

## Introduction du mode de rémunération mixte dans un programme et certains secteurs, modalités spécifiques au programme de santé mentale en CLSC et nouvelles lettres d'entente

### Amendement n° 162

La Régie vous présente les principales modifications à l'Entente, introduites dans le cadre de l'*Amendement n° 162* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Cet amendement entre en vigueur le **1<sup>er</sup> octobre 2017** et instaure le mode de rémunération mixte et, s'il y a lieu, une nouvelle nomenclature spécifique pour les services rendus aux patients dans le programme et certains secteurs de pratique suivants :

- Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs;
- Soins physiques en psychiatrie – Services rendus en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP;
- Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS;
- Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.

Dans les CHSGS adhérents à l'EP 29 – Malade admis lorsqu'une unité est exclue de ces dispositions, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire, des honoraires fixes ou du mixte dans un tel secteur peut rencontrer des problèmes d'application et de rémunération. Des instructions de facturation temporaires sont précisées à la section 1.5 de l'infolettre.

Cet amendement introduit également des modalités de rémunération spécifiques applicables dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC visé à l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.

De plus, les parties négociantes ont convenu de la *Lettre d'entente n° 310* relative aux modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode mixte dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement dont la fonction principale est la réadaptation.

Finalement, les lettres d'entente n°s 311, 312, 313, 314 et 315 concernant les versements forfaitaires découlant de l'introduction du mode mixte dans les différents secteurs et la Lettre d'entente n° 316 faisant état des ajustements rétroactifs aux suppléments de la Lettre d'entente n° 275 sont introduites.

## Sommaire

1	Généralités.....	2
2	Introduction du mode de rémunération mixte dans un programme et certains secteurs de pratique, et nouvelles nomenclatures spécifiques .....	3
3	Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs .....	4
4	Soins physiques en psychiatrie – Services rendus en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques .....	10
5	Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.....	13
6	Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.....	16
7	Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes détenant une nomination dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC .....	18
8	Lettre d'entente n° 310 – Modalités supplémentaires de rémunération dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement dont la fonction principale est la réadaptation .....	24
9	Lettres d'entente n°s 311, 312, 313, 314, 315 et 316.....	26

#### Courriel, site Web et fils RSS

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

#### Téléphone

Québec 418 643-8210  
Montréal 514 873-3480  
Ailleurs 1 800 463-4776

#### Heures d'ouverture

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

---

# 1 Généralités

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLETS *ENTENTE ET ENTENTES PARTICULIÈRES*

---

## 1.1 Rubrique concernant la rémunération selon le mode mixte

La rubrique [Rémunération selon le mode mixte](#), accessible sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site Web de la Régie, vous fournit de l'information concernant l'annexe XXIII de votre entente :

- dispositions générales incluant les ententes particulières exclues de la rémunération selon le mode mixte;
- champ d'application;
- secteur d'activité et secteur de pratique;
- modes mixte et combiné (honoraires fixes et mixte);
- instructions de facturation;
- garde en disponibilité.

## 1.2 Rémunération pour les services de garde sur place en psychiatrie et en réadaptation

Sans égard au mode habituel de rémunération du médecin (acte, tarif horaire, honoraires fixes, mode mixte), les services de garde sur place dans les milieux au sein desquels un médecin est tenu d'assurer une garde sur place du lundi au vendredi, sauf les jours fériés, sont rémunérés de façon exclusive à tarif horaire ou à honoraires fixes à compter de **16 h** plutôt qu'à compter de 18 h. Ces heures de garde sont retenues pour le versement des primes de responsabilité applicables dans ces secteurs.

Le paragraphe 1.06 de l'[annexe XXII](#) et le paragraphe 2.16 de l'[annexe XXIII](#) sont modifiés en conséquence.

## 1.3 Autres modifications à l'annexe XXIII

Le programme jeunesse et le programme de santé mentale pour les adultes et la clientèle jeunesse sont retirés du paragraphe 3.02 *a)* de l'annexe XXIII. Le programme jeunesse était déjà intégré à la section B-1 de l'annexe I de l'annexe XXIII. De nouvelles dispositions spécifiques au programme de santé mentale pour les adultes et la clientèle jeunesse sont prévues à compter du **1<sup>er</sup> octobre 2017** à l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC par l'*Amendement n° 162*.

Au paragraphe 3.02 *b)* de l'annexe XXIII, la clinique d'oncologie ou des maladies du sein exploitée par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est ajoutée aux secteurs admissibles au mode de rémunération mixte.

## 1.4 EP 49 – Programme spécifique (CHSGS)

Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu de l'[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](#) (49) (paragr. 4.01 et 5.01) peut opter pour le mode mixte pour l'ensemble des activités qu'il exerce dans le cadre du programme spécifique d'un CHSGS, lorsque ce mode de rémunération est institué dans le programme.

## 1.5 EP 29 – Malade admis – Certains CHSGS

Lors de leur adhésion à l'*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* (29) certains établissements pour leurs installations adhérentes, ont exclu de son application certaines unités ou activités, tels l'oncologie, les soins palliatifs ou la gériatrie. Le plus souvent, cette exclusion a été demandée du fait que les médecins dans ce secteur ne participaient pas à la tournée des malades et étaient rémunérés sous un autre mode, tel le tarif horaire ou les honoraires fixes. Or il arrive que les médecins de ces unités participent à la tournée et, durant une telle période, soient appelés à traiter des patients des unités exclues au sein desquelles ils sont rémunérés selon un autre mode.

Les parties négociantes ont informé la Régie qu'elles apporteront les modifications requises pour faire en sorte que le jour où un médecin est rémunéré selon l'EP 29 – Malade admis (forfait quotidien), ses activités au sein d'unités exclues seront rémunérées selon le mode de l'acte au pourcentage prévu à cette entente particulière, en fonction des services décrits au préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* et du niveau de rémunération applicable dans l'unité en cause, et ce, sans égard à leur détention d'un avis de nomination prévoyant leur rémunération à tarif horaire, aux honoraires fixes ou au mode mixte dans l'unité en question. Dans le cas du médecin qui se prévaut du demi-forfait, ce traitement s'appliquera entre 8 h et 13 h.

Dans les deux situations décrites, d'ici à ce que des modalités spécifiques de facturation soient développées, la **Régie vous demande de retenir votre facturation pour les services rendus dans une unité exclue au sein de laquelle vous êtes rémunéré à tarif horaire, aux honoraires fixes ou au mode mixte**. Vous n'avez pas à retenir votre facturation du forfait quotidien ou des services rendus dans des unités qui ne sont pas exclues.

