimes d'AVC;
- Comité infarctus du myocarde aigu ST;
- Comité de réanimation;
- Comité de médecine transfusionnelle;

AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant au moment de la journée où votre comité a eu lieu.

Code d'acte par demi-journée	
A.M.	19885
P.M. ou soirée	19886

Comités sur la participation à la gestion hospitalière

- Comité des technologies de l'information;
- Comité sur les projets cliniques immobiliers;
- Comité sur les désastres et plan de contingence.

AVIS : Utiliser le code d'acte correspondant au moment de la journée où votre comité a eu lieu.

Code d'acte par demi-journée	
A.M.	19887
P.M. ou soirée	19888

4.02 Modalités d'application

- a) Pour une journée, le médecin doit consacrer au moins une (1) heure complétée à une activité reconnue ci-dessus, à défaut de quoi sa participation n'est pas rémunérée.
- b) Il ne peut facturer plus de sept (7) forfaits par demi-journée d'activités.

4.03 Banque de forfaits alloués

- + a) Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque installation selon le groupe auquel elle appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* ou qui font partie du réseau de garde intégré. Toutefois, aux fins de la présente entente, les installations du groupe I ont été subdivisées en trois sous-groupes. Le nombre de forfaits de base est sujet au rajustement prévu au paragraphe 4.03 b) ci-dessous.

Le nombre de forfaits de base alloué par groupe est le suivant :

- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe IA : 1 584 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe IB : 1 188 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe IC : 792 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II : 594 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III : 396 forfaits par année

Le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe et peuvent servir à rémunérer la participation d'un médecin aux activités visés dans chaque installation en cause. L'annexe III de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à chacune des installations sous la responsabilité de chacun des établissements.

- b) En regard de la présente entente particulière, l'année d'application est l'année civile.
- + c) Le nombre de forfaits de base alloué à chaque installation de l'établissement est applicable dans un service où la totalité des services médicaux du service d'urgence est assurée par des médecins de médecine générale. Dans le cas où des médecins spécialistes assurent une partie des services, le nombre de forfaits effectivement alloués en vertu de la présente entente est réévalué par le comité paritaire qui doit tenir compte notamment, de l'importance de la participation des médecins omnipraticiens à la dispensation des services au service d'urgence de chaque installation de l'établissement concerné.

Malgré les dispositions du deuxième paragraphe de l'alinéa a) ci-dessus, dans le cas où une installation ou un établissement ne répond pas à l'une ou l'autre des conditions précisées aux sous-paragraphe 1.02 a) et 1.02 b), le nombre de forfaits alloués à l'installation ou l'établissement concerné est sujet à un rajustement à la baisse par le comité paritaire.

- + d) L'annexe III de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'installation ou à l'établissement, selon le cas, selon les dispositions du paragraphe 4.00 de la présente entente. Le comité paritaire peut modifier ces banques par voie administrative.

AVIS: La liste des établissements désignés dans l'annexe III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

- e) La répartition entre les médecins du nombre de forfaits alloués à l'établissement pour chaque installation visée est sous la responsabilité du chef du service d'urgence et, le cas échéant, du chef de département clinique de médecine générale dans le cas où celui-ci assume la responsabilité du service d'urgence de l'installation. Elle doit être basée sur l'importance de la participation de chaque médecin aux réunions des comités visées par le présent paragraphe et en respect de la banque de forfaits allouée à l'établissement.

4.04 Les dispositions de l'article 4.00 ne s'appliquent pas au médecin rémunéré en vertu de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé Chibougamau*, ainsi que l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre de santé et de services sociaux des Îles*.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits. Le montant du forfait est de 67,65 \$.

AVIS : *Instructions pour la facturation du forfait pour **Chef du service d'urgence**.*

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19040** dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

*Pour faciliter le traitement et assurer le paiement rapide de votre réclamation, **vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$** sur votre demande de paiement. Vous pouvez répartir votre facturation **sur plus d'une journée** pour respecter cette limite.*

AVIS : *Instructions pour la facturation des forfaits pour **Médecins autres que le chef**.*

Comités sur l'organisation et la gestion de l'urgence

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les codes d'acte **19883** en matinée ou **19884** en après-midi ou en soirée dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- l'heure de début et de fin de la réunion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Comités médico-cliniques

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les codes d'acte **19885** en matinée ou **19886** en après-midi ou en soirée dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- l'heure de début et de fin de la réunion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Comités sur la participation à la gestion hospitalière

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- les codes d'acte **19887** en matinée ou **19888** en après-midi ou en soirée dans la case CODE de la section Actes;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- l'heure de début et de fin de la réunion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.02 Le médecin qui se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 3.00 ou 4.00 ne peut, pour la même période de temps, être rémunéré dans le cadre de l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, du paragraphe 1.4 b) du préambule général, de toute autre entente particulière qui rémunère un médecin pour des activités sur place ou selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire.

5.03 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du service d'urgence d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) au 12 mai 2015. Elle prend effet à cette date et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : Malgré le paragraphe 7.01, la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière est le **1^{er} avril 2015.**

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ^e jour de _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES (URGENCE ÉTABLISSEMENT)

+

ANNEXE I

Activités du chef du service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste

Coordonner les activités professionnelles des membres du service d'urgence :

- Organisation du travail dans les différentes aires de travail (choc, civières, clientèles ambulatoires);
- Rédaction des politiques et procédures du service d'urgence et s'assurer de leur application;
- Participation à la préparation du plan des mesures d'urgence.

Gérer les biens et les espaces en lien avec le service d'urgence.

Surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans le service d'urgence.

Planifier les activités de formation médicale continue.

Établir les règles d'utilisation des ressources et voir au respect de ces règles.

Établir des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments.

Établir et gérer la liste de garde.

Travailler en collaboration avec le directeur des services professionnels ou le coordonnateur de l'urgence en vue de s'assurer de la distribution appropriée des soins dans le service d'urgence (gestion courante de la fluidité de la circulation des patients) et faire des recommandations.

Collaborer avec le gestionnaire infirmier dans l'organisation de la formation du personnel infirmier du service d'urgence.

Nommer et encadrer les responsables des dossiers prioritaires du service d'urgence : relations interdépartementales, politiques et protocoles définissant le rôle de chaque département et service avec le service d'urgence, structure de soutien afin d'assurer un bon fonctionnement de la gestion de l'information, représentation du service d'urgence dans les comités de l'hôpital en lien avec le service d'urgence.

Participer aux activités des comités hospitaliers en lien avec le service d'urgence.

Voir au maintien des effectifs médicaux dans le service d'urgence et superviser le recrutement.

Soumettre un rapport annuel d'activités.

+

ANNEXE II

Établissements désignés à l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement en vertu du paragraphe 3.06

AVIS : *La liste des établissements désignés dans l'annexe II de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

+

ANNEXE III

Établissements désignés à l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement en vertu du paragraphe 4.03 d)

AVIS : *La liste des établissements désignés dans l'annexe III de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes*

EP - AMP

+ ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) et des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 4.2), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation conclue entre le Ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer, conventionnellement, les modalités d'application des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 4.2) (la Loi), relativement à la participation du médecin aux activités médicales particulières (AMP) dont traite cette loi.

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.0 ADHÉSION

3.1 Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi.

3.1.1 Cet assujettissement implique que le médecin adhère à la présente entente en signant un engagement conformément à la Loi et au paragraphe 4 de la présente entente.

3.1.2 À défaut d'adhérer à la présente entente, la rémunération du médecin pour les services qu'il dispense dans le cadre du régime est réduite selon les règles édictées par le paragraphe 5 de la présente entente.

3.2 Pour le médecin qui débute sa pratique et pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région, l'adhésion à la présente entente est encadrée par les modalités suivantes :

3.2.1 Au plus tard, à l'intérieur du premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique, lequel est défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- adresser une demande au DRMG de la région où il exercera pour 55 % et plus de ses journées de facturation au sens de l'entente particulière relative au respect des PREM, pour obtenir la liste des AMP disponibles. Dans le cas où un médecin n'exerce pas pour 55 % et plus de ses journées de facturation dans une région, le DRMG visé au présent sous-paragraphe est celui de la région où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès des milieux de pratique qui apparaissent à la liste;
- produire au DRMG les pièces justificatives qui lui permettront d'obtenir la confirmation que les activités choisies à titre d'AMP seront reconnues par le DRMG. Dans tous les cas, les pièces justificatives doivent prévoir le volume attendu d'AMP.
- aux fins de la détermination de la région responsable, on ne considère pas les journées de facturation faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

3.2.2 Le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1, au plus tard deux (2) semaines avant la fin du trimestre mentionné précédemment, doit :

- confirmer par écrit au médecin que l'activité choisie, ou une combinaison de celles-ci, s'inscrit dans la liste des AMP disponibles dans la région et qu'il respecte les exigences de la présente entente. La Régie reçoit copie de cette confirmation;
- dans le cas où l'offre de services du médecin ne s'inscrit pas dans la liste des AMP ou s'il ne respecte pas les exigences de la présente entente, aviser le médecin qu'il doit apporter les correctifs appropriés et qu'il s'expose à la réduction prévue au paragraphe 5.0.

3.2.3 Sauf circonstances exceptionnelles et avec l'approbation du comité paritaire, l'adhésion du médecin à la présente entente prend effet au début du trimestre suivant celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 ci-dessus.

Dans le cas où l'adhésion du médecin à la présente entente n'est pas confirmée à la Régie par le DRMG au début de ce trimestre ou si cette adhésion a été refusée en vertu des dispositions du paragraphe 4.7 des présentes, le médecin est considéré comme non adhérent pendant tout ce trimestre et pendant chacun des trimestres suivants jusqu'à ce qu'il ait adhéré à la présente entente. Son adhésion devient alors effective au début du trimestre suivant la date apparaissant à son avis d'adhésion à la Régie.

Le comité paritaire peut prolonger les délais d'adhésion accordés au médecin en vertu de la présente entente lorsque le DRMG n'a pu respecter ses obligations envers le médecin dans les délais impartis.

Aux fins de l'application de l'annexe XIX de l'entente générale, le médecin est réputé adhérent à la présente entente pendant la période de report de son délai d'adhésion.

3.2.4 Le médecin résident qui détient une autorisation prévue au paragraphe 3.10 de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3.0 de la présente entente particulière.

3.3 AMP hors région ou nationales

3.3.1 Lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectue celles-ci en tout ou en partie dans une autre région que celle décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes, l'administration de son dossier est confiée au DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM.

3.3.2 Malgré le paragraphe précédent, lorsque les activités en cause se situent dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou de mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale, ou encore lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectue ses activités, en tout ou en partie, dans le cadre d'activités relevant d'une instance à vocation nationale;

Le dossier du médecin est confié :

- a) dans le cas où le médecin a une pratique exclusive dans le cadre du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou que les activités faites dans le cadre d'une instance à vocation nationale répondent à la totalité des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale qui remplit alors les fonctions du DRMG décrit au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes. Le comité paritaire en informe, s'il y a lieu, ce DRMG.
- b) dans le cas où le médecin qui veut se voir reconnaître comme AMP des activités faites dans le cadre du dépannage, mais n'a pas une pratique exclusive dans le cadre du dépannage ou que les activités faites dans le cadre d'une instance nationale ne répondent qu'à une partie des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au DRMG décrit au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes y compris en ce qui a trait à la partie relative aux activités en cause.

4.0 ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des AMP

L'engagement du médecin relatif aux AMP doit se situer dans le cadre de la liste proposée par le DRMG.

4.1.1 Dans un premier temps et de façon prioritaire, s'il y a lieu, cet engagement doit avoir comme objet l'activité décrite ci-dessous :

- i) La prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier exploité par un établissement ou de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le service d'urgence doit être désigné en vertu du paragraphe 1.1^o de l'article 359 de la Loi.

4.1.2 Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans les secteurs suivants :

- ii) La prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle;
- iii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;
- v) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

4.1.3 Dans un troisième temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi) ci-dessous, si l'une des conditions suivantes est remplie :

- a) le DRMG d'une région visée au sous-paragraphe 3.2.1 ne peut attribuer au médecin, de façon à lui permettre de répondre aux exigences de base prévues au paragraphe 4.3 ci-dessous, des activités médicales dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique principal en ce qui concerne les activités du secteur i) ou de quarante (40) kilomètres en ce qui concerne les activités des secteurs ii) à v) inclusivement;
- b) le DRMG d'une région limitrophe ne peut, dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres du lieu de pratique principal du médecin, lui attribuer, de façon suffisante, des activités médicales dans le secteur d'activités i);
- c) Le médecin ne peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi) d'un DRMG autre que celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 lorsque ce dernier peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à v);
- vi) Toute autre activité prioritaire identifiée par le DRMG et approuvée par le ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Les activités du secteur v) en regard du programme de soutien à domicile d'un CLSC, peuvent être reconnues même si le médecin ne détient qu'une nomination de l'établissement n'ayant pour objet que sa participation à la garde en disponibilité.

Le secteur vi) peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et reconnue à ce titre par accord des parties.

Les services médicaux visés dans les secteurs i), iii), iv) et v) comprennent la dispensation de services médicaux en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.2 Dérogations

- a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme AMP. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.
- b) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au sous-paragraphe 4.1.3 a), le DRMG peut exempter un médecin d'effectuer ses AMP dans le secteur d'activités i).

La demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectuer ses activités dans une ou plusieurs régions, selon les modalités qu'édicté la présente entente particulière.

La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux AMP dans une ou dans plusieurs régions doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou sur une base trimestrielle, de cent trente-deux (132) heures;

La participation du médecin de quinze (15) ans, mais de moins de vingt (20) ans de pratique est établie à six (6) heures par semaine en moyenne ou, sur une base trimestrielle, de soixante-six (66) heures;

Le médecin qui compte vingt (20) ans ou plus de pratique, adhérent à la présente entente, peut être appelé par le DRMG à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique.

Exceptionnellement, le DRMG peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans le cas de grossesse ou d'invalidité partielle.

Le calcul des années de pratique se fait selon les dispositions de l'annexe I des présentes.

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé respecter les conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit, le médecin dont la rémunération annuelle dans le cadre du régime d'assurance maladie, selon le tarif de base prévu à l'entente, se situe à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après.

Dans ce cas, le DRMG doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'AMP exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération annuelle du médecin	Exigences de base par semaine Médecin de moins de 15 ans de pratique
jusqu'à 19 999 \$	3 heures
de 20 000 \$ à 39 999 \$	6 heures
de 40 000 \$ à 60 000 \$	9 heures

Ces exigences sont réduites de moitié pour le médecin qui compte 15 ans, mais moins de 20 ans de pratique et dont la rémunération se situe dans une catégorie décrite ci-dessus.

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique

De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés à l'annexe I des présentes la période d'inactivité professionnelle en cause aux fins du calcul des années de pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin qui, par ailleurs, satisfait aux exigences relatives à la participation aux AMP.

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des AMP doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme AMP. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

Malgré l'alinéa précédent, les critères relatifs à la reconnaissance d'activités professionnelles comme répondant à des AMP dans le secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes sont déterminés lors de leur approbation par le ministre après avoir consulté la Fédération. Leur volume est convenu selon les dispositions du présent paragraphe.

4.6 Durée de l'engagement du médecin

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion. Il est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DRMG sont d'accord pour procéder à sa révision;
- Le DRMG considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités i) à v) énumérés au paragraphe 4.1 des présentes. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs vi) dudit paragraphe.

La révision de l'engagement doit se finaliser au cours du trimestre pendant lequel l'engagement arrive à son terme de deux (2) ans.

- + Malgré ce qui précède, en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'une installation de la région ou de toute installation située dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DRMG peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

La révision prévue à l'alinéa ci-dessus, n'est applicable que si l'engagement du médecin a pour objet les activités du secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes et elle doit être précédée d'un préavis de soixante (60) jours.

Cette révision temporaire ne peut être de plus de six (6) mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période maximale de six (6) mois. Aux fins des présentes, une pénurie est dite grave lorsqu'il y a risque de rupture ou lorsque les effectifs médicaux au service d'urgence ne lui permettent pas de combler plus de 70 % de ses besoins en heures-présence selon l'évaluation faite par le comité paritaire responsable de l'application de l'entente particulière relative au service d'urgence de certains CHSGS et de CLSC du réseau de garde.

Un médecin peut porter à l'attention du comité paritaire toute situation mettant en cause le renouvellement ou la révision de son engagement par le DRMG.

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des AMP sont disponibles dans une région, le refus d'une demande d'adhésion d'un médecin par un DRMG ne peut être justifié que par le respect du plan régional des effectifs médicaux.

4.8 Consentement

L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie transmette les données pertinentes à l'application de la présente entente particulière concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.

5.0 RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

Une réduction de 30 % s'applique à la rémunération versée au médecin pendant un trimestre et provenant de toute activité exercée dans le cadre du régime public d'assurance maladie.

. Elle s'applique dans les cas suivants :

- Le médecin qui n'a pas adhéré à la présente entente quel que soit le nombre de ses années de pratique;
- Le médecin qui durant deux trimestres consécutifs, ne respecte pas le volume d'activités apparaissant à son engagement;
- Le médecin de vingt (20) ans de pratique ou plus qui ne respecte pas son engagement.

5.2 Modalités d'application

Aux fins de l'application de la réduction prévue au paragraphe 5.1 des présentes, les procédures sont les suivantes :

- Médecins non adhérents : la Régie applique la réduction pour chaque trimestre non couvert en totalité par une adhésion dûment confirmée par le DRMG ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.3.2 des présentes, et en avise le DRMG et le comité paritaire;
- Médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique : le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.3.2 des présentes, suite à un avis de l'établissement lorsque le non-respect vise une nomination en établissement ou après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, demande à la Régie d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant la demande du DRMG ou du comité paritaire. La Régie continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis du DRMG ou du comité paritaire de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;
- Médecins adhérents de vingt (20) ans ou plus de pratique : sur demande du DRMG et avec l'approbation du comité paritaire, la Régie applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes et continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis, du DRMG et du comité paritaire, de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement.