---

## 2 Introduction du mode de rémunération mixte dans un programme et certains secteurs de pratique, et nouvelles nomenclatures spécifiques

---

L'*Amendement n° 162* introduit, à l'annexe I de l'annexe XXIII, les modalités spécifiques au mode de rémunération mixte et, s'il y a lieu, une nouvelle nomenclature spécifique relative aux services rendus aux patients dans le programme et les secteurs suivants :

- Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs (section B-3);
- Soins physiques en psychiatrie – Services rendus en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP (incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques) (section C-3);
- Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement d'une clinique externe désignée d'un CHSGS (section C-5);
- Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement d'une clinique externe désignée d'un CHSGS (section C-6).

L'adhésion du médecin au mode mixte se fait **de façon distincte pour chacun des secteurs de pratique** dans chaque installation ou établissement désigné où il exerce.

Les services médicaux communs sont précisés aux sections B et C, tandis que les sections B-3, C-3, C-5 et C-6 présentent les suppléments d'honoraires applicables et les modalités spécifiques pour les nouveaux secteurs de pratique désignés. Les services, forfaits et suppléments définis à l'annexe II de l'annexe XXIII sont payables à 100 % du tarif régulier.

Quel que soit son mode de rémunération, au moment de sa nomination ou à tout moment sans attendre son renouvellement de nomination, le médecin peut se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération dans les installations et les établissements désignés.

Vous pouvez consulter les listes des installations et établissements désignés pour chaque nouveau secteur de pratique sous la rubrique *Annexes mises à jour en continu* de l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

### Avis de service requis – Mode de rémunération mixte

Pour adhérer au mode mixte, le médecin doit demander à l'établissement ou aux établissements désignés où il exerce de transmettre un avis de service à la Régie, et ce, **pour chaque secteur de pratique** admissible, installation, centre, programme, unité, service ou département, ou leur regroupement, pour lesquels il choisit ce mode de rémunération, et ce, le plus rapidement possible.

La page [Rémunération mixte et mode combiné : rémunération mixte et à honoraires fixes](#) de la rubrique [Rémunération selon le mode mixte](#), accessible sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site Web de la Régie, vous fournit de l'information concernant les avis de service requis.

Avant de transmettre sa facturation et afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre la lettre de confirmation de la Régie l'informant de la mise à jour de son dossier le rendant admissible à la rémunération selon le mode mixte.

---

## 3 Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

---

La [section B-3](#) est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les dispositions et la nouvelle nomenclature spécifiques au mode mixte pour les services rendus aux patients visés par le programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs.

Vous trouverez au [tableau 1 – Section B-3 de l'annexe I à l'annexe XXIII](#), disponible sur le site Web de la Régie uniquement à partir de la présente infolettre, un résumé des codes de facturation, des tarifs ainsi que de la nouvelle nomenclature.

Les instructions de facturation sont présentées sous le paragraphe 3.02 a) de l'annexe XXIII et à la section B-3 de son annexe I.

Cette modification a pour effet de mettre fin à l'application de la *Lettre d'entente n° 275* concernant les modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode mixte à instaurer au sein du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et du programme de santé mentale d'un CLSC le **30 septembre 2017**. Les nominations des médecins qui s'étaient prévalu des modalités de rémunération pour ce programme dans le cadre de cette lettre d'entente seront fermées à cette même date.

### 3.1 Garde en disponibilité

Pendant une garde en disponibilité, lorsque le médecin se déplace auprès d'un patient du programme de soutien à domicile d'un CLSC, il doit facturer les visites selon le paragraphe 2.2.6 A du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

## 3.2 Forfait horaire

Le forfait horaire permet de rémunérer l'ensemble des services médicaux rendus dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC exploité par un CISSS ou un CIUSSS. Les codes de facturation **42118** et **42119** sont créés et les tarifs sont de 57,12 \$ pour la première heure et de 14,28 \$ par période additionnelle complète de 15 minutes.

Les services médicaux s'adressent à deux catégories de patients : le patient ayant des besoins ponctuels ou temporaires, nommé *patient non complexe*, et celui en perte sévère d'autonomie ou en phase de soins palliatifs, nommé *patient complexe*.

Le **patient non complexe** a des besoins ponctuels ou temporaires à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une hospitalisation et des difficultés sévères à se déplacer. Son état est instable.

Le **patient complexe** en perte sévère d'autonomie ou en phase de soins palliatifs nécessite des soins médicaux actifs et un suivi. Il est incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants pour une telle situation, ou sans s'exposer à un risque élevé pour son intégrité physique ou mentale, ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne.

## 3.3 Supplément d'honoraires et nouvelle nomenclature spécifiques au mode mixte

En plus du forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base pour les services médicaux rendus, les services payés sur une base de temps et les services médico-administratifs effectués énumérés au tableau des suppléments d'honoraires de la [section B-3](#).

Une nouvelle nomenclature spécifique au mode mixte est créée pour le patient non complexe ayant des besoins ponctuels ou temporaires et pour le patient complexe en perte sévère d'autonomie ou en phase de soins palliatifs nécessitant des soins médicaux actifs et un suivi.

### 3.3.1 Patient non complexe

#### Visite de suivi exigeant un examen

Lors de la visite de suivi exigeant un examen, le médecin prodigue des services courants au patient à la suite d'un examen physique pour évaluer un problème médical, instaurer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

Cette visite inclut, au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le code de facturation **15900** est créé et le tarif pour cette visite est de 45,40 \$.

Au cours du même déplacement, le médecin peut prodiguer des services à d'autres patients non complexes demeurant à la même adresse. Le code de facturation **15901** est créé et le tarif pour ces services est de 35,35 \$.

## **Appel téléphonique reçu provenant du personnel du programme de soutien à domicile**

L'acte médical de réponse téléphonique est rémunéré lorsque l'appel que le médecin reçoit du personnel clinique exige une attention immédiate à l'endroit d'un patient non complexe suivi à domicile. Ce service peut être facturé entre 8 heures et minuit, tous les jours de la semaine. Le médecin peut être présent dans l'établissement lors de l'appel téléphonique.

Cet acte ne peut être facturé durant une période où le médecin est rémunéré pour assurer la garde en disponibilité des patients du programme de soutien à domicile de l'établissement.

Le code de facturation **15902** est créé et le tarif pour l'appel téléphonique est de 15,85 \$.

## **Supplément pour le temps de déplacement**

Lorsque, dans le cadre du programme de soutien à domicile, le médecin doit se déplacer à partir d'un établissement ou d'une installation pour se rendre au domicile d'un patient afin de lui prodiguer des services médicaux, ou d'un tel domicile à un autre, un supplément pour le temps de déplacement lui est accordé, par période de cinq minutes consécutives, dans chaque direction.