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie est prise en compte aux fins des présentes, en excluant de la même façon que le prévoit l'annexe XIII aux fins de l'annexe IX, la rémunération versée pour les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*.

Dans tous les cas, cette réduction s'applique également à la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel.

Aux fins de l'application des paragraphes 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la réduction prévue dans le cadre de la présente entente particulière est considérée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

5.3 Congé de maternité ou d'adoption

Les dispositions prévues aux paragraphes précédents ne s'appliquent au médecin qui bénéficie d'un congé de maternité, ou est éligible à ce congé, ou prend un congé d'adoption, qu'après l'expiration d'une période de douze (12) mois dont la répartition avant et après l'accouchement ou avant et après la prise en charge effective de l'enfant, appartient au médecin et doit comprendre, dans le cas d'un congé de maternité, le jour de l'accouchement et, dans le cas d'un congé d'adoption, le jour de la prise en charge effective.

Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent, la période de douze (12) mois qui y est prévue est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent la Régie.

AVIS : *Le médecin doit préciser à la Régie les dates de début et de fin de la période d'exemption dont il désire se prévaloir.*

L'information doit être transmise à :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

ou par télécopieur au 418 646-8110

5.4 Exemption

En outre et de façon exceptionnelle, le comité paritaire peut, après avis du DRMG, exempter un médecin de l'application de la réduction pour des raisons non prévues par l'entente.

Le comité paritaire précise la période d'application de l'exemption accordée. Dans certains cas, cette période peut être indéfinie.

Aux fins de l'annexe XIX, l'exemption accordée par le comité paritaire tient lieu, pour la période en cause, d'adhésion du médecin à la présente entente.

6.0 PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

6.1 Dispositions s'appliquant au DRMG

Le DRMG s'assure du respect des dispositions de la présente entente particulière et il voit à préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clients sur son territoire.

Le DRMG s'assure du respect de l'engagement du médecin. En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, il doit :

- faire connaître la liste des AMP qui ont cours dans sa région à tout médecin qui en fait la demande sauf celles relevant d'une instance à vocation nationale, déterminée par le ministre;
- faire connaître à un médecin, s'il en est, les besoins des services d'urgence des régions voisines situés à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique;
- recevoir les pièces justificatives du médecin qui permettront de reconnaître les AMP de ce dernier;
- confirmer l'adhésion du médecin et en informer la Régie ou aviser le médecin des ajustements à apporter;
- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent à l'aide des informations transmises par la Régie;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision de demander à la Régie d'appliquer la réduction selon les modalités prévues au paragraphe 5.0 des présentes;
- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une région, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre région concernée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui le concerne et informe le DRMG visée au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

6.2 Dispositions applicables par le Régie de l'assurance maladie du Québec

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, la Régie doit :

6.2.1 En ce qui a trait au médecin non adhérent :

- faire l'inventaire, sur une base trimestrielle, des médecins non adhérents et en transmettre la liste au comité paritaire;
- aviser le médecin qu'il est sujet à l'application de la réduction;
- appliquer, le cas échéant, la réduction selon les modalités prévues à la présente entente.

6.2.2 En ce qui a trait au médecin adhérent :

- sur demande du DRMG visée au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes, lui transmettre ainsi qu'au médecin concerné le profil de pratique de ce dernier, profil de pratique converti en heures services selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes. Ce profil vise les secteurs d'activités prévus au paragraphe 4.1 des présentes, par région et par établissement et est produit par trimestre pour les quatre derniers trimestres pour lesquels les données sont disponibles. En ce qui a trait au secteur d'activités ii), la Régie fournit annuellement au DRMG, de façon nominative, et au comité paritaire, de façon non nominative, par région le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables de chacun des médecins qui compte, parmi ses AMP, des activités de ce secteur.
- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG et selon les modalités prévues aux présentes;
- lorsqu'un médecin exécute des AMP sur les territoires de plus d'un DRMG, aviser le médecin de l'identité du DRMG responsable de l'administration du dossier du médecin conformément au sous-paragraphe 3.2.1. sauf s'il s'agit de services dispensés dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente.

6.2.3 En ce qui a trait à l'évaluation du fonctionnement de la présente entente en regard des objectifs poursuivis de préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles dans sa région. La Régie doit transmettre au 1^{er} avril de chaque année :

- Au DRMG et, au comité paritaire, de façon non nominative, le profil de pratique de chaque médecin du territoire pour les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes, (nombre de patients inscrits vulnérables et inscrits non vulnérables et le profil de pratique converti en heures services selon les règles de conversion de l'annexe III pour les activités en établissement).
- Au DRMG et au comité paritaire, un tableau synthèse, par région, indiquant :
 - le nombre de médecins répondant aux exigences de base prévues à la présente entente;
 - la répartition de leurs activités en pourcentage selon les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes;
 - l'évolution globale par territoire de réseaux locaux de services au sens de la LSSSS du nombre d'heures services dans les secteurs d'activités visés à l'annexe III et dans le secteur d'activités ii) du paragraphe 4.1;
 - le nombre de patients inscrits par médecin incluant, de manière distinctive, le nombre de patients vulnérables inclus dans ce total;
 - le profil de pratique de chaque médecin converti en heures services selon les règles de conversion prévue à l'annexe III pour les secteurs d'activités y apparaissant;
 - tout autre renseignement dont le comité paritaire pourrait avoir besoin dans le cadre de l'application du paragraphe 7.0 de la présente entente.

6.3 Dispositions applicables au comité paritaire

Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente entente, le comité paritaire est responsable du suivi de la présente entente. Notamment, il est responsable, en étroite collaboration avec les DRMG, d'évaluer le fonctionnement de l'entente eu égard à ses objectifs et de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

7.0 ÉVALUATION

Le comité paritaire, assisté des DRMG, effectue un suivi des AMP. Au terme de l'écoulement de 12 mois d'application suivant le 1^{er} septembre 2015, le comité paritaire évalue l'état de la situation et s'il juge que cet état est adéquat, il recommande aux parties de modifier l'entente particulière pour éliminer les AMP de façon progressive.

L'élimination se fait par tranche de cinq années de pratique en commençant par le plus grand nombre d'années. Le même scénario se répète après l'écoulement de chaque période supplémentaire de 12 mois, jusqu'à l'élimination complète des AMP et, par le fait même, de l'abrogation de l'entente particulière. S'il y a lieu, les parties, selon l'état de la situation, peuvent revoir ces modalités.

Il est entendu que les parties identifient un nombre d'indicateurs précis, tels que, notamment, le taux de comblement des besoins d'établissement en médecine de famille, le taux d'inscription des personnes auprès d'un médecin de famille, dans les réseaux locaux de services, le taux de comblement des besoins ainsi que des activités d'établissement par la médecine spécialisée afin de permettre au comité paritaire d'effectuer un juste suivi des AMP.

8.0 DIFFÉREND

8.1 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.

8.2 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, un DRMG ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, le DRMG responsable de la région pour laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, peut être partie à un différend au sens du présent article.

8.3 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'un établissement d'un DRMG, ou d'un DRMG de la région pour laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération d'un médecin.

8.4 Seule une décision du ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'un DRMG de la région au sein de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'Entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.

8.5 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément au paragraphe 8.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.

8.6 Nonobstant les dispositions du paragraphe 8.5, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.

8.7 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fonde, en tout ou partie, sur toutes autres dispositions contenues dans la présente entente particulière.

Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, ce différend doit, lorsqu'aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie ou le DRMG en l'Agence cause, ou les deux.

Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'AMP, ce différend doit être dirigé contre la Régie ou le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes ou les deux.

Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S 4.2), ce différend doit être dirigé contre le DRMG visé et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.

8.8 La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.

8.9 Advenant contestation, le DRMG de la région dans laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux est réputée mandataire des autres DRMG intéressés au dossier des AMP d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application du paragraphe 8.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des AMP d'un médecin.

8.10 Le ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.

8.11 La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie, un DRMG, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

8.12 En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différend logé en vertu de la présente entente particulière.

8.13 Le défaut par la Régie ou un DRMG de transmettre au médecin, en regard d'un trimestre, un avis prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour le trimestre visé, l'imposition de toute réduction de sa rémunération, par l'une des parties précitées.

8.14 La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2).

9.0 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative aux activités médicales particulières signée le 23 janvier 2012. Elle prend effet le 1^{er} septembre 2015 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - AMP

ANNEXE I**Calcul des années de pratique**

Pour les fins d'application du paragraphe 4.3 des présentes, le calcul des années de pratique se fait selon les modalités suivantes :

- jusqu'au 1^{er} septembre 2003, une année de pratique ou partie de celle-ci, est, au bénéfice du médecin, comptabilisée depuis la date de l'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec;
- lorsqu'une année de pratique en vertu de la présente entente, ou partie de celle-ci, est postérieure au 1^{er} septembre 2003, les conditions particulières suivantes reçoivent application :
 - cette année de pratique, ou partie de celle-ci, doit être complétée au Québec;
 - le médecin visé doit être considéré comme actif. Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances et des jours de ressourcement pour une durée totale d'au plus deux (2) mois par année, est considéré comme médecin actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année, se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul des années de pratique;
 - les périodes d'invalidité, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont incluses dans le calcul des années de pratique. Il en va de même pour les années de pratique, quel que soit le lieu de dispensation des services, comme médecin militaire, pour le compte des Forces Armées Canadiennes ainsi que le congé de paternité pour une durée maximale de cinq (5) semaines;

AVIS: *Le médecin doit informer la Régie de la période de congé, par une lettre. Pour les périodes d'invalidité, veuillez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et mentionnant que l'invalidité est totale ou partielle.*

L'information doit être transmise à :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

ou par télécopieur au 418 646-8110

- lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente particulière, la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux conjoints selon les modalités qu'ils fixent entre eux. Ils en informent la Régie;
- aux fins des sous-paragraphe précédents, seules les années postérieures à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec sont considérées comme des années de pratique.

ANNEXE II

Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin et devant apparaître à son engagement doit être basée, pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur les critères suivants* :

1. Service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde :

- Seize (16) quarts de garde de huit (8) heures par trimestre (le temps de débordement n'est pas inclus ni compté).

+ 2. Prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de la clientèle :

- 500 patients inscrits (vulnérables et non vulnérables) ou selon les paramètres que peuvent déterminer les parties par voie administrative.

Aux fins de la reconnaissance par le DRMG d'une région, des heures d'activités médicales particulières dans ce secteur de pratique, les critères suivants s'appliquent :

- un volume de 500 patients inscrits ou plus correspond à 12 heures par semaine ou 132 heures par trimestre;
- un volume de 250 à 499 patients inscrits correspond à 6 heures par semaine ou 66 heures par trimestre;
- un volume de 125 à 249 patients inscrits correspond à 3 heures par semaine ou 33 heures par trimestre.

3. Soins aux patients admis en courte durée

A) Soins dispensés dans une unité de soins de courte durée :

- Pratique solo : le médecin doit être responsable, sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année, en moyenne de quatre (4) lits de courte durée chaque jour;
- Pratique en équipe : sur la base de quinze (15) lits par jour, une (1) semaine d'hospitalisation sur cinq (5) incluant la garde en disponibilité.

B) Soins dispensés à des patients admis par des omnipraticiens consultants ou agissant à qualité de médecins spécialistes

Le DRMG, sur recommandation du chef du département clinique de médecine générale, peut reconnaître ces activités en prenant en compte le nombre d'heures de présence du médecin dans l'établissement pour ces activités.

4. Soins dispensés à un patient en centre d'hébergement et de soins de longue durée :

- Selon le nombre d'heures lorsque le médecin est rémunéré sur une base horaire.
- S'il est rémunéré à l'acte, il assume la responsabilité des soins à quarante-cinq (45) patients en moyenne sur une base hebdomadaire.

5. Programme de soutien à domicile :

- Dix (10) visites à domicile par semaine sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année auprès de bénéficiaires faisant partie du programme de soutien à domicile du CLSC. Attestation annuelle de l'établissement concerné et, le cas échéant, sur demande du DRMG.

6. Services médicaux en obstétrique :

- Nomination avec privilèges en obstétrique.

* Dans la mesure où un médecin cumule des activités dans plus d'un des secteurs apparaissant à la présente annexe, le DRMG fait les ajustements appropriés.

7. Garde en disponibilité pour les secteurs iii) et iv) :

La garde en disponibilité n'est reconnue que les semaines où elle est rémunérée. Chaque forfait versé pour une garde de huit (8) heures est comptabilisé à une heure quarante-cinq minutes (1,75 heure).

8. Dépannage

- Temps réel de services cliniques selon les critères apparaissant ci-dessus.
- Le temps de déplacement est comptabilisé.

ANNEXE III

+

Règles de conversion

Dans le but de fournir aux DRMG et au comité paritaire des données dans une certaine mesure uniformisées et comparables et de traduire les données sur la rémunération des médecins en heures, comptée comme ayant été payée selon le tarif de base, la Régie se base sur les règles de conversion qui suivent :

- Garde sur place (CH et CLSC du réseau de garde) temps réel à partir des forfaits ou si rémunération selon le mode de l'acte selon un tarif horaire en vigueur.
- Garde en disponibilité : selon le nombre de forfaits de garde versé, chaque forfait équivalent à une heure et quarante-cinq minutes (1,75 heure).
- Obstétrique : nomination avec privilèges en obstétrique équivaut à douze (12) heures par semaine.
- Malade admis : trente (30) minutes par examen.
- Anesthésie : temps réel ou, si rémunération à l'acte, sur la base du tarif horaire en vigueur.
- CHSLD, CR : selon le nombre d'heures ou, si rémunération à l'acte, sur la base du tarif horaire en vigueur.

+ EP - SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**ENTENTE PARTICULIÈRE****RELATIVE AUX SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance-maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence tant au niveau des services directs régionaux qu'au niveau des activités périphériques de support, de formation et de celles relatives aux protocoles d'intervention et à la recherche.

Elle comprend trois sections :

- a) La section I relative aux services préhospitaliers d'urgence régionaux sauf ceux des régions de Montréal et de Laval.
- b) La section II relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval.
- c) La section III relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

SECTION I : SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE RÉGIONAUX EXCLUANT CEUX PRODIGUÉS DANS LES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL**1.00 OBJET**

1.01 Cette section a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin régional responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste. Cette section couvre les services dispensés dans toute autre région que celles de Montréal et de Laval.

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

2.01 La rémunération prévue à cette section couvre les fonctions dévolues au directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence selon les dispositions de l'article 17 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Aux fins de la présente section, l'appellation « directeur médical régional » ne réfère pas à la fonction de gestionnaire cadre au sein de l'organisme régional mais à la responsabilité clinique énoncée à la Loi encadrant les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2). De façon plus spécifique, la rémunération prévue à cette section couvre, notamment, les activités suivantes :

- a) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessous incluant les activités du médecin responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence;
- b) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises;
- c) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les responsables régionaux;
- d) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente section et est rémunérée en conséquence.

AVIS : *Utiliser le numéro de l'établissement inscrit à l'annexe I de la présente section ou selon les instructions de facturation reçues, et les codes d'activité suivants :*

- **225075** Témoin période régulière
- **225159** Assurance-qualité
- **225161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- **225163** Participation aux comités nationaux
- **225164** Activités médico-administratives autorisées

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de l'établissement responsable des services préhospitaliers d'urgence (ci-après l'instance responsable) un contrat de services professionnels.

Le contrat de services professionnels tient lieu de nomination.

3.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de l'instance responsable.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Autres régions (section I) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le directeur général de l'instance responsable (paragr. 3.03), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

3.03 La rémunération prévue à la présente section est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur général de l'instance responsable.

3.04 Les avis de services sont envoyés à la Régie par l'instance responsable et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur général de l'instance responsable ou la personne qui le remplace.

4.00 BANQUE D'HEURES

4.01 Les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites au paragraphe 2.00 ci-dessus à chacune des instances responsables. Cette banque d'heures apparaît à l'annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.

4.02 La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le médecin responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence.

4.03 Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

4.04 L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

SECTION II : SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL**1.00 OBJET**

1.01 Cette section a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès de la Corporation d'Urgences-santé.

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

2.01 La rémunération prévue à cette section couvre, de façon exclusive, les activités suivantes :

- a) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises;
 - b) les constats de décès;
 - c) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les établissements responsables des mesures d'urgence des régions de Montréal et de Laval ainsi qu'avec les autres intervenants concernés;
 - d) la participation aux réunions du comité médical prévu au paragraphe 3.00 ci-dessous;
- # **AVIS :** *Seuls les membres du comité médical identifiés annuellement par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence (voir l'avis sous le paragraphe 3.01), peuvent facturer cette activité.*
- e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;
 - f) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessus telles que déterminées par le comité médical prévu à l'article 3.00 de la présente section ou par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, incluant, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la direction clinique des activités médicales au sein d'un secteur d'activité.

Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente section et est rémunérée en conséquence.

AVIS : *Utiliser le numéro d'établissement 99101, et les codes d'activité suivants :*

- **205063** Garde sur place
- **205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **205075** Témoin période régulière
- **205132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
- **205159** Assurance-qualité
- **205160** Constat de décès
- **205161** Activités liées au plan des mesures d'urgence
- **205162** Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut facturer cette activité)
- **205163** Participation aux comités nationaux
- **205164** Activités médico-administratives autorisées
- **205165** Garde en disponibilité – Constat décès

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.00 COMITÉ MÉDICAL

3.01 Le comité médical est formé minimalement de cinq (5) personnes dont le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de trois (3) représentants des médecins qui exercent dans le cadre de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence en assume la présidence.