Le code de facturation **15903** est créé et le tarif par période de cinq minutes consécutives de déplacement est de 7,95 \$.

Le médecin peut également se prévaloir, au-delà de 10 kilomètres, de l'indemnité de kilométrage décrite au paragraphe 2.4.2 du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

### **3.3.2 Patient complexe**

#### **Évaluation médicale globale**

L'évaluation médicale globale est effectuée lors de la prise en charge à domicile d'un patient complexe. Cet acte comprend l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'examen complet, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale et les examens complémentaires jugés utiles. L'évaluation peut être échelonnée sur plusieurs visites et peut exiger d'échanger avec les proches du patient et des professionnels du milieu.

Lorsqu'il a terminé la rédaction des notes au dossier, le médecin facture le tarif de l'évaluation. Ce tarif ne comprend pas les visites de suivi, les échanges ou les autres services rendus pour effectuer l'évaluation, lesquels sont rémunérés séparément selon la date à laquelle ils sont rendus.

Le code de facturation **15904** est créé et le tarif pour cette évaluation est de 156,35 \$.

Annuellement ou lorsque requis selon l'évolution du patient, le médecin effectue une nouvelle évaluation médicale globale.

#### **Visite de suivi exigeant un examen**

Lors d'une visite exigeant un examen, le médecin rend des services courants à la suite d'un examen physique pour évaluer un problème médical, instaurer un traitement, évaluer un traitement en cours, ou pour suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

Cette visite inclut, au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le code de facturation **15905** est créé et le tarif pour cette visite est de 135,15 \$.

Le médecin peut également prodiguer des services à d'autres patients complexes demeurant à la même adresse. Le code de facturation **15907** est créé et le tarif pour ces services est de 106 \$.

Lorsqu'une visite de suivi exigeant un examen est requise **en urgence**, le médecin peut utiliser le code de facturation **15906** et le tarif pour cette visite en urgence est de 153,20 \$.

Lors du même déplacement, le médecin peut également facturer la visite de suivi exigeant un examen à un patient **non complexe** (code de facturation **15900**) et à d'autres patients non complexes demeurant à la même adresse (code de facturation **15901**).

### **Visite d'évaluation d'un patient complexe en vue de donner une opinion**

Le médecin qui assure le suivi à domicile d'un patient complexe peut demander l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Le médecin qui effectue la visite d'évaluation d'un patient complexe en vue de donner une opinion produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il instaure.

Le code de facturation **15908** est créé et le tarif pour cette visite est de 136,15 \$.

### **Échanges interdisciplinaires ou avec les proches d'un patient complexe**

L'acte médical d'échanges interdisciplinaires avec le personnel clinique ou un proche du patient comprend :

- l'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire impliquant la mise en commun de l'évaluation respective de chacun des professionnels concernés. Le cas échéant, un plan d'intervention interdisciplinaire adapté à l'état et à la condition du patient est arrêté. La participation du médecin à la présentation du plan d'intervention interdisciplinaire au patient et à ses proches est aussi comprise dans ce service;
- la détermination du niveau d'intervention médicale ou sa révision, afin de préciser l'intensité des soins requis pour un patient. L'acte médical comporte des échanges avec le patient, son représentant légal ou ses proches, sur la nature de l'investigation et du traitement à envisager selon l'évolution de l'état du patient.

Pour pouvoir être rémunérés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches d'un patient concernant la condition ou l'état de ce patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte d'une visite auprès d'un patient.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de 15 minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas 60 minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Dans le cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, dans la mesure où le médecin est présent dans l'installation ou au domicile du patient et sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le code de facturation **15909** est créé et le tarif pour cette visite est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

### **Réponse téléphonique à une demande du personnel du programme de soutien à domicile**

L'acte médical de réponse téléphonique est rémunéré lorsque le médecin reçoit un appel du personnel clinique qui exige une attention immédiate à l'endroit d'un patient complexe suivi à domicile. Ce service peut être facturé au cours de la période où le médecin se prévaut des modalités relatives au mode mixte applicables dans ce secteur de pratique soit, du lundi au dimanche, incluant les jours fériés, de 8 h à minuit. Le médecin peut être présent dans l'établissement lors de l'appel téléphonique.

Cet acte ne peut être facturé lorsque le médecin est rémunéré pour assurer la garde en disponibilité des patients du programme de soutien à domicile de l'établissement.

Le code de facturation **15910** est créé et le tarif pour ce service est de 23,80 \$.

### **Supplément pour le temps de déplacement**

Lorsque, dans le cadre du programme de soutien à domicile, le médecin doit se déplacer à partir d'un établissement ou d'une installation afin de se rendre au domicile d'un patient pour lui prodiguer des services médicaux, ou d'un tel domicile à un autre, un supplément pour le temps de déplacement lui est accordé, par période de cinq minutes consécutives, dans chaque direction.

Le code de facturation **15911** est créé et le tarif par période de cinq minutes consécutives de déplacement est de 7,95 \$.

Le médecin peut également se prévaloir, au-delà de 10 kilomètres, de l'indemnité de kilométrage décrite au paragraphe 2.4.2 du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

### **3.3.3 Majorations en horaires défavorables**

Les majorations en horaires défavorables applicables sur les suppléments d'honoraires sont les suivantes :

- Majoration de 18,18 % : de 18 h à 22 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- Majoration de 32,16 % : de 18 h à 22 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié;
- Majoration de 32,16 % : de 8 h à 24 h, les samedi, dimanche et jours fériés.

Les activités médico-administratives ne peuvent être majorées en horaires défavorables.

Les majorations prévues à l'annexe XX de l'entente générale pour les services rendus en horaires défavorables ne s'appliquent pas sur le forfait horaire. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base inscrits à l'annexe II de l'annexe XXIII sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX de l'entente générale.



Pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes combiné au mode mixte, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures facturées à honoraires fixes et sur les suppléments d'honoraires facturés à l'acte selon les dispositions du paragraphe 2.14 de l'annexe XXIII.

### 3.3.4 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du [préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#).

### 3.3.5 Activités médico-administratives

Les codes de facturation **42120** (paragr. 2.01 *b*) i)) et **42121** (paragr. 2.01 *b*) ii)) sont créés et correspondent aux activités médico-administratives effectuées par période complète de 15 minutes en lien avec les services médicaux rendus dans le cadre du programme de soutien à domicile.