Les représentants des médecins doivent provenir des principaux secteurs d'activités de la Corporation d'Urgences-santé dont ceux décrits aux alinéas a) et b) du paragraphe 2.01 ci-dessus. Leur mandat a une durée d'un an et peut être renouvelé.

AVIS : *Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit informer la Régie annuellement du nom des personnes qui forment le comité médical qu'il préside et transmettre ces renseignements (noms et numéros de pratique) par lettre, en prenant soin de spécifier le rôle de chaque personne. Il doit également informer la Régie de toute modification apportée à la formation de ce comité et préciser la date à laquelle la modification a eu lieu.*

Le directeur doit envoyer la lettre :

par télécopieur au 418 646-8110

ou par la poste à l'adresse suivante :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

3.02 Le comité médical donne son avis au directeur général de la Corporation d'Urgences-santé sur les objets suivants :

- a) l'organisation des services cliniques assurés par les médecins de la Corporation d'Urgences-santé, incluant la gestion de la liste de garde pour les différents services;
- b) les aspects pertinents de l'organisation technique et scientifique de la Corporation d'Urgences-santé;
- c) la définition des qualifications et de la compétence requises d'un médecin pour exercer à la Corporation d'Urgences-santé;
- d) le niveau des effectifs médicaux et le besoin de recrutement de médecins;
- e) toute autre question portée à son attention par le directeur général ou le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : *Utiliser le code d'activité 205162 – Participation aux réunions du comité médical.*

3.03 Lorsque requis et pertinent, le comité médical assiste le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence dans les fonctions qui lui sont dévolues par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence ou encore dans le cadre d'un mandat confié à la Corporation d'Urgences-santé par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

AVIS : *Utiliser le code d'activité 205162 – Participation aux réunions du comité médical.*

3.04 Le comité médical tient au moins quatre (4) réunions par année.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé d'un contrat de services professionnels spécifiant le ou les secteur(s) d'activités où il peut exercer.

Un contrat peut être à durée déterminée (temporaire) ou indéterminée. Le contrat à durée déterminée vise à recruter un médecin pour la réalisation d'un mandat spécifique ou pour remplacer un médecin en absence temporaire pour cause de maladie ou pour toute autre cause acceptée par la Corporation et ne peut se prolonger au-delà de l'absence du médecin remplacé. Le contrat à durée indéterminée vise à assurer, pour une durée indéterminée, les activités énumérées au paragraphe 2.01 de la présente section. Tout médecin exerçant au sein de la Corporation le 24 avril 2011 détient un contrat à durée indéterminée.

À moins d'un avis contraire de la part du médecin, le contrat de services à durée indéterminée se renouvelle à tous les deux ans selon les termes du dernier contrat. Dans le cas où des modifications apportées à l'organisation ou à la nature des services de la Corporation d'Urgences-santé ont pour effet d'amener les parties négociantes à réviser la liste des services énumérés au paragraphe 2.01 ou à réduire le nombre d'heures allouées, les contrats des médecins, une fois cette révision complétée, peuvent être modifiés en conséquence. À défaut d'entente avec les médecins concernés dans les soixante (60) jours suivant la révision précédemment mentionnée, les modifications apportées aux contrats sont faites au moment du renouvellement de ces derniers, et ce, en fonction du degré d'implication des médecins dans le ou les services visés et de l'importance de la réduction du nombre d'heures qui s'y rattachent.

Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé peut refuser de renouveler le contrat d'un médecin en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres à la Corporation d'urgences-santé. Pour ce faire, le directeur général doit obtenir une recommandation de non-renouvellement d'un sous-comité de trois (3) membres formés pour l'occasion par le comité médical.

Ce sous-comité est composé du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou du chef de département de médecine préhospitalière et de deux (2) médecins nommés par le comité médical et qui exercent des activités cliniques au sein de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé doit donner au médecin concerné l'occasion de se faire entendre sur les motifs appuyant la recommandation de non-renouvellement avant de rendre sa décision.

Un médecin peut être dispensé des engagements à son contrat de service durant une période de maladie ou, sur recommandation du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence, pour toute autre période. Le contrat de service à durée indéterminée fait alors l'objet de renouvellement durant la période d'absence selon les règles applicables.

Un médecin peut résilier un contrat de services professionnels en donnant un préavis écrit de soixante (60) jours.

4.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : *La Corporation d'Urgences-santé (99101) doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Régions de Montréal et de Laval et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé (paragraphe 4.04), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

4.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

AVIS : *Pour les services rendus en établissement, utiliser les codes d'activité suivants :*

- **205063** Garde sur place
- **205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **205132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.04 La rémunération prévue à la présente entente est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

4.05 Les services visés à l'alinéa 2.01 b) de la présente section peuvent, avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Dans ce cas, cette garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes selon le cas. Aux fins du présent paragraphe, les vocables « taux horaire normal applicable » signifient, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale et, pour le médecin rémunéré à tarif horaire, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

AVIS : *Utiliser le code d'activité suivant :*

- **205165** Garde en disponibilité – Constat décès

4.06 Les avis de services sont envoyés à la Régie par la Corporation d'Urgences-santé et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé ou la personne qui le remplace.

5.00 BANQUE D'HEURES

5.01 Après consultation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 2.00 ci-dessus, incluant, le cas échéant, les heures de garde faites en disponibilité. Cette banque d'heures paraît en annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.

5.02 La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

5.03 Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

5.04 L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

SECTION III : SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL

1.00 OBJET

1.01 Cette section a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans ou auprès de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal dans le cadre de son département de médecine préhospitalière.

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

2.01 La rémunération prévue à cette section couvre, de façon exclusive, les activités suivantes :

- a) les activités médicales reliées à la formation donnée dans le cadre des soins avancés des techniciens ambulanciers tant au plan théorique que celles faites sur les lieux de l'intervention ainsi que celles faites dans le cadre de la formation collégiale en techniques de soins préhospitaliers faite sur les lieux de stages;
- b) les activités médicales requises pour le support en ligne tant pour les soins avancés que pour les soins primaires;
- c) les activités médicales liées à l'évaluation des protocoles d'intervention ainsi qu'à celles reliées à l'élaboration et à l'évaluation des activités de recherche;
- d) les activités médico-administratives découlant des activités prévues ci-dessus ainsi qu'à la coordination des activités du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec la Corporation d'Urgences-santé;
- e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

AVIS : Utiliser le numéro d'établissement **0027X**, et les codes d'activité suivants :

- **215063** Garde sur place
- **215071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **215132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
- **215163** Participation aux comités nationaux
- **215164** Activités médico-administratives autorisées
- **215166** Formation donnée
- **215167** Support en ligne
- **215168** Élaboration et évaluation de protocoles ou activités
- **215169** Garde en disponibilité – Support en ligne

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

2.02 Les modalités de rémunération prévues à la présente section s'appliquent également lorsque, dans le cadre d'une entente de services convenue par l'Hôpital du Cœur-de Montréal avec la Corporation d'Urgences-santé ou, le cas échéant, avec un établissement d'une région autre que Montréal et Laval pour ses services préhospitaliers d'urgence, le médecin réalise ces activités dans ou auprès de l'organisme ou de l'établissement en cause.

AVIS : Utiliser le code d'activité **215164** – Activités médico-administratives autorisées.

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit détenir une nomination de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec privilèges d'exercice au département de médecine préhospitalière.

3.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

AVIS : *Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Hôp. du Sacré-Coeur de Montréal et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (paragr. 3.04), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

3.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

AVIS : *Pour les services rendus en établissement, utiliser les codes d'activité suivants :*

- **215063** Garde sur place
- **215071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- **215132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.04 La rémunération prévue à la présente section est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

3.05 Les services visés à l'alinéa 2.01 b) ci-dessus peuvent, avec l'accord du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, après entente avec le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Ils sont rémunérés selon les modalités de rémunération apparaissant aux paragraphes ci-dessus et sont réputés, aux fins des dispositions du paragraphe 5.04 de l'annexe XX, être dispensés sur place.

AVIS : *Utiliser le code d'activité **215169** – Garde en disponibilité – Support en ligne.*

3.06 Les avis de services sont envoyés à la Régie par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le chef du département de médecine préhospitalière de cet établissement ou le médecin qui le remplace.

4.00 BANQUE D'HEURES

4.01 Après consultation du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 2.00 ci-dessus. Cette banque d'heures apparaît en annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.

4.02 La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'établissement.

4.03 Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

4.04 L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

SECTIONS I, II ET III

1.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ^e jour d'avril 2015.

GAETAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

+ A - EP - SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

ANNEXE I**Section I : Banque d'heures allouées aux régions autres que Montréal et Laval**

Heures de coordination des services préhospitaliers d'urgence auxquelles s'ajoutent les heures allouées aux CH pour le contrôle de la qualité.