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

Le tarif pour les activités médico-administratives est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

### 3.3.6 Instructions de facturation

Pour facturer le forfait et les services rendus, le médecin doit :

- utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation;
- inscrire l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** et l'heure de début.

La nomenclature et le tarif des suppléments d'honoraires sont précisés à la [section B-3](#) de l'annexe I à l'annexe XXIII.

Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes combiné au mode mixte doit utiliser le code d'activité **002XXX**.

### 3.3.7 Médecin responsable, coresponsable ou celui qui l'assiste

Le médecin responsable ou coresponsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement est rémunéré selon les dispositions de l'*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)* (33). Le médecin qui exerce dans un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues aux paragraphes 7.02 et 7.03 de l'EP 33 – GMF.

Le médecin responsable d'une clinique réseau en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste, sont rémunérés selon les dispositions de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau* (39).

Le médecin responsable d'un GMF désigné réseau (GMF-R) en établissement est rémunéré selon les dispositions prévues au paragraphe 5.00 de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau* (54).

Le temps durant lequel un médecin est rémunéré pour les services décrits plus haut ne peut être comptabilisé pour facturer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

### 3.3.8 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (RLRQ, chapitre A-3.001) et la Loi sur les accidents du travail (RLRQ, chapitre A-3) sont rémunérés à l'acte à 100 % du tarif de base. Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits par ces lois pour facturer le forfait horaire, comme stipulé au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

---

## 4 Soins physiques en psychiatrie – Services rendus en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

---

La [section C-3](#) est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les modalités spécifiques pour le secteur *Soins physiques en psychiatrie – Services rendus en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP (incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques)*.

Vous trouverez au [tableau 2 – Section C-3 de l'annexe I à l'annexe XXIII](#), disponible sur le site Web de la Régie uniquement à partir de la présente infolettre, un résumé des codes de facturation, des tarifs ainsi que de la nouvelle nomenclature.

Les instructions de facturation sont présentées sous le paragraphe 3.01 a) 2) de l'annexe XXIII et à la section C-3 de son annexe I.

La [liste des établissements et installations désignées pour les soins physiques en psychiatrie](#) est disponible sous la rubrique *Annexes mises à jour en continu* de l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

### 4.1 Forfait horaire

Le forfait horaire permet de rémunérer l'ensemble des services médicaux rendus en établissement dans le cadre des soins physiques en psychiatrie dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques.

Les codes de facturation **42122** et **42123** sont créés et les tarifs sont de 57,12 \$ pour la première heure et de 14,28 \$ par période additionnelle complète de 15 minutes.

## 4.2 Supplément d'honoraires

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base pour les services médicaux rendus, les services payés sur une base de temps et les services médico-administratifs effectués énumérés au tableau des suppléments d'honoraires de la [section C-3](#).

### 4.2.1 Majorations en horaires défavorables

Les majorations applicables en horaires défavorables sur les suppléments d'honoraires sont les suivantes :

- Majoration de 22,32 % : de 20 h à 24 h du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- Majoration de 39,49 % : de 20 h à 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié;
- Majoration de 39,49 % : de 8 h à 24 h, les samedi, dimanche et jours fériés.

Les activités médico-administratives ne peuvent être majorées en horaires défavorables.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures facturées à honoraires fixes et sur les suppléments d'honoraires facturés à l'acte selon les dispositions du paragraphe 2.14 de l'annexe XXIII. Toutefois, le médecin rémunéré selon le régime B des honoraires fixes ne peut pas se prévaloir des modalités du mode mixte à moins de mettre fin à son adhésion au régime B.

Les majorations prévues à l'annexe XX de l'entente générale pour les services rendus en horaires défavorables ne s'appliquent pas sur le forfait horaire. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base inscrits à l'annexe II de l'annexe XXIII sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX de l'entente générale.

### 4.2.2 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du [préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#).

### 4.2.3 Activités médico-administratives

Les codes de facturation **42124** (paragr. 2.01 *b*) i) et **42125** (paragr. 2.01 *b*) ii) sont créés et correspondent aux activités médico-administratives effectuées par période complète de 15 minutes en lien avec les services médicaux rendus dans le cadre des soins physiques en psychiatrie en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques.

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

Le tarif pour les activités médico-administratives est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

#### 4.2.4 Garde pour les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique d'une installation désignée

Le mode mixte ne vise habituellement pas les services rendus à des patients non admis séjournant à l'urgence. Toutefois, les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique par un médecin rémunéré selon le mode mixte qui assume la garde sur place pour les soins physiques en psychiatrie sont rémunérés au mode mixte dans les installations suivantes :

- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal);
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal);
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal).

Par ailleurs, en plus des services médicaux communs énumérés à la section C de l'annexe XXIII, seuls les services suivants peuvent y être facturés par ce médecin :

- l'intervention clinique (codes de facturation **08858** et **08860**);
- la première visite de suivi (code de facturation **15648**);
- la visite de suivi subséquente (code de facturation **15649**);
- la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner son opinion (code de facturation **15651**);
- les échanges interdisciplinaires ou avec les proches (code de facturation **15652**).

Pour la facturation de la garde pour les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique, veuillez utiliser le secteur d'activité **Secteur psychiatrie** et les éléments de contexte **Garde pour les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique (selon l'article 6 de l'annexe XXIII – section C-3) et Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie**.

Sans égard au mode habituel de rémunération du médecin (acte, tarif horaire, honoraires fixes, mode mixte), une modalité spécifique s'applique durant la garde sur place obligatoire les samedi, dimanche et jours fériés ainsi que de 16 h à 8 h, du lundi au vendredi sauf un jour férié. Elle est prévue au paragraphe 2.16 de l'annexe XXIII. Le médecin est alors rémunéré de façon exclusive à honoraires fixes ou à tarif horaire dans les trois installations mentionnées précédemment. Ces heures sont retenues pour le versement des primes applicables à ce secteur. Par ailleurs, durant ces périodes, il ne peut se prévaloir des dispositions du mode mixte de la section C-3 de l'annexe I de l'annexe XXIII.

#### 4.2.5 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

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 sont rémunérés à l'acte à 100 % du tarif de base. Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits par ces lois pour facturer le forfait horaire, comme stipulé au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

### 4.3 Instructions de facturation

Pour facturer le forfait et les services rendus **ailleurs qu'à l'urgence**, le médecin doit :

- utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation;
- inscrire l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie** et l'heure de début et le secteur d'activité **Secteur psychiatrie**.

La nomenclature et le tarif des suppléments d'honoraires sont précisés à la [section C-3](#) de l'annexe I à l'annexe XXIII.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte doit utiliser le code d'activité **027XXX**.