Numéro	Établissement	Banque d'heures
94400	CISSS du Bas-St-Laurent	2 202
94401	CIUSSS du Saguenay – Lac-St-Jean	2 288
94402	CIUSSS de la Capitale-Nationale	3 652
94403	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	3 116
94404	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	2 321
94410	CISSS de l'Outaouais	2 301
94411	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 844
94412	CISSS de la Côte-Nord	1 673
94109	CRSSS de la Baie-James	917
94413 / 94317	CISSS de la Gaspésie / CISSS des Îles	1 851
94414	CISSS de Chaudière-Appalaches	2 527
94416	CISSS de Lanaudière	2 628
94417	CISSS des Laurentides	2 892
94418	CISSS de la Montérégie-Centre	5 166
94179	RRSSS du Nunavik	917
94183	CCSSS de la Baie-James	917

+ *A - EP - SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE*

ANNEXE I (suite)

Section II : Banque d'heures allouées à la Corporation d'Urgences-santé

La banque d'heures allouée pour la rémunération des activités prévues à l'article 2.00 de la présente entente est de 20 000 heures par année. Elle comprend les heures faites sur place et, le cas échéant, les heures faites en disponibilité.

Section III : Banque d'heures allouées au département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

La banque d'heures allouée pour la rémunération des activités prévues à l'article 2.00 de la présente entente est de 20 000 heures par année. Elle comprend les heures faites sur place et, le cas échéant, les heures faites en disponibilité.

EP - PREM

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM)

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** Dans le cadre des dispositions qu'édictent l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, c. A-29) et l'article 377.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), la présente entente particulière a pour objet de déterminer conventionnellement certaines modalités permettant d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) des régions sociosanitaires, dont le respect des plans d'effectifs médicaux de chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ci-après RLS) ou, pour certaines régions, des sous-territoires (CLSC ou regroupements de CLSC) paraissant à l'annexe I de la présente entente, laquelle doit être révisée annuellement par les parties. Ci-après, le terme RLS couvre les RLS, et ce, qui en tient lieu.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'Entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.00 AVIS DE CONFORMITÉ

3.01 Sauf exception conformément aux paragraphes 3.09 et 4.01 de la présente entente, tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie peut présenter une demande visant à obtenir du département régional de médecine générale (DRMG) un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire de ce DRMG.

3.02 Compte tenu du nombre de postes fixé par le ministre en vertu de l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), et sous réserve des paragraphes 3.04 et 3.05, un médecin ne peut obtenir d'un DRMG un avis de conformité au PREM que si ce dernier n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre.

- + Aux fins de l'application de l'alinéa précédent, est considéré comme ayant une pratique dans une autre région au sens de l'article 377 de la LSSSS, celui qui a exercé dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec selon les conditions apparaissant à l'annexe II de la présente entente.
- + **3.03** De plus, et sous réserve des paragraphes 3.05 et 8.02, tout médecin, pour obtenir d'un DRMG un avis de conformité au PREM, doit s'engager auprès du DRMG à effectuer 55 % et plus de ses jours de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, dans les limites d'un réseau local de services (RLS) de la région de ce DRMG.

Pour les fins de la cible du 55 %, le médecin demeure imputable du suivi de sa facturation au cours de l'année d'application, et ce, afin de s'assurer qu'il en respecte l'atteinte.

3.04 Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région conformément au paragraphe 3.01 ci-dessus, dès lors qu'il vient d'un territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé au sens de l'annexe XII de l'Entente générale. Il doit avoir exercé dans un ou plusieurs de ces territoires pendant une période continue d'au moins trois ans et, de plus, s'engager à respecter les conditions du paragraphe 3.03 ci-dessus.

Aux fins de la présente entente, une pratique est dite continue si elle satisfait les critères énoncés à l'article 4 de l'annexe XII de l'Entente.

- + **3.05** Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région, sans restriction de RLS, dès lors que, d'une part, il détient depuis vingt ans et plus son permis de pratique du Collège des médecins du Québec et que, d'autre part, il s'engage à y effectuer, sur base annuelle, 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation dans cette région. Un tel médecin, dans sa nouvelle région, n'est pas lié par l'engagement prévu au paragraphe 3.03 de la présente entente.

+ **3.06** La répartition de la pratique du médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se fait selon les modalités suivantes :

a) Elle se calcule :

- sur la base des jours de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, et ce, par territoire de RLS. Une journée de facturation n'est comptabilisée que si la rémunération associée à cette journée est égale ou supérieure à 500 \$. Une demi-journée peut être comptabilisée si la rémunération associée à cette demi-journée est égale ou supérieure à 250 \$ et inférieure à 500 \$. Le cumul des honoraires d'une journée tient compte du tarif de base des services rendus. Le montant est réajusté en fonction des augmentations consenties lors du renouvellement de l'entente générale ayant un impact sur la rémunération journalière du médecin, soit en l'occurrence sur les services rendus au tarif de base réclamés par un médecin au cours d'une journée.
- sur une base annuelle ou, pour des parties d'année, selon la date de délivrance de l'avis de conformité. L'année d'application au sens de la présente entente est du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante.

b) La facturation réalisée dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'entente générale, à l'exclusion de la compensation pour le temps de déplacement associé, entre dans le calcul de la répartition des jours de facturation du médecin.

c) Sous réserve du traitement particulier prévu pour les activités dans le cadre du mécanisme du dépannage, n'entrent pas dans le calcul de la répartition des jours de facturation du médecin, la facturation réalisée auprès d'une instance à vocation nationale ainsi que celle réalisée dans le cadre d'une mission régionale reconnues par le ministre et énumérées à l'annexe III de la présente entente.

d) Pour être imputée au RLS qui lui a été désigné par le DRMG, la facturation des services dispensés en cabinet, à domicile ou en établissement, doit comporter le numéro du cabinet ou de l'établissement. Le numéro du cabinet est émis par Régie dans le cadre de l'*Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (par. 6.02 C) relativement à la pratique de groupe), dans le cadre d'un GMF, d'un GMF-R ou pour les fins spécifiques de la présente entente.

Dans le cas du médecin qui dispense des services uniquement à domicile des patients, le médecin doit facturer en indiquant le code postal du lieu où le service est rendu.

La facturation des services comportant un numéro de localité est imputée à l'extérieur du RLS désigné par le DRMG au médecin.

3.07 La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément à l'article 9.00 de la présente entente, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG concerné et au comité paritaire.

3.08 Un médecin peut demander par écrit au comité paritaire une suspension de son avis de conformité pendant une période maximale d'un an, et ce, pour l'une ou l'autre des raisons ci-après énumérées :

a) s'il désire exercer dans une autre région pour poursuivre des études de niveau universitaire à temps plein ou pour toute autre raison laissée à l'appréciation du comité paritaire.

+ Dans ce cas, la facturation du médecin ne devra pas, pour l'année ou la partie d'année en cause, dépasser 45 % du nombre total de jours de facturation au cours de l'année, ou partie équivalente d'année, précédant le début de l'année de suspension d'avis de conformité.

Dans le cas où la région visée est désignée en vertu de l'article 7.00 de la présente entente, le comité paritaire peut accorder au médecin une dérogation à l'application des modalités prévues à ce dernier article.

b) s'il cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie sous réserve du sous-paragraphe suivant :

Le médecin qui devient non-participant au régime d'assurance maladie du Québec voit son avis de conformité annulé à compter de la date de début de sa non-participation. S'il redevient participant au régime ultérieurement, il doit obtenir un nouvel avis de conformité, émis en fonction de ses années de pratique et signer l'engagement prévu à l'article 3.03.

Le comité paritaire, après avoir consulté le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient son avis de conformité, répond par écrit à ce dernier dans les soixante jours de la réception de la demande. Il envoie également copie de cette réponse au DRMG consulté.

Dans le cas où un médecin cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie pour une période plus longue qu'une année, le comité paritaire peut prolonger la suspension de l'avis de conformité si les activités du médecin, pendant cette période, sont considérées comme reliées à la dispensation ou à l'organisation des services médicaux.

3.09 Le médecin résident qui détient un permis d'exercice peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans avis de conformité au PREM d'une région ou d'une dérogation en tenant lieu. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des activités médicales particulières proposées par le DRMG de la région.

L'autorisation est accordée par le DRMG de la région où sont effectuées les activités médicales. La période pendant laquelle le médecin se prévaut de la présente disposition n'est pas retenue aux fins de l'application des dispositions des paragraphes 3.02 et 3.04 de la présente entente.

Dans le cas d'activités médicales effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage, l'autorisation est accordée par le comité paritaire responsable de l'Entente particulière relative au respect des PREM. Le comité paritaire en informe la Régie.

Aux fins de l'application de la présente disposition, l'autorisation est accordée par le DRMG ou par le comité paritaire, selon le cas, pour une période d'un an et est renouvelable tant que le statut de résident est maintenu. Le DRMG avise la Régie et le comité paritaire des autorisations qu'il a émises en vertu du présent paragraphe.