---

## 5 Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

---

La [section C-5](#) est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les dispositions et la nouvelle nomenclature spécifiques au mode mixte pour les services rendus aux patients pour le secteur *Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement d'une clinique externe désignée d'un CHSGS*.

Vous trouverez au [tableau 3 – Section C-5 de l'annexe I à l'annexe XXIII](#), disponible sur le site Web de la Régie uniquement à partir de la présente infolettre, un résumé des codes de facturation, des tarifs ainsi que de la nouvelle nomenclature.

Les instructions de facturation sont présentées sous le paragraphe 3.02 b) 4) de l'annexe XXIII et à la section C-5 de son annexe I.

La [liste des installations désignées pour les soins ambulatoires dans une clinique d'oncologie ou des maladies du sein](#) est disponible sous la rubrique *Annexes mises à jour en continu* de l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

### 5.1 Forfait horaire

Le forfait horaire permet de rémunérer l'ensemble des services médicaux rendus en établissement dans le cadre des soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.

Les codes de facturation **42126** et **42127** sont créés et les tarifs sont de 57,12 \$ pour la première heure et de 14,28 \$ par période additionnelle complète de 15 minutes.

## 5.2 Supplément d'honoraires et nouvelle nomenclature spécifique au mode mixte

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base pour les services médicaux rendus, les services payés sur une base de temps et les services médico-administratifs effectués énumérés au tableau des suppléments d'honoraires de la [section C-5](#).

Une nouvelle nomenclature est créée spécifiquement pour les soins ambulatoires rendus en clinique d'oncologie ou des maladies du sein dans une clinique externe désignée d'un CHSGS rémunérés selon le mode mixte.

### 5.2.1 Visite d'évaluation en oncologie en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation en oncologie en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est faite à la demande du médecin assurant les soins du patient ou exigeant une investigation concernant un éventuel cancer, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Le médecin qui effectue la visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il instaure. En plus de l'examen physique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'intervention, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Le code de facturation **15912** est créé et le tarif pour cette visite est de 80,60 \$.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation en oncologie, il ne peut facturer de nouveau cette visite. Il peut alors facturer la visite de suivi en oncologie avec le code de facturation **15913** au tarif de 41,50 \$.

### 5.2.2 Visite de suivi en oncologie

La visite de suivi en oncologie est une visite à l'occasion de laquelle le médecin rend des services courants au patient. 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.

Cette visite implique toujours une rencontre avec le patient et des notes consignées au dossier.

Le code de facturation **15913** est créé et le tarif pour cette visite est de 41,50 \$.

### 5.2.3 Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en oncologie ou avec les proches du patient

Les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en oncologie peuvent être facturés pour la participation du médecin à une discussion de cas avec d'autres professionnels de la santé, dont le médecin spécialiste, concernant les soins oncologiques d'un ou de plusieurs patients, incluant une clinique de tumeur.

Les échanges avec les proches du patient se font en vue de convenir du niveau d'intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute autre visite ou intervention clinique auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de 15 minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas 60 minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le code de facturation **15914** est créé et le tarif pour cette visite est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

#### 5.2.4 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du [préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#).

#### 5.2.5 Activités médico-administratives

Les codes de facturation **42128** (paragr. 2.01 *b*) i)) et **42129** (paragr. 2.01 *b*) ii)) sont créés et correspondent aux activités médico-administratives effectuées par période complète de 15 minutes en lien avec les services médicaux rendus aux patients pour le secteur *Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein – Services rendus en établissement d'une clinique externe désignée d'un CHSGS*, .

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

Le tarif pour les activités médico-administratives est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

#### 5.2.6 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

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 sont rémunérés à l'acte à 100 % du tarif de base. Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits par ces lois pour facturer le forfait horaire, comme stipulé au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

### 5.3 Instructions de facturation

Pour facturer le forfait et les services rendus en soins ambulatoires en clinique d'oncologie, le médecin doit :

- utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation;
- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe**, l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** et l'heure de début.

Pour facturer le forfait et les services rendus en soins ambulatoires en clinique des maladies du sein, le médecin doit :

- utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation;
- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe**, l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** et l'heure de début.

La nomenclature et le tarif des suppléments d'honoraires sont précisés à la [section C-5](#) de l'annexe I à l'annexe XXIII.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes combiné au mode mixte doit utiliser **054XXX**.

---

## 6 Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

---

La [section C-6](#) est ajoutée à l'annexe I de l'annexe XXIII. Cette section présente les dispositions et la nouvelle nomenclature spécifiques au mode mixte pour les services rendus aux patients pour le secteur *Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement d'une clinique externe désignée d'un CHSGS*.

Vous trouverez au [tableau 4 – Section C-6 de l'annexe I à l'annexe XXIII](#), disponible sur le site Web de la Régie uniquement à partir de la présente infolettre, un résumé des codes de facturation, des tarifs ainsi que de la nouvelle nomenclature.

Les modalités de facturation sont présentées dans les avis administratifs ajoutés sous le paragraphe 3.02 b) 2) à l'annexe XXIII et à la section C-6.

La [liste des installations désignées pour les soins ambulatoires dans une clinique de la douleur](#) est disponible sous la rubrique *Annexes mises à jour en continu* de l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

### 6.1 Forfait horaire

Le forfait horaire permet de rémunérer l'ensemble des services médicaux rendus dans le cadre des soins ambulatoires en clinique de la douleur en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.

Les codes de facturation **42130** et **42131** sont créés et les tarifs sont de 57,12 \$ pour la première heure et de 14,28 \$ par période additionnelle complète de 15 minutes.

### 6.2 Supplément d'honoraires et nouvelle nomenclature spécifique au mode mixte

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base pour les services médicaux rendus, les services payés sur une base de temps et les services médico-administratifs effectués énumérés au tableau des suppléments d'honoraires de la [section C-6](#).

Une nouvelle nomenclature spécifique au mode mixte est créée pour les soins ambulatoires rendus en clinique de la douleur dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.

#### 6.2.1 Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est faite à la demande du médecin assurant les soins du patient, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Le médecin qui effectue la visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il instaure. En plus de



l'examen physique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan d'intervention, de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Le code de facturation **15915** est créé et le tarif pour cette visite est de 116,05 \$.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut facturer de nouveau cette visite. Il peut alors facturer la visite de suivi avec le code de facturation **15916** au tarif de 37,25 \$.

### 6.2.2 Visite de suivi

La visite de suivi est une visite à l'occasion de laquelle le médecin rend des services courants au patient. 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.