4.00 ACTIVITÉS EFFECTUÉES AUPRÈS D'UNE INSTANCE À VOCATION NATIONALE OU DANS LE CADRE DU MÉCANISME DU DÉPANNAGE

4.01 Un médecin dont les activités dans le cadre du régime d'assurance maladie s'effectuent exclusivement auprès d'une instance à vocation nationale reconnue par le ministre, ou exclusivement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente, doit s'adresser au comité paritaire pour obtenir une dérogation aux paragraphes 3.01 et 3.03 de la présente entente. Le comité paritaire étudie la demande selon les modalités convenues entre les parties. Le cas échéant, il autorise cette dérogation pour une période de deux ans. Celle-ci se renouvelle automatiquement à l'échéance à moins que le médecin n'ait eu aucune rémunération pendant douze mois consécutifs au cours de cette période. Cette dérogation tient lieu d'avis de conformité au PREM.

4.02 Le médecin qui détient un avis de conformité en vertu du paragraphe précédent respecte son avis de conformité tant qu'il maintient une pratique exclusive dans les activités visées au paragraphe précédent.

+ **4.03** Aux fins de l'application du paragraphe précédent, une pratique est considérée comme exclusive lorsqu'elle comprend 95 % et plus des jours de facturation du médecin au cours d'une année d'application.

4.04 Les dispositions de la présente entente applicables au médecin qui détient un avis de conformité s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, au médecin visé par le présent article.

5.00 PROCÉDURE D'OBTENTION D'UN AVIS DE CONFORMITÉ

+ **5.01** Avant de débiter sa pratique dans le territoire d'un DRMG ou de modifier la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique ayant pour effet d'invalider un avis de conformité antérieur, un médecin présente une demande d'avis de conformité au PREM en précisant, au moyen du formulaire élaboré par le comité paritaire et apparaissant en annexe IV de la présente entente, les informations suivantes :

- la date à laquelle il entend débiter sa pratique ou, le cas échéant, modifier la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique;
- s'il se prévaut, le cas échéant, des paragraphes 3.04 ou, selon le cas, 3.05 de la présente entente;
- s'il détient déjà un avis de conformité d'un DRMG d'une autre région sociosanitaire;
- le ou les RLS, par ordre de préférence, où il propose de dispenser des services;
- qu'il donne son consentement à ce que le comité paritaire soit informé de sa demande de candidature ainsi que, le cas échéant, de l'obtention de l'avis de conformité.

Une demande d'avis de conformité faite dans le cadre du PREM de l'année suivant l'année courante est assujettie aux conditions suivantes :

- elle ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courante;
- toute demande faite entre le 15 octobre et le 15 novembre est réputée avoir été reçue le 15 novembre.

5.02 Le DRMG apprécie le contenu de la demande d'avis de conformité du médecin et, dans les soixante jours de la réception de la demande, répond, par écrit, en remplissant le formulaire transmis par le médecin, et ce, aux fins suivantes :

- + • signifier au médecin l'acceptation de sa demande d'avis de conformité en lui spécifiant son RLS d'appartenance déterminé selon les dispositions du paragraphe 10.00 de la présente entente et en lui réitérant les exigences suivantes :
 - ce médecin devra déterminer la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Cette date doit être celle du début de sa pratique dans le territoire en cause ou, si tel est le cas, celle de la modification de la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique.
 - cette date ne peut excéder douze mois suivant la date de réception de sa demande d'obtention d'avis de conformité par le DRMG.
 - s'il y a lieu, l'application, à son endroit, des paragraphes 3.04, ou, selon le cas, 3.05.
- ou, dans le cas contraire, informer ce médecin du refus de sa demande d'avis de conformité.

Advenant le cas où à une date donnée, le DRMG reçoit un nombre de candidatures supérieur au nombre de places disponibles au PREM pour un territoire de RLS à cette date, le DRMG est responsable de procéder à la sélection des candidats et d'attribuer le ou les avis de conformité en fonction des priorités qu'il aura établies dans chacun des RLS de sa région. En ce cas, le DRMG dispose de quatre-vingt-dix jours pour signifier au médecin une réponse à sa demande. Le DRMG doit prévoir qu'un candidat non sélectionné peut postuler dans un autre territoire de RLS.

5.03 Un refus de délivrance d'un avis de conformité ne peut être fondé que sur l'atteinte du plan régional des effectifs médicaux.

5.04 Dans les trente jours suivant l'acceptation de la demande d'avis de conformité, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaut de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti ou s'il ne débute pas ses activités à la date effective de prise d'effet, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

5.05 Exceptionnellement et suivant appréciation des motifs que lui présente un médecin, un DRMG peut reporter, à l'intérieur d'une période additionnelle maximale de six mois, la date effective du début de pratique pour toute raison qu'il estime juste et équitable eu égard aux circonstances.

5.06 Un médecin ne peut obtenir qu'un seul avis de conformité à la fois. L'obtention d'un avis de conformité entraîne, à sa date effective de prise d'effet, la révocation automatique du dernier avis de conformité antérieurement délivré.

5.07 À moins d'avis écrit à l'effet contraire expédié par un médecin à un DRMG, un avis de conformité se renouvelle tous les deux ans à partir de sa date de prise d'effet, et ce, selon les termes apparaissant au dernier avis délivré.

5.08 À la demande du DRMG ou d'un médecin, le comité paritaire peut, dans les cas exceptionnels, statuer relativement à toute situation mettant en cause, la délivrance, le refus de délivrance, la modification ou la révocation d'un avis de conformité, de même qu'à toute situation mettant en cause l'installation d'un médecin dans une région ou dans un territoire de RLS de celle-ci.

6.00 RÉDUCTION DE LA RÉMUNÉRATION

6.01 La rémunération du médecin qui n'a pas obtenu un avis de conformité d'un DRMG ou qui ne respecte pas le pourcentage de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente est sujette à une réduction de 30 %. Cette réduction s'applique sur l'ensemble de la rémunération versée pour les services dispensés par ce médecin dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;

6.02 La réduction de la rémunération s'applique sur une base trimestrielle dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité et, sur une base annuelle, du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante, dans le cas du médecin qui détient un avis de conformité, mais n'en respecte pas les conditions;

6.03 Dans tous les cas, cette réduction s'applique sur la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel. Elle ne peut, toutefois, s'appliquer sur la rémunération qui, pour un trimestre, a été sujette à l'application de la réduction en vertu des dispositions de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières;

6.04 Sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article 8.00 de la présente entente, le médecin sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération parce qu'il ne détient pas d'avis de conformité, doit, s'il désire formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région pour le territoire de RLS où il exerce principalement ses activités, obtenir et respecter, pendant une période d'une durée de trois ans, un avis de conformité dûment délivré par le DRMG d'une autre région que celle où il a principalement exercé pendant l'année sujette à l'application de la réduction ou auprès du DRMG de la région où il exerce principalement, mais visant un territoire de RLS dans lequel il n'a pas exercé sans détenir d'avis de conformité;

6.05 Malgré le paragraphe 6.04 de la présente entente, un médecin qui ne détient pas d'avis de conformité à l'expiration d'une période de cinq ans pendant laquelle il est sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération peut formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région pour le territoire de RLS où il exerce principalement ses activités;

6.06 Le comité paritaire peut exempter de la réduction de la rémunération un médecin qui ne respecte pas le pourcentage de la facturation apparaissant au paragraphe 3.03 dans les conditions suivantes :

- + - si la proportion de jours de facturation dans le territoire de RLS de la région socio-sanitaire du DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM se situe entre 50 % et 55 % du total de ses jours de facturation dans l'année;
- s'il n'a pu respecter les conditions se rattachant à son avis de conformité en raison de sa participation, dans une autre région ou dans un autre territoire de RLS à des activités reconnues prioritaires par le ministre;

6.07 Le comité paritaire peut, en outre, pour cause, selon des modalités qu'il fixe, exempter un médecin de la réduction de rémunération ou de l'application totale ou partielle des périodes mentionnées aux paragraphes 6.04 et 6.05, et ce, pour des raisons non prévues à la présente entente. Le comité paritaire, préalablement à toute décision, consulte le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient un avis de conformité ou, si le médecin ne détient pas d'avis de conformité, de la région où il a effectué le plus grand nombre de ses journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie.

7.00 RÈGLES S'APPLIQUANT AUX RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

- + **7.01** Aux fins de l'application du présent article, des régions peuvent être désignées régions à pratique partielle restreinte par accord des parties sur recommandation du comité paritaire. Sous réserve des dispositions des articles 3.09 et 8.00 de la présente entente ou à moins que le médecin détiennne depuis vingt ans et plus son permis d'exercice du Collège des médecins du Québec, le médecin qui ne détient pas d'avis de conformité de l'une de ces régions ne peut y exercer, même partiellement, et ce, malgré qu'il respecte l'avis de conformité qu'il détient du DRMG d'une autre région. Les régions à pratique partielle restreinte sont inscrites à l'annexe V de la présente entente.
- + Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, considérer qu'un médecin respecte les dispositions du précédent alinéa si sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte ne dépasse pas 5 % du total de ses jours de facturation dans l'année d'application.

7.02 Le médecin qui ne détient pas un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte, et qui y exerce au cours d'une année, est sujet à une réduction de 30 % sur l'ensemble de sa rémunération provenant des services qu'il a dispensés dans la région à pratique partielle restreinte.

7.03 Le comité paritaire, avec l'accord du DRMG de la région à pratique partielle restreinte, peut exclure un sous-territoire de cette région, ou des services spécifiques qui y sont dispensés, de l'application des dispositions du paragraphe précédent. L'exclusion peut viser à la fois un sous-territoire et des services spécifiques et elle peut comprendre toute autre condition pertinente. Le comité paritaire en informe le DRMG de la région concernée.

7.04 Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe précédent que s'il obtient l'autorisation du comité paritaire. Les procédures sont les suivantes :

- le médecin adresse sa demande au DRMG de la région à pratique partielle restreinte;
- dans le cas où la demande du médecin répond aux conditions accompagnant l'exclusion accordée dans le cadre des dispositions du paragraphe 7.03, le DRMG transmet, pour autorisation, la demande du médecin au comité paritaire;
- le comité paritaire doit, dans les trente jours suivant la réception de la demande du médecin, aviser le médecin de sa décision;
- lorsque l'autorisation est accordée, le comité paritaire transmet le nom du médecin à la Régie;
- le suivi de la pratique du médecin dans la région à pratique partielle restreinte est assuré par le comité paritaire. La Régie transmet le 1^{er} août de chaque année les données sur la rémunération du médecin pour l'année allant du 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année précédente;

- dans le cas où le médecin n'a pas respecté les conditions rattachées à l'exclusion accordée en vertu du paragraphe 7.03 de la présente entente, le comité paritaire demande à la Régie d'appliquer les modalités prévues au paragraphe 7.02.

- + **7.05** Un médecin détenant un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui modifie la répartition de sa pratique et obtient un avis de conformité d'une autre région, peut continuer d'exercer dans le RLS de la région à pratique partielle restreinte de laquelle il détenait l'avis de conformité antérieur pour 45 % ou moins du total de ses jours de facturation et cela conformément aux dispositions de l'article 3.00 de la présente entente.

8.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.01 Tout médecin qui exerce sans détenir d'avis de conformité, ou de dérogation en tenant lieu, le 30 juin 2016, qui débute sa pratique à partir du 1^{er} juillet 2016 ou qui détient un avis de conformité au 30 juin 2016, mais obtient, subseqüemment au 30 juin 2016, un avis de conformité d'une autre région, est assujéti aux dispositions prévues à la présente entente particulière.

8.02 Le médecin qui détient un avis de conformité d'un DRMG, ou une dérogation en tenant lieu, et qui a débuté sa pratique avant le 1^{er} juillet 2016 est assujéti aux dispositions prévues à la présente entente particulière avec les adaptations suivantes :

- + i) L'avis de conformité qu'il détient vise l'ensemble du territoire du DRMG et non un territoire de RLS. Pour respecter son avis de conformité, il doit réaliser, dans sa région, 55 % de ses journées de facturation. Une journée de facturation n'est comptabilisée que si la rémunération associée à cette journée est égale ou supérieure à 500 \$. Une demi-journée peut être comptabilisée si la rémunération associée à cette demi-journée est égale ou supérieure à 250 \$ et inférieure à 500 \$. Le cumul des honoraires d'une journée tient compte du tarif de base des services rendus.
- ii) Les activités au sein d'une entité à vocation nationale et auprès du mécanisme du dépannage sont exclues du calcul de la proportion de ses jours d'activités;
- iii) Lorsqu'il fait une demande pour un avis de conformité auprès d'une nouvelle région, l'évaluation de la disponibilité de places au PREM par le DRMG se fait sur la base de l'ensemble des places disponibles dans la région. Le DRMG ajuste par la suite le nombre de places résiduelles par territoire de RLS en fonction d'abord du territoire où le médecin compte exercer et par la suite, le cas échéant, en fonction des priorités fixées par le DRMG;
- iv) La réduction de rémunération s'applique sur les activités en cabinet et à domicile seulement;
- v) La réduction applicable en raison de la pratique dans une région à pratique partielle restreinte sans détenir d'avis de conformité de la région en cause s'applique sur le revenu en cabinet et à domicile seulement, et ce, de sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte seulement.

9.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE

- + **9.01** La Régie transmet, au 1^{er} novembre de chaque année d'application, au DRMG et au comité paritaire, le nom des médecins qui n'ont pas respecté, au cours du premier trimestre de l'année d'application en cours, le pourcentage de jours de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente. Elle leur transmet également l'information concernant les médecins qui sont visés par les articles 4.00 et 7.00.

9.02 Relativement à l'application de la réduction prévue aux articles 6.00 et 7.00 de la présente entente, la Régie doit :

- transmettre, au 1^{er} septembre suivant la fin de l'année d'application, à chaque médecin qui n'a pas respecté son avis de conformité ou, le cas échéant, les dispositions relatives aux régions à pratique partielle restreinte apparaissant à l'article 7.00 de la présente entente, un avis de réduction selon les modalités prévues aux articles 6.00 ou 7.00 de la présente entente. Cet avis est également transmis au DRMG de la région duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire;

- dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité, lui rappeler par écrit, au plus tard trente jours suivant la fin d'un trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, qu'il ne détient pas d'avis de conformité et l'aviser de l'application de la réduction selon les modalités apparaissant à l'article 6.00 de la présente entente. Cet avis est également transmis au DRMG de la région auprès duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire.

- + **9.03** La Régie transmet au 1^{er} septembre de chaque année au comité paritaire les données sur la répartition interrégionale et intrarégionale de la facturation de chaque médecin, dans ce dernier cas par territoire de RLS, pour l'année d'application se terminant le 28 ou le 29 février de l'année en cours. La Régie transmet à la même date, à chaque DRMG, les données sur la répartition interrégionale et intrarégionale des jours de facturation des médecins, par territoire de RLS, exerçant dans la région.
- + **9.04** La Régie transmet sur demande au comité paritaire, toute information requise pour l'application du paragraphe 3.09 de la présente entente.

10.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

- + **10.01** Le DRMG doit établir la liste des RLS prioritaires de son territoire en fonction des effectifs médicaux déjà en place et du recrutement à venir, et ce, en précisant la nature des services de première ligne, cabinet, domicile, CLSC et UMF ou services en établissement, dans ce dernier cas avec le concours du DSP concerné, selon les secteurs d'activités le plus en besoin.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire assume les fonctions qui lui sont confiées dans le cadre de la présente entente et conformément à l'article 32.00 de l'entente générale.

12.00 ÉVALUATION

12.01 Les parties conviennent de procéder, au cours du mois de septembre 2016 ou en tout temps pertinent, à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par l'Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne relativement à la répartition interrégionale et intrarégionale des effectifs médicaux et au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

12.02 Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

13.00 MISE EN VIGUEUR

13.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 21 décembre 2015. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de février 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

A - EP - PREM

ANNEXE I

+ **RÉGIONS, RLS ET SOUS-TERRITOIRES AUTRES QUE RLS (Par. 1.01 ci-dessus)**

AVIS : *La liste des régions, RLS et sous-territoires autres que RLS dans l'annexe I de la présente entente particulière est disponible sur notre site Web au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.*

ANNEXE II

+

CALCUL D'UNE ANNÉE DE PRATIQUE

Pour être considéré aux fins de l'application du paragraphe 3.02 de la présente entente comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le médecin doit répondre à une des situations suivantes :

1. Il doit avoir complété, dans le cadre du régime public d'assurance maladie du Québec, au moins deux cents jours de facturation et avoir réalisé, pour chacune de ces journées, une facturation d'au moins 500 \$ en respectant les conditions suivantes :
 - seule la pratique postérieure à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec est considérée;
 - le médecin visé doit détenir un avis de conformité au PREM d'une région ou une dérogation qui en tient lieu.
2. Peuvent également être considérés comme médecins ayant pratiqué dans d'autres régions :
 - le médecin militaire s'il a servi à ce titre au sein des Forces armées canadiennes pendant au moins un an;
 - le médecin en provenance de l'extérieur du Québec et qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1^{er} janvier 2004.

La Régie, sur demande du DRMG, transmet au DRMG et aux médecins concernés les données pertinentes à l'application de la présente annexe.

ANNEXE III

**+ INSTANCES À VOCATION NATIONALE ET MISSIONS RÉGIONALES
RECONNUES PAR LE MINISTRE**

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)
- DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)
- ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC (ÉVAQ)

ANNEXE IV

+

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS DE CONFORMITÉ

AVIS : *Le formulaire Avis de conformité – Médecins omnipraticiens (4181) est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels sous Formulaires dans votre profession.*

ANNEXE V

+

RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

Région de la Capitale-Nationale à l'exception des sous-territoires de Portneuf et de Charlevoix