Cette visite implique toujours une rencontre avec le patient et des notes consignées au dossier.

Le code de facturation **15916** est créé et le tarif pour cette visite est de 37,25 \$.

### 6.2.3 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient peuvent être facturés pour la participation du médecin à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients avec d'autres professionnels de la santé, dont le médecin spécialiste. Ce service peut également être facturé lors des échanges avec un proche du patient sur sa condition de santé ou ses besoins. Les échanges avec le personnel clinique ou les proches du patient doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute autre visite ou intervention clinique auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de 15 minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas 60 minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le code de facturation **15917** est créé et le tarif est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

### 6.2.4 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du [préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#).

### 6.2.5 Activités médico-administratives

Les codes de facturation **42132** (paragr. 2.01 *b* i)) et **42133** (paragr. 2.01 *b* ii)) sont créés et correspondent aux activités médico-administratives effectuées par période complète de 15 minutes en lien avec les services médicaux rendus aux patients pour le secteur *Soins ambulatoires en clinique de la douleur – Services rendus en établissement d'une clinique externe désignée d'un CHSGS*.

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

Le tarif pour les activités médico-administratives est de 23,78 \$ par période complète de 15 minutes.

### 6.2.6 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et par la Loi sur les accidents du travail sont rémunérés à l'acte à 100 % du tarif de base. Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut comptabiliser le temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits par ces lois pour facturer le forfait horaire, comme stipulé au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

## 6.3 Instructions de facturation

Pour facturer le forfait et les services rendus, le médecin doit :

- utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation;
- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe**, l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** et l'heure de début.

La nomenclature et le tarif des suppléments d'honoraires sont précisés à la [section C-6](#) de l'annexe I à l'annexe XXIII.

---

## 7 Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes détenant une nomination dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC

---

### ◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

---

Des modalités de rémunération spécifiques pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sont introduites dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC à compter du **1<sup>er</sup> octobre 2017**. À cet effet, le paragraphe 3.08 et une nouvelle annexe I sont ajoutés à l'[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](#) (17).

Cette modification a pour effet de mettre fin à l'application de la *Lettre d'entente n° 275* concernant les modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode mixte à instaurer au sein du programme de soutien à domicile, incluant les soins palliatifs, et du programme de santé mentale d'un CLSC le **30 septembre 2017**. Les nominations des médecins qui s'étaient prévalu des modalités de rémunération pour ce programme dans le cadre de cette lettre d'entente seront fermées à cette même date.

Les nouvelles modalités de rémunération s'apparentent à celles du mode de rémunération mixte, bien que le programme de santé mentale en CLSC ne soit pas introduit à l'annexe XXIII. Le médecin est rémunéré selon le mode à tarif horaire ou à honoraires fixes auquel s'ajoutent un supplément d'honoraires de 40,28 %, de 19,40 % ou de 100 % selon la nature des services rendus.

Vous trouverez au [tableau 5 – EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC](#), disponible sur le site Web de la Régie uniquement à partir de la présente infolettre, un résumé des codes de facturation, des tarifs ainsi que de la nouvelle nomenclature.

Pour se prévaloir de ces modalités de rémunération, le médecin doit être désigné par l'établissement et détenir une nomination spécifique à tarif horaire ou à honoraires fixes dans le cadre du programme de santé

mentale dans une installation d'un CLSC exploitée par un CISSS ou un CIUSSS. Toutefois, le médecin n'a pas l'obligation de détenir des privilèges en psychiatrie. Les modalités pour la transmission des avis de services requis sont précisées à la section 7.5 de l'infolettre.

## 7.1 Modalités de rémunération

Seul le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, quel que soit le nombre d'heures autorisé à sa nomination, qui exerce dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC en vertu de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC peut se prévaloir des modalités prévues à la nouvelle annexe I.

Les services suivants s'ajoutent à la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes du médecin désigné :

- les modalités en CLSC de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) (supplément d'honoraires rémunéré à **100 %**);
- l'intervention clinique et la psychothérapie sont rémunérées respectivement selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B et du paragraphe 2.3 du [préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#) (supplément d'honoraires rémunéré à **19,40 %**);
- un supplément d'honoraires rémunéré à l'acte de **40,28 %** du tarif des services médicaux rendus dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC.

## 7.2 Supplément d'honoraires de 40,28 %

Un supplément d'honoraires de **40,28 %** est ajouté à la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes pour les services suivants.

### 7.2.1 Visite de prise en charge psychiatrique

La visite de prise en charge psychiatrique est effectuée lors de la visite initiale d'un patient ou à la demande d'un autre professionnel de la santé ou du médecin traitant qui souhaite un suivi conjoint.

Cette visite vise l'évaluation d'un nouveau patient, inscrit ou non auprès d'un autre médecin, ou d'un patient que le présent médecin accepte d'inscrire dont il assure le suivi psychiatrique seul ou conjointement avec le médecin traitant.

La visite de prise en charge psychiatrique comprend :

- l'examen psychiatrique du patient;
- un plan de traitement ou d'investigation;
- les ordonnances;
- l'évaluation physique, si nécessaire;
- les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel, lorsque requis;
- le rapport au médecin traitant ou au professionnel qui a fait la demande pour un patient, s'il y a lieu.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite est facturée uniquement lors de la visite initiale du patient auprès du médecin ou lors de son inscription auprès de ce médecin. Cette visite ne peut être rémunérée qu'une seule fois par un médecin à l'égard d'un même patient.

Le code de facturation **15918** est créé et le tarif pour la visite de prise en charge est de 133,15 \$.

### 7.2.2 Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique se déroule en présence du patient et vise la gestion de ses problèmes courants de santé mentale. Le médecin peut assumer ou non la responsabilité principale du patient, assurer le suivi du patient inscrit ou non, ou intervenir de façon ponctuelle.

La visite inclut la consultation du dossier, les échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou des traitements qui s'imposent.

Cette visite **ne peut** être facturée par le médecin le même jour qu'il a effectué un examen psychiatrique, une intervention clinique ou toute autre visite de nature psychiatrique auprès du même patient. Cependant, elle **peut** être rémunérée le même jour que les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou les proches du patient.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le code de facturation **15919** est créé et le tarif de la visite de suivi psychiatrique est de 38,80 \$.

### 7.2.3 Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen

La visite de suivi psychiatrique exigeant un examen est celle à l'occasion de laquelle le médecin procède à un examen du patient.

Le médecin peut assumer ou non la responsabilité principale du patient, assurer le suivi du patient inscrit ou non, ou intervenir de façon ponctuelle.

Cette visite peut être facturée lorsque l'examen est rendu nécessaire par l'état du patient, pour évaluer un problème de santé mentale, instaurer ou prodiguer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

La visite de suivi psychiatrique exigeant un examen comprend, au besoin :

- l'examen physique du patient;
- la révision du dossier;
- l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation;
- les ordonnances;
- les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le code de facturation **15920** est créé et le tarif de la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen est de 70,30 \$.

### 7.2.4 Visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion

La visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin traitant d'un patient et vise à obtenir l'opinion d'un collègue en raison de la complexité ou de la gravité

du cas. Le médecin qui procède à une évaluation psychiatrique doit produire un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il instaure.

En plus de l'examen psychiatrique du patient, la visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion inclut, au besoin :

- l'examen physique du patient;
- la révision du dossier;
- l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation;
- les ordonnances;
- les recommandations;
- les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Le code de facturation **15921** est créé et le tarif de la visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion est de 133,15 \$.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut facturer de nouveau cette visite. Il peut alors facturer la visite de suivi avec le code de facturation **15919** au tarif de 38,80 \$.

### 7.2.5 Autres services

Le supplément d'honoraires s'applique sur les services suivants :

- l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code de facturation **09100**);
- le supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète (code de facturation **15188**);
- les services liés à l'examen d'un enfant de moins de 18 ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) (voir la *Lettre d'entente n° 20*) (codes de facturation **09070**, **09073** et **09077**);
- tous les services médicaux paraissant aux onglets C à V du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

## 7.3 Supplément d'honoraires de 19,40 %

Un supplément d'honoraires de **19,40 %** est ajouté à la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes pour les services rémunérés sur base de temps suivants.

### 7.3.1 Intervention clinique et psychothérapie (individuelle ou collective)

Un supplément d'honoraires de **19,40 %** est ajouté au tarif de certains services payés sur une base de temps décrits aux paragraphes 2.2.6 B et 2.3 du [préambule général](#) et à l'onglet [B-1 – Activités cliniques préventives du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#). Ces services sont l'intervention clinique (codes de facturation **08857**, **08859**, **08866**, **08868** et **15230**) et la psychothérapie (codes de facturation **15785**, **15786**, **15787** et **15788**).

Le tarif pour l'intervention clinique et la psychothérapie est de 47,55 \$ pour la première période de 30 minutes et de 23,75 \$ par période de 15 minutes supplémentaires.

### 7.3.2 Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches

Le supplément d'honoraires de **19,40 %** s'ajoute aussi à la rémunération du médecin pour les échanges interdisciplinaires concernant les soins psychiatriques avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches. Le code de facturation **15922** est créé.

Ce supplément peut être facturé lors de la participation à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients que le médecin tient avec :

- d'autres professionnels de la santé, dont le médecin spécialiste;
- des intervenants en santé mentale du milieu communautaire;
- un agent de probation ou un agent de police dans sa vocation communautaire.

Le supplément d'honoraires peut aussi être facturé pour des échanges avec les proches, sur la santé mentale, la condition psychiatrique ou les besoins d'un patient. Les échanges avec les proches comprennent également les explications sur les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute autre visite auprès du patient.

Le médecin doit consacrer au moins 15 minutes par période d'échanges. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de quinze 15 minutes peuvent être facturées. De tels échanges ne dépassent généralement pas 60 minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Lorsque le médecin est dans un CLSC désigné, les échanges avec les proches du patient ou avec des intervenants en santé mentale du milieu communautaire, dont un médecin de famille ou un médecin spécialiste, peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Les échanges avec un professionnel dans le cadre d'un processus judiciaire ou en préparation d'un tel processus ne sont pas visés par ce supplément d'honoraires.

## 7.4 Autres modalités

### 7.4.1 Supplément d'honoraires payables à 100 %

Certains suppléments d'honoraires listés au paragraphe 5.08 de l'annexe I de l'EP 17 – CLSC donnent droit à la rémunération à 100 % de leur tarif de base, peu importe le moment où les services sont rendus. Les modalités de facturation pour chaque service doivent être respectées.

### 7.4.2 Majorations en horaires défavorables

Les majorations en horaires défavorables s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes ou à tarif horaire et sur le supplément d'honoraires selon le pourcentage prévu au paragraphe 4.01 de l'annexe XX de l'Entente.

- Majoration de 13 % : de 18 h à 22 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié;
- Majoration de 23 % : de 18 h à 22 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié;
- Majoration de 23 % : de 8 h à 24 h, les samedi, dimanche et jours fériés.

### 7.4.3 Médecin responsable, coresponsable ou celui qui l'assiste

Le médecin responsable ou coresponsable d'un GMF est rémunéré selon les dispositions de l'[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 \(GMF\)](#) (33). Le médecin qui exerce dans un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente particulière.

Le médecin responsable d'une clinique réseau en établissement et, le cas échéant, celui qui l'assiste sont rémunérés selon les dispositions de l'[Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau](#) (39).

Le médecin responsable d'un GMF-R est rémunéré selon les dispositions de l'[Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau](#) (54).

Le temps durant lequel un médecin est ainsi rémunéré pour les fonctions de médecin de médecin responsable ou de coresponsable en vertu de l'une des trois ententes particulières ne peut être comptabilisé pour facturer des heures à honoraires fixes ou à tarif horaire.

## 7.5 Avis de service et admissibilité à la rémunération

À compter du **1<sup>er</sup> octobre 2017**, date d'entrée en vigueur des modalités de rémunération du programme de santé mentale en CLSC, le médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes qui détient une nomination dans le cadre du programme en CLSC doit être désigné par l'établissement afin de se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération prévues sans attendre le renouvellement de sa nomination.

Pour se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération, le médecin doit demander à son établissement de transmettre à la Régie le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547) ou le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte](#) (1897), et ce, le plus rapidement possible.

L'établissement doit sélectionner la situation d'entente *Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC* ainsi que *Programme de santé mentale (suppl. acte)* et inscrire la période couverte par l'avis de service.

Avant de transmettre sa facturation et afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre la lettre de confirmation de la Régie l'informant de la mise à jour de son dossier le rendant admissible aux nouvelles modalités de rémunération.

## 7.6 Instructions de facturation

Pour facturer ses activités professionnelles à tarif horaire ou à honoraires fixes en vertu de l'annexe I à l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC, le médecin doit utiliser la demande de paiement 1215 ou 1216 selon son mode rémunération et utiliser la nouvelle nature de service **276XXX**.

Pour facturer les suppléments d'honoraires, le médecin doit utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation. La nomenclature et le tarif des suppléments d'honoraires sont précisés à [l'annexe I de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC](#).

Pour la facturation des suppléments d'honoraires à l'acte, veuillez inscrire l'élément de contexte **Modalités de rémunération spécifiques (EP-17) – Programme de santé mentale en CLSC** pour identifier le secteur de pratique.

---

## 8 Lettre d'entente n° 310 – Modalités supplémentaires de rémunération dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement dont la fonction principale est la réadaptation

---

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

---

La [Lettre d'entente n° 310](#) a pour objet des modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement dont la fonction principale est la réadaptation. Ces modalités sont **temporaires et prendront fin lorsque le mode mixte sera instauré dans ce secteur de pratique**.

### 8.1 Modalités supplémentaires de rémunération

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes en vertu de l'annexe XXII de l'Entente, qui détient une nomination pour exercer dans un centre de réadaptation et de protection de la jeunesse désigné à [l'annexe II de la Lettre d'entente n° 310](#), peut se prévaloir des modalités supplémentaires de rémunération de cette lettre d'entente pour les services rendus auprès d'un patient admis et auprès d'un patient inscrit. Le médecin rémunéré selon le régime B des honoraires fixes ne peut pas se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente à moins de mettre fin à son adhésion au régime B.

Le médecin qui se prévaut de ces dispositions a droit, en plus de sa rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, à un supplément d'honoraires dont la nomenclature et la tarification sont présentées à l'annexe I de la [Lettre d'entente n° 310](#).

Vous trouverez au [tableau 6 – LE n° 310 – Modalités supplémentaires de rémunération dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement dont la fonction principale est la réadaptation](#) disponible sur le site Web de la Régie uniquement à partir de la présente infolettre, un résumé des codes de facturation, des tarifs ainsi que de la nouvelle nomenclature.

Cette mesure ne doit pas être confondue avec le mode de rémunération mixte. Le médecin continue d'être rémunéré à **tarif horaire** ou à **honoraires fixes** comme auparavant et facture en plus les suppléments d'honoraires spécifiques à cette mesure. Le fait pour le médecin de se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente ne limite en rien le choix qu'il sera appelé à faire lors de l'entrée en vigueur du mode mixte dans ce secteur de pratique.

Toutefois, pour la période visée par la *Lettre d'entente n° 310*, les présentes modalités de rémunération constituent la seule mesure de compensation pour les délais requis pour la mise en place et l'instauration d'un mode de rémunération mixte dans ce secteur de pratique.



## 8.2 Services rendus auprès d'un patient admis et auprès d'un patient inscrit

Les codes de facturation à utiliser pour les services rendus lors de la facturation des visites auprès d'un patient admis sont différents des codes de facturation pour le patient inscrit, en clinique externe. Voir le [tableau 6 – LE n° 310 – Modalités supplémentaires de rémunération dans un centre de protection de la jeunesse d'un établissement de réadaptation](#).

## 8.3 Avis de service et admissibilité à la rémunération

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes peut opter pour les modalités supplémentaires de rémunération prévues à la *Lettre d'entente n° 310* sans attendre la date de renouvellement de sa nomination.

Pour se prévaloir des modalités supplémentaires de rémunération de la *Lettre d'entente n° 310*, le médecin doit demander à son établissement de transmettre à la Régie un formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547) ou un formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte](#) (1897), et ce, le plus rapidement possible.

L'établissement doit sélectionner la situation d'entente *Lettre d'entente n° 310* et inscrire la période couverte par l'avis de service.

Avant de transmettre sa facturation à l'acte et afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre la lettre de confirmation de la Régie l'informant de la mise à jour de son dossier le rendant admissible aux nouvelles modalités de rémunération.

## 8.4 Instructions de facturation

Pour facturer ses activités professionnelles à tarif horaire ou à honoraires fixes en vertu de la *Lettre d'entente n° 310*, le médecin doit utiliser la demande de paiement 1215 ou 1216 selon son mode de rémunération et inscrire le code d'activité approprié.

Le médecin doit utiliser les codes d'activité suivants (paragraphe 2.03 b) 4) de l'annexe XXII à l'Entente) :

- **100015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **100030** Services cliniques
- **100032** Rencontres multidisciplinaires
- **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- **100098** Services de santé durant le délai de carence

Pour facturer les suppléments d'honoraires selon le mode de l'acte de la *Lettre d'entente n° 310*, le médecin doit utiliser le service en ligne *FacturActe* ou son logiciel de facturation. La nomenclature et le tarif des suppléments d'honoraires sont précisés à l'annexe I de la [Lettre d'entente n° 310](#).

Pour la facturation des services, veuillez inscrire l'élément de contexte **LE 310 – Centre de protection de la jeunesse dont la fonction principale est la réadaptation** et l'heure de début du service.

## 8.5 Autres modalités

Les majorations prévues aux annexes XII et XII-A de l'entente générale et celles prévues pour les services rendus en horaires défavorables à l'annexe XX s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue à la *Lettre d'entente n° 310* selon le lieu de dispensation des services.

Les services rémunérés en vertu des ententes particulières (EP) suivantes sont exclus des dispositions de la *Lettre d'entente n° 310* :

- EP 1 – Grand-Nord;
- EP 23 – Centre de santé Chibougamau;
- EP 32 – RRSSS Nunavik, CCSSS Baie James et CSSS Basse-Côte-Nord;
- EP 44 – CISSS des Îles.

---

## 9 Lettres d'entente n<sup>os</sup> 311, 312, 313, 314, 315 et 316

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

---

Des montants forfaitaires seront versés vers la fin de **juin 2018** en vertu des nouvelles lettres d'entente suivantes :

- [\*Lettre d'entente n° 311\*](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les activités dans un programme de soutien à domicile (incluant les soins palliatifs à domicile) en CLSC;
- [\*Lettre d'entente n° 312\*](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS;
- [\*Lettre d'entente n° 313\*](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les activités ambulatoires rendues en établissement dans une clinique externe de la douleur désignée d'un CHSGS;
- [\*Lettre d'entente n° 314\*](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les activités ambulatoires dans un programme de santé mentale d'un CLSC;
- [\*Lettre d'entente n° 315\*](#) concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les activités en santé physique auprès de la clientèle psychiatrique d'un CHSGS ou d'un CHSP;
- [\*Lettre d'entente n° 316\*](#) concernant des ajustements rétroactifs aux suppléments de la *Lettre d'entente n° 275*.

Vous serez avisé ultérieurement du versement de ces montants forfaitaires